

Wirkungsanalyse KVG

Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog

Politologische Analyse
auf der Grundlage von drei Fallstudien

Schlussbericht

Fritz Sager und Christian Rüefli

im Auftrag des
Bundesamts für Sozialversicherung

Bern, Mai 2001

Zusammenfassung

Die präventivmedizinischen Leistungen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen individualmedizinischen Angeboten, die privat erbracht und über die Krankenversicherung finanziert werden, und der öffentlicher Gesundheitspflege, die von den Kantonen mit finanziert wird. Inhaltlich kann keine klare Abgrenzung zwischen Public Health-Aufgaben und dem Bereich der individuellen Prävention gemacht werden. Das Grundproblem der präventivmedizinischen Leistungen liegt somit darin, dass das KVG die Finanzierung nur für die individuelle Leistungserbringung regelt, die medizinische Prävention jedoch darüber hinaus geht und Dimensionen beinhaltet, welche vom KVG nicht erfasst werden. Insofern besteht eine Diskrepanz zwischen dem zu lösenden Politikproblem und den vorhandenen Regelungsinstrumenten.

Die vorliegende Studie untersucht mit den Methoden der Policy-Analyse die Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog bezüglich Verfügbarkeit der Leistungen, Umsetzungsstrukturen, Finanzierung und Impact. Zu diesem Zweck werden drei Fallstudien aufbereitet, die sich mit drei exemplarisch ausgewählte präventivmedizinischen Leistungen befassen. Es handelt sich dabei um die *Impfungen im Schulalter*, die *Screening-Mammographie* und den *Cervix-Abstrich*. Die Studie fragte danach, wie sich kantonale und eidgenössische Konfliktstrukturen auf administrative und inhaltliche Umsetzungsstrukturen (Behördenarrangements und Policy Design) auswirken und wie diese Umsetzungsstrukturen ihrerseits die Politikproduktion (Outputs) und die erfolgten Verhaltensänderungen bei den Politikadressaten (Impacts) beeinflussen. Die Fallstudien zeigten folgende Wirkungszusammenhänge:

- *Impfungen im Schulalter:*

Als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens wurden die Impfungen im Schulalter vor dem KVG durch die Kantone erbracht. Mit der Umsetzung des KVG bzw. der Aufnahme verschiedener Impfungen in den Pflichtleistungskatalog ist diese klare Zuordnung nicht mehr gegeben, was zu Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der Zuständigkeit der Kantone und jener der Versicherer geführt hat. Indem die Finanzierung der Impfungen von den Kantonen auf die Versicherer übergegangen ist, bestand für erstere kein direkter finanzieller Anreiz mehr, weiterhin ihre Strukturen zur Aufrechterhaltung eines effizienten Schulgesundheitsdienstes aufrecht zu erhalten, da privatärztliche Impfungen ebenso durch das KVG abgedeckt sind.

Die Fallstudie zeigte, dass die Uneinigkeit der betroffenen Akteure bereits auf Bundesebene eine inkohärente Zielsetzung zur Folge hatten. Vor allem die gegensätzlichen Interessen in der ELK verhinderten nicht nur eine Festlegung auf ein einheitliches Privatarzt- oder Schularztsystem, sondern führten vielmehr zu nicht miteinander vereinbaren Vorgaben für die Vollzugseinheiten. Die Kantone wiederum gaben aufgrund ihrer eigenen Uneinigkeit kein Gegensteuer.

Da auf Bundesebene keine klaren Vorgaben für die Umsetzung festgelegt wurden, variieren die beobachteten Implementierungsstrukturen auf Kantonsebene sehr stark. Die kantonalen Vollzugsstrukturen lassen sich grob gliedern in Schularztsystem, Privatarztsystem und uneinheitliche Mischsysteme, in denen für verschiedene Impfungen verschiedene Vorgehen vorgesehen sind. Die Wahl der kantonalen Vollzugsstruktur hängt zum Teil vom Verhältnis der kantonalen Behörden zu den Bundesstellen sowie von den öffentlichen Diskussionen zum Thema in den Kantonen ab.

Bezüglich der kantonalen Leistungserbringung konnte festgestellt werden, dass die Output- bzw. Impactperformanz umso höher ist, je einheitlicher die kantonale Umsetzungsstruktur (Policy Design und Behördenarrangement) ist. In jenen Kantonen, die einen Systemwechsel zum Privatarztmodell vollziehen, sind der Kontakt mit den kantonalen Stellen und die Information gegenüber den Leistungserbringern intensiver. Dagegen ist die staatliche Outputperformanz in Kantonen mit Schularztsystem umso höher, je besser die Leistungserbringer über die Ziele und Inhalte der kantonalen Impfstrategie informiert werden und je mehr die Forschung zu den Impfungen im Schulalter unterstützt wird.

Die Output- bzw. Impactperformanz wird nur wenig beeinflusst vom Policy Design gegenüber der zu impfenden Bevölkerung. Die Beurteilung von Unterversorgung durch den Schularzt kann aber zu intensiverer und spezifischer Information führen. Die staatliche Vollzugsperformanz nimmt ab, je mehr Kinder von einem neben- oder hauptamtlichen Schularzt betreut werden müssen.

- Screening-Mammographie:

In der Schweiz sterben jährlich etwa 45 von 100'000 Frauen an Brustkrebs (BFS 2000: 78), was eine im europäischen Vergleich relativ hohe Sterberate darstellt. Um diese zu senken, wurde die Screening-Mammographie neu in den Pflichtleistungskatalog des KVG aufgenommen unter der Bedingung, dass sie im Rahmen eines systematischen Früherkennungsprogrammes erbracht wird. Die Einführung auf gesamtschweizerischer Ebene ist jedoch an dieser Auflage gescheitert. Systematische Programme zur Früherkennung von Brustkrebs existieren vorerst nur in den Kantonen Waadt, Genf und Wallis.

Bei der Screening-Mammographie konnte festgestellt werden, dass aufgrund der konfliktuellen Akteur- und Machtkonstellationen auf Bundesebene kein verbindliches Politikkonzept (Regelung der Finanzfrage, Entscheidung über nationale oder kantonale Programmorganisation) entschieden wurde. Die Umsetzung eines nationalen Screening-Programms ist an diesen Umständen gescheitert.

Mit der Analyse der drei Kantone Basel-Stadt, St. Gallen und Luzern, in denen kein Programm zustande gekommen ist, wurden die relevanten Faktoren in den Kantonen genauer untersucht. Dabei zeigte sich, dass das Zustandekommen eines kantonalen Screening-Programmes sehr stark von den lokalen Akteurkonstellationen (Kantonsbehörden, Leistungserbringer, Versicherer und gesellschaftliche Akteure) abhängt, da das Behördenarrangement auf Bundesebene nicht festgelegt worden ist und weil einzelne gesellschaftliche Akteure (v.a. gesundheitliche Fachorganisationen) zwar die Leadership übernehmen können, jedoch nicht über die notwendigen Ressourcen verfügen, um ein Programm aufbauen

zu können. Die Einrichtung eines Programms kann dann erfolgen, wenn ein gesellschaftlicher Akteur existiert, der die Organisation übernimmt und die Kantonsbehörden diesen in seinen Bestrebungen aktiv unterstützen. Diese Voraussetzungen sind aber zur Zeit in keinem der drei untersuchten Kantone gegeben.

Ein kantonales Mammographie-Screening-Programm kommt bei Vorhandensein einer potenziellen Programmorganisation nur zustande, wenn die Finanzierungsfrage gelöst werden kann und die präventionspolitische Aufgabenteilung zwischen den Kantonsbehörden und den Leistungserbringern bzw. privaten Akteuren geklärt ist. Da das Policy Design vom Bund sehr konkret vorgegeben ist, spielen primär die Merkmale der beteiligten Akteure eine Rolle für die Outputperformanz. Screening-Programme werden nur in jenen Kantonen umgesetzt, in denen sie für die beteiligten Akteure keine grossen Abweichungen zum Status quo bedeuten, d.h. keine hohen Investitionen erfordern oder Gewinneinbussen mit sich bringen, und in denen die Akteure vom Nutzen der Screening-Mammographie überzeugt sind und entsprechenden politischen Willen vorfinden. Unterschiede im Behördenarrangement haben jedoch keinen Einfluss auf die Ausgestaltung des Politikendprodukts in den Kantonen, da die engen Vorgaben des Policy Designs des Bundes bei der Umsetzung kaum Handlungsspielraum lassen.

- Cervix-Abstrich:

Diese Massnahme wird bei Frauen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt. Sie hat sich bereits unter altem Recht als gängige gynäkologische Praxis etabliert und wurde von vielen Krankenversicherungen auf Vertragsbasis freiwillig vergütet. Der Krebsabstrich wurde anlässlich der KVG-Einführung als präventivmedizinische Leistung in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen.

Weil es sich beim Krebsabstrich um eine unbestrittene und im Rahmen des ambulanten Arztsystems erbrachte Präventivleistung handelt, bei welcher der Spielraum des Bundes bei der Regelung der organisatorischen und inhaltlichen Umsetzungsstrukturen nur sehr klein ist, wurde bei der Regelung der Kassenpflicht im Rahmen der KVG-Revision, so zeigte sich in der Fallstudie, das Policy Design zum Cervix-Abstrich lediglich geringfügig gemäss präventivmedizinischen Gesichtspunkten angepasst (Ausdehnung des vorgesehenen Untersuchungsintervalls von einem auf drei Jahre). Ebenfalls nur unwesentlich verändert wurde das Behördenarrangement zum Cervix-Abstrich, indem das parastaatliche Vollzugsmuster über das Privatarztsystem ebenso beibehalten wurde wie die implizite Steuerungsfunktionen der Krankenversicherer und der ELK.

Dieses bestehende parastaatliche Behördenarrangement mit Privatarztsystem führte zu einer untergeordneten Rolle des Bundes bei der Entscheidung zum Politikkonzept, d.h. die Regelung der Implementierungsstrukturen wird von den Leistungserbringern dominiert. Da diese Umsetzungsstrukturen aber kein staatliches Leadership beinhalten, kommt es zu gewissen Vollzugsdefiziten. Beim Output bestehen sie aus einer mangelnden Versorgungsgerechtigkeit, beim Impact aus Nachfrageverzerrungen (Überversorgung privilegierter Schichten, Unterversorgung von gefährdeten Bevölkerungssegmenten). Weder in der Outputperformanz noch in der Impactperformanz kam es bisher zu einer Veränderung der be-

stehenden Defizite. Dies liegt erstens daran, dass sich das Instrumentarium des Verwaltungsprogramms auf passive ökonomische Anreize beschränkt und auf Persuasivmassnahmen oder auf verbindlichere Massnahmen wie die Verpflichtung der Leistungserbringer zu standardisiertem Vorgehen bei Versorgungslücken verzichtet. Ein zweiter Grund liegt im parastaatlichen Behördenarrangement mit Privatarztsystem, das auf einen staatlichen Vollzug verzichtet.

Mit den drei Fallbeispielen können die Forschungsfragen über die Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog bezüglich *Verfügbarkeit der Leistungen, Umsetzungsstrukturen, Finanzierung* und *Impact* wie folgt beantwortet werden:

- Frage der Verfügbarkeit der Leistungen:

Aus dem Vergleich der drei untersuchten Leistungen lässt sich festhalten, dass jene Präventivleistungen gleichmässig bereitgestellt werden, die schon vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog angeboten wurden, d.h. die Impfungen im Schulalter und der Cervix-Abstrich. Bei der 'neuen' Leistung Screening-Mammographie dagegen ist Versorgungsgerechtigkeit nicht gegeben, sie steht bisher lediglich in den drei Kantonen Waadt, Genf und Wallis zur Verfügung. Veränderungen hinsichtlich Chancengleichheit sind bei jener Leistung zu finden, die vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog öffentlich getragen wurde: Für gewisse Risikogruppen ist die Verfügbarkeit von Impfungen im Schulalter im Privatarztsystem gegenüber der Impfung beim schulärztlichen Dienst umständlicher und damit geringer. Die Aufnahme der Screening-Mammographie in den Pflichtleistungskatalog hatte lediglich in drei Fällen die Lancierung kantonaler Programme zur Folge, während dieser Schritt auf gesamtschweizerischer Ebene und in den anderen Kantonen die Bereitstellung dieser Massnahme nicht gefördert hat. Keine Unterschiede bestehen bei der 'alten', also bereits im Privatarztsystem etablierten Leistung Cervix-Abstrich, bei der sich die bestehende Unter- und Überversorgung nicht verändert haben.

- Frage nach den Struktureffekten:

Aus dem Vergleich der drei Präventivleistungen lässt sich festhalten, dass mit der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog bei der 'alten', also bereits im Privatarztsystem etablierten Leistung Cervix-Abstrich keine Anpassungen bestehender Umsetzungsstrukturen erfolgten. Bei der 'neuen' Leistung Screening-Mammographie kam in drei Kantonen das zur Umsetzung notwendige Behördenarrangement zustande, während entsprechende Bemühungen in den restlichen Kantonen entweder noch gar nicht erfolgten oder an der Finanzierungsfrage scheiterten. Hingegen lassen sich markante Struktureffekte bei den Impfungen im Schulalter feststellen, wo die Bewegung weg vom Schularztsystem zum Privatarztsystem oder einer Mischform verläuft. Die Einrichtung des Privatarztsystems lässt sich zwar nicht allein auf das KVG zurückführen, da bereits vorher entsprechende Wechsel des Vollzugsarrangements stattfanden. Jedoch wurde der mit der Aufnahme der Schulimpfungen in den

Pflichtleistungskatalog entstandene Handlungsspielraum, wo er wahrgenommen worden ist, stets zur Abkehr vom Schularztsystem genutzt.

- Frage nach den finanziellen Auswirkungen:

Aus dem Vergleich der drei präventivmedizinischen Leistungen geht hervor, dass eine Veränderung, die auf das KVG zurückgeführt werden kann, wiederum allein bei jener Leistung zu beobachten ist, die vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog von der öffentlichen Hand in den Kantonen getragen wurde, also den Impfungen im Schulalter. Während hier die Kantone den vergrösserten finanziellen Handlungsspielraum zu ihrer Entlastung nutzten, ist bei der Screening-Mammographie zu konstatieren, dass die im KVG nicht geregelten Administrativkosten das zentrale Argument gegen die Einrichtung eines Früherkennungsprogramms darstellt. Keine Veränderungen gegenüber dem Zustand vor der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog sind beim Cervix-Abstrich auszumachen. Die Leistung fällt in den meisten Fällen in die Jahresfranchise und wird somit von den betroffenen Frauen selbst getragen.

- Frage der Inanspruchnahme präventivmedizinischer Leistungen (Impacts):

Aus der vergleichenden Analyse der drei Fallstudien kann festgehalten werden, dass die Veränderungen in Abhängigkeit der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog unterschiedlich ausfallen. Bei den Impfungen im Schulalter kann in jenen Kantonen von einer potenziellen Abnahme der Inanspruchnahme bei den Risikogruppen ausgegangen werden, in denen sich die Behörden nicht aktiv um Informationen zum Durchimpfungsgrad bemühen und aus entsprechenden Auswertungen praktische Schlüsse ziehen, die in gezielteren Bemühungen um diese Gruppen sowie meistens in der Beibehaltung des Schularztsystems bestehen. Bei der Mammographie betreiben einzelne Ärzte aufgrund der Zurückhaltung der Kantone bei der Einrichtung von organisierten Programmen ein opportunistisches Screening über die diagnostische Mammographie, was bei der Aufnahme der Leistung in den Pflichtleistungskatalog nicht vorgesehen war. Der Cervix-Abstrich wird auch nach Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog nur unterdurchschnittlich von den Frauen aus den Risikogruppen beansprucht, während die übertesteten Frauen mittleren Alters die Leistung weiterhin häufiger als aus Public Health-Sicht sinnvoll durchführen lassen.

Die Analyse kommt zusammenfassend zu fünf *Schlussfolgerungen*:

1. Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog führte zu Diskrepanzen zwischen der gesetzlich vorgesehenen Form der Leistungserbringung und der tatsächlich vorherrschenden Praxis. Die angestrebten Veränderungen bei den vollziehenden Behörden und den privaten Leistungserbringern haben sich nicht oder nur unvollständig eingestellt.
2. Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog hat bei der Zielbevölkerung keine oder nicht die beabsichtigten Verhaltensänderungen ausgelöst.

3. Bei der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog wurde es verpasst, klare Zielsetzungen zu formulieren, was zu einem inkohärenten Politikkonzept führte.
4. Die Kriterien, die bei der Aufnahme von präventivmedizinischen Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog zu beachten sind, stellen primär auf fachlich-medizinische und ökonomische Aspekte ab, schenken jedoch den Voraussetzungen der tatsächlichen Umsetzung zu wenig Beachtung.
5. Das KVG ist eine ungenügende Rechtsgrundlage für die Finanzierung von Präventionsleistungen, deren Vergütungspflicht an die Einbettung in organisierte Programme geknüpft ist.

Von diesen Erkenntnissen ausgehend werden zwei *Handlungsempfehlungen* formuliert:

1. Dem Bund wird empfohlen, sich bei der Aufnahme einer neuen Präventivleistung auf eine Zielhierarchie zu einigen. Er schafft die Grundlage für diese Zielabstufung, indem er ein Instrument erarbeitet, das mittels einer Definition des Public Health-Begriffs Indikatoren zur Verfügung stellt, mit denen eine Leistung hinsichtlich der Bedeutung der vier Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsgerechtigkeit eingeschätzt werden kann.

Ein Defizit, das in der vorliegenden Untersuchung identifiziert werden konnte, ist die mangelnde Deutlichkeit der Zielsetzungen bei der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen. Diese Leistungen sind nur bedingt mit rein medizinischen Leistungen vergleichbar, da sie nicht auf die Individuen, sondern auf die Gesamtheit der Zielgruppe ausgerichtet sind. Damit verbindet sich bei entsprechenden Leistungen das medizinisch-technische Kriterium der Wirksamkeit mit dem politisch-praktischen der Versorgungsgerechtigkeit. Wenn die KVG-Kriterien 'Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit' nicht nur eine Aufnahmehürde für eine Leistung, sondern auch eine implizite Zielformulierung für die Umsetzung darstellen, so bedeutet das für präventivmedizinische Leistungen, dass beim Entscheid über Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog das zusätzliche Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit berücksichtigt werden muss. Dieses Kriterium zielt auf das Angebot und nicht auf die Nachfrage, die Bedeutung der Vollzugsinstanzen ist somit ungleich höher als bei nachfrageorientierten, individualmedizinischen Leistungen. Um Vollzugsaspekte in die Regelung einer neuen Leistung zu integrieren, muss der Bund bzw. die ELK über ein Instrument verfügen, das es ihm bzw. ihr erlaubt einzuschätzen, welche präventive Leistung in welcher Form Versorgungsgerechtigkeit als Element des Wirksamkeitskriteriums bedingt. Eine entsprechende Ergänzung müsste Eingang in den Kriterienkatalog für die Aufnahme medizinischer Leistungen in den Pflichtleistungskatalog finden. Während bei einzelnen Leistungen die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund stehen kann, ist es bei anderen primär die Versorgungsgerechtigkeit, die gesichert werden muss. Um diese Zuordnung von Präventivleistungen durchführen zu können, braucht es eine einheitliche Entscheidungsgrundlage, die bislang fehlt. Es wird deshalb dem Bund empfohlen, ein solches Instrument in Zusammenarbeit mit den betroffenen Stellen bei Bund und Kantonen und den föderalen sowie den parastaatlichen und privaten Vollzugsinstanzen zu entwickeln und den Krite-

rienkatalog im "Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen" entsprechend zu ergänzen.

2. Dem Bund wird empfohlen, bei der Aufnahme einer neuen Präventivleistung unter dem Stichwort der Versorgungsgerechtigkeit auch Vollzugsaspekte zu berücksichtigen. Deren Regelung wird zusammen mit den Vollzugsinstanzen (Kantonen, Leistungserbringern) erarbeitet.

Bei der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen, bei denen das Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit eine Rolle spielt, müssen praktische Vollzugsaspekte Berücksichtigung finden. Von Seiten des Bundes sollte deshalb der Wille zur verbesserten Berücksichtigung von Fragen der Vollzugs- und damit auch der Föderalismustauglichkeit durch die konsequent frühe oder noch besser kontinuierliche Kontaktierung der Vollzugsinstanzen, also der kantonalen Stellen bzw. der parastaatlichen oder privaten Leistungserbringer unterstrichen werden. Da gerade in frühen Phasen mit der Problemdefinition meist auch schon grundlegende Zielbestimmungen und Optionenfestlegungen geschaffen werden, die später nur mehr als gegebene 'Sachzwänge' wahrgenommen werden, muss der Einbezug der Vollzugsträger zu einem möglichst frühen Zeitpunkt geschehen. Besonderes Gewicht muss hierbei der Frage der Finanzierung von künftigen Präventions- und Früherkennungsprogrammen beigemessen werden. Dieses Vorgehen hat auch für den Bund selber Vorteile, zumal in einer frühen Phase der Entwurfsfassung Änderungen mit viel geringerem Aufwand vorgenommen werden können als später.

Résumé

Les mesures de médecine préventive sont prises en étau entre les offres de la médecine individuelle, qui sont fournies de manière privée et financées par l'assurance-maladie, et les soins de santé publique, au financement desquels participe le canton. Du point de vue du contenu, on ne peut pas tracer de limite nette entre les tâches de santé publique et le domaine de la prévention individuelle. Le problème fondamental des prestations de médecine préventive est que la LAMal ne régule que le financement des prestations individuelles, alors que la prévention médicale va bien au-delà et comporte des dimensions que la loi omet de prendre en compte. Il existe donc un décalage entre le problème politique à résoudre et les moyens réglementaires existants.

La présente étude se penche, par les méthodes de l'analyse politologique, sur les répercussions de l'introduction des prestations de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoires en ce qui concerne la disponibilité des prestations, les structures d'application, le financement et l'impact. À cet effet, nous avons préparé trois études de cas portant sur des prestations de médecine préventive choisies à titre d'exemples: *les vaccinations des enfants d'âge scolaire, la mammographie de dépistage et le frottis cervical destiné au diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus*. L'étude cherchait à savoir quelles sont les répercussions des structures conflictuelles cantonales et fédérales sur les structures d'application administratives et propres au domaine (dispositifs institutionnels et élaboration de la politique – policy design) et comment ces structures d'application influencent les décisions politiques (outputs) et modifient le comportement des destinataires de cette politique (impact). Ces études de cas ont mis en évidence les conséquences suivantes:

- *Vaccinations des enfants d'âge scolaire:*

Ce sont les cantons qui effectuaient les vaccinations des enfants d'âge scolaire dans le cadre de leurs tâches de santé publique avant la LAMal. L'application de cette dernière et l'ajout de différents vaccins au catalogue des prestations obligatoires ont fait disparaître cette claire répartition, ce qui a créé des difficultés de délimitation entre la compétence des cantons et celle des assureurs. Le transfert du financement des vaccins des cantons aux assureurs a supprimé toute incitation financière directe susceptible de convaincre les premiers de conserver les structures qui leur permettaient de garantir l'efficacité du service de santé scolaire, puisque les vaccinations privées sont désormais couvertes par la LAMal.

L'étude de cas a montré que le désaccord entre les différents acteurs concernés a rendu les objectifs incohérents, ceci déjà au niveau de la Confédération. En premier lieu, la divergence des intérêts au sein de la CFP a non seulement empêché le choix d'un système unitaire de médecine privée ou de médecine scolaire, mais a en outre débouché, pour les unités d'exécution, sur des directives contradictoires inconciliables. Les cantons, n'étant pas eux-mêmes unanimes, n'ont pas modifié le cours des choses.

Comme au niveau fédéral aucune directive n'avait été formulée pour la mise en oeuvre, les structures d'application observées à l'échelon cantonal sont extrêmement variables. Elles se répartissent, en gros, entre système de médecine scolaire, système de médecine privée et systèmes mixtes hétérogènes, dans lesquels des procédures différentes sont prévues pour les différentes vaccinations. Au niveau de chaque canton, le choix de la structure d'exécution dépend d'une part du lien des autorités avec les organes fédéraux et d'autre part des discussions publiques sur le thème qui s'y déroulent.

En ce qui concerne la fourniture des prestations par les cantons, l'observation montre que le niveau de l'output, c'est-à-dire l'efficacité de l'impact, est d'autant plus élevé que la structure d'application cantonale (élaboration de la politique et dispositifs institutionnels) est plus uniforme. Dans les cantons qui ont confié les vaccinations à la médecine privée, le contact avec les organes cantonaux et l'information des prestataires sont plus intensifs. Dans ceux qui possèdent un système de médecine scolaire, l'efficacité de l'action de l'Etat est d'autant plus grande que le canton a informé les fournisseurs de prestations au sujet des objectifs et du contenu de sa stratégie de vaccination et qu'il appuie la recherche sur les vaccinations des enfants d'âge scolaire.

L'output ou efficacité de l'impact n'est que peu influencé par l'élaboration d'une politique visant la population à vacciner. Si le médecin scolaire estime que le taux de vaccination est insuffisant, il est possible d'améliorer l'information et de la rendre plus précise. La performance de l'exécution étatique diminue au fur et à mesure que le nombre d'enfants devant être suivis par un médecin scolaire à temps partiel ou à temps complet augmente.

- Mammographie de dépistage:

En Suisse, environ 45 femmes sur 100'000 meurent chaque année du cancer du sein (OFS 2000: 78), ce qui représente un taux relativement élevé par rapport au reste de l'Europe. Afin de faire baisser ce taux, la mammographie de dépistage a été ajoutée au catalogue des prestations obligatoires de la LAMal, à condition qu'elle soit pratiquée dans le cadre d'un programme de dépistage précoce systématique. Cette obligation a cependant fait échouer son introduction dans l'ensemble de la Suisse. Des programmes systématiques de diagnostic précoce du cancer du sein n'existent à l'heure actuelle que dans les cantons de Vaud, de Genève et du Valais.

Pour ce qui est de la mammographie de dépistage, on a constaté qu'en raison des conflits entre les acteurs et les pouvoirs au niveau fédéral, aucun projet politique (réglementation de la question financière, choix de l'organisation nationale ou cantonale des programmes) n'a été décidé. La mise en oeuvre d'un programme national de dépistage a buté sur ce problème.

L'analyse de trois cantons (Bâle-Ville, Saint-Gall et Lucerne) dans lesquels aucun programme n'a été élaboré a permis d'étudier les facteurs décisifs. Il ressort de cette étude que l'élaboration d'un programme cantonal de dépistage dépend fortement des différents acteurs locaux (autorités cantonales, fournisseurs de prestations, assureurs et acteurs sociaux), parce que le dispositif administratif n'a pas été précisé à l'échelon national et que les différents acteurs sociaux (les différentes organisations du domaine de la santé) avaient

certes la possibilité de prendre la direction des opérations, mais ne disposaient pas des ressources nécessaires à la mise sur pied d'un programme. Celle-ci n'est possible que si un acteur social se charge de l'organisation et que les autorités cantonales soutiennent activement ses efforts. Ces conditions ne sont remplies à l'heure actuelle dans aucun des trois cantons étudiés.

Dans le cas où un programme pourrait éventuellement être organisé, un programme cantonal de dépistage par mammographie ne se concrétise que si la question financière est résolue et que la répartition des tâches en matière de politique de prévention entre les autorités cantonales et les fournisseurs de prestations ou les acteurs privés est bien définie. Du fait que la Confédération donne des directives très précises pour l'élaboration de la politique, ce sont principalement les caractéristiques des acteurs intéressés qui influent sur l'efficacité de l'impact. Des programmes de dépistage n'ont été mis en place que dans les cantons où ils remplissent deux conditions: la première est qu'ils n'induisent pas de changements notables par rapport au statu quo pour les acteurs concernés, c'est-à-dire qu'ils n'obligent pas à de grands investissements ou n'entraînent pas de pertes de gains, et la seconde que les acteurs soient persuadés de l'utilité du dépistage par la mammographie et que celle-ci réponde à une volonté politique. En revanche, les différences au niveau des dispositifs institutionnels n'ont pas de conséquences sur les décisions politiques cantonales du fait du caractère restrictif des directives en matière d'élaboration de la politique.

- Frottis cervical:

Cette mesure est destinée à la détection précoce du cancer de l'utérus. Dans l'ancien droit, elle était intégrée aux pratiques gynécologiques courantes et de nombreuses caisses-maladies incluaient spontanément son remboursement dans leurs contrats. Lors de l'introduction de la LAMal, le frottis de dépistage du cancer a été introduit dans le catalogue des prestations obligatoires à titre de mesure préventive.

Le frottis de dépistage du cancer étant une prestation préventive incontestée, réalisée dans le cadre du système médical ambulatoire, la Confédération ne dispose que de peu de marge de manœuvre pour réglementer l'organisation et le contenu des structures d'application; dans le cadre de la révision de la LAMal, comme le montre l'étude de cas, l'élaboration de la politique n'a donc été que très peu adaptée à la médecine préventive en ce qui concerne l'obligation de remboursement par les caisses (extension de un à trois ans de l'intervalle prévu pour les examens). De même, le dispositif administratif n'a été modifié que de manière insignifiante: le modèle d'exécution para-étatique par le système de médecine privée a été conservé, tout comme les fonctions de pilotage implicites des assureurs-maladie et de la CFP.

De par l'arrangement administratif para-étatique existant avec le système de médecine privée, la Confédération n'a eu qu'un rôle secondaire lors de la décision du projet politique, ce qui veut dire que les fournisseurs de prestations ont eu la haute main sur la réglementation des structures d'exécution. Mais comme l'Etat ne joue aucun rôle de direction par rapport à ces structures, on en arrive à certains déficits de réalisation, qui se manifestent au niveau de l'output par un manque d'équité de l'accès aux soins et au niveau de l'impact par des distor-

sions de la demande (excès de prévention dans les couches privilégiées, insuffisance de prévention dans les tranches de population à risque). On n'observe une modification des déficits existants ni au niveau de l'output, ni à celui de l'impact. La première explication réside dans le fait que le programme de gestion se limite à des incitations économiques passives et à des mesures persuasives ou qu'il ne contient pas de mesures plus contraignantes (pour les lacunes de la prévention, par exemple, il n'impose aux fournisseurs de prestations aucune façon de procéder standardisée). La seconde explication est le dispositif institutionnel paratétatique faisant appel au système de médecine privée, qui ne prévoit pas d'exécution par l'Etat.

Ces trois cas de figure permettent de répondre de la manière suivante aux questions sur les effets de l'introduction des prestations de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoires pour ce qui est de la *disponibilité des prestations, des structures d'exécution, du financement et de l'impact*:

- *Disponibilité des prestations:*

De la comparaison des trois prestations étudiées il ressort que les prestations préventives qui étaient déjà proposées avant l'introduction dans le catalogue des prestations obligatoires sont toujours proposées de la même manière. Les vaccinations des enfants d'âge scolaire et le frottis cervical sont donc disponibles. En revanche, on observe des modifications du point de vue de l'égalité des chances pour les prestations dont le financement était public avant leur introduction dans le catalogue des prestations obligatoires: pour certains groupes à risque, la disponibilité des vaccinations des enfants d'âge scolaire est plus complexe et donc moindre dans le système de médecine privée que dans le service de santé scolaire. L'introduction de la "nouvelle" prestation qu'est la mammographie de dépistage dans le catalogue des prestations obligatoires a entraîné le lancement de programmes ad hoc dans trois cantons, mais pas de mise en oeuvre de cette mesure dans l'ensemble de la Suisse et dans les autres cantons. On n'observe aucune différence pour le frottis cervical, prestation déjà "ancienne" et bien établie dans le système de médecine privée, pour laquelle la prévention n'a pas changé, restant ce qu'elle était: parfois insuffisante et parfois excessive.

- *Effets structurels:*

La comparaison des trois prestations préventives montre que l'introduction dans le catalogue des prestations obligatoires du frottis cervical, prestation "ancienne" faisant déjà partie du système de médecine privée, n'a entraîné aucune modification des structures d'application. Pour la mammographie de dépistage, "nouvelle" prestation, les dispositifs institutionnels nécessaires ont été mis en place dans trois cantons, tandis que les autres n'ont pas fait les efforts correspondants ou ont buté sur des questions financières. Pour les vaccinations des enfants d'âge scolaire, en revanche, on constate des effets structurels nets, le mouvement allant dans le sens d'un passage du système de médecine scolaire au système de médecine privée ou à une forme mixte. La prédominance du système privé n'est pas à mettre entièrement sur le compte de la LAMal, car des modifications du dispositif d'exécution avaient déjà été observées auparavant. Cependant, l'introduction des vaccina-

tions scolaires dans le catalogue des prestations obligatoires a fait apparaître une marge de manœuvre dont certains cantons ont utilisée pour abandonner le système de médecine scolaire.

- Effets financiers:

La comparaison des trois prestations de médecine préventive fait ressortir une évolution que l'on peut mettre sur le compte de la LAMal, mais uniquement pour celle qui, avant son introduction dans le catalogue des prestations obligatoires, était supportée par les pouvoirs publics dans les cantons: les vaccinations des enfants d'âge scolaire. Les cantons ont utilisé à ce niveau la plus grande liberté accordée dans le domaine financier pour se dégager, tandis que pour la mammographie, on constate que les coûts des programmes non réglementés par la LAMal constituent le principal argument contre la mise en œuvre d'un programme de dépistage précoce. Pour le frottis cervical, on n'observe aucune modification par rapport à la situation antérieure à l'introduction dans le catalogue des prestations obligatoires. Dans la plupart des cas, il tombe dans la franchise annuelle et il est donc à la charge de la femme elle-même.

- Prise en charge des prestations de médecine préventive (impact):

L'analyse comparative des trois études de cas permet de constater que les modifications sont différentes suivant la prestation introduite dans le catalogue des prestations obligatoires. Pour les vaccinations des enfants d'âge scolaire, on peut tabler sur une diminution potentielle de la prise en charge des groupes à risque dans les cantons où les autorités ne font pas activement des efforts d'information sur le taux de vaccination et ne tirent pas des évaluations faites les conclusions pratiques qui s'imposent (efforts ciblés visant ces groupes et généralement maintien du système de médecine scolaire). En ce qui concerne la mammographie diagnostique, quelques médecins, en raison de la réticence des cantons à mettre sur pied des programmes organisés, ont recours à cette méthode pour un dépistage au cas par cas, ce qui n'était pas prévu lors de l'introduction de la prestation dans le catalogue des prestations obligatoires. Le nombre de demandes de frottis cervical, même après son introduction dans le catalogue, est inférieur à la moyenne chez les femmes des groupes à risque, tandis que les femmes d'âge moyen bénéficiant d'une offre pléthorique demandent la prestation plus souvent que cela serait nécessaire du point de vue de la santé publique.

L'analyse, en résumé, débouche sur cinq *conclusions essentielles*:

1. L'introduction des mesures de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoires a entraîné des divergences entre la forme de prestation de services prévue par la loi et la pratique réelle. Les modifications escomptées de la part des autorités d'exécution et des fournisseurs privés de prestations ont été inexistantes ou seulement partielles.

2. L'introduction des mesures de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoires n'a provoqué dans la population cible quasiment aucune modification de comportement ou bien cette modification n'est pas celle que l'on attendait.
3. Lors de l'introduction des mesures de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoires, on a négligé de formuler des objectifs clairs, ce qui a abouti à une incohérence du projet politique.
4. Les critères qui doivent être pris en compte lors de l'introduction des mesures de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoires tiennent essentiellement compte des aspects médicaux purs et des aspects économiques, mais pas suffisamment des réalités concrètes de la mise en œuvre.
5. La LAMal constitue une base juridique insuffisante pour le financement des prestations de prévention pour lesquelles l'obligation de remboursement dépend de l'intégration à des programmes.

Partant de ces constatations, on peut formuler deux *recommandations pratiques*:

1. Il est conseillé à la Confédération de parvenir à un accord sur une hiérarchie d'objectifs lors de l'introduction d'une nouvelle prestation préventive. Elle doit poser les bases de cette gradation en mettant au point un instrument qui, par le biais d'une définition du concept de santé publique, propose des indicateurs permettant d'évaluer une prestation en fonction des quatre critères suivants: efficacité, adéquation, caractère économique et équité de l'accès aux soins.

Un problème que cette étude a permis d'identifier est le manque de clarté dans la fixation des objectifs lors de l'introduction de prestations de médecine préventive. Ces prestations ne peuvent guère être comparées à des mesures purement médicales, car elles ne visent pas les individus, mais la totalité d'un groupe cible; dans ce cas, le critère médical, technique, de l'efficacité, s'associe donc au critère politique, pratique, de l'équité de l'accès aux soins. Si les critères de la LAMal "efficacité, adéquation et caractère économique" ne constituent pas seulement une condition à l'introduction d'une prestation, mais aussi un objectif implicite pour sa mise en œuvre, ceci signifie pour les prestations de médecine préventive que lors d'une décision concernant une introduction dans le catalogue des prestations obligatoires, il faut tenir compte d'un critère supplémentaire, l'équité de l'accès aux soins. Ce critère concernant l'offre et non pas la demande, l'importance des instances d'exécution n'est pas la même que pour les prestations médicales individuelles, axées sur la demande. Afin d'intégrer des questions d'exécution à la réglementation d'une nouvelle prestation, la Confédération et/ou la CFP doivent disposer d'un instrument leur permettant d'évaluer quelle prestation préventive – et sous quelle forme – satisfait le critère d'équité de l'accès aux soins, qui fait partie du critère d'efficacité. Un élément complémentaire devrait donc être ajouté à la liste des critères à prendre en compte pour l'introduction de prestations médicales dans le catalogue des prestations obligatoires. Le caractère économique est primordial pour certaines prestations, mais pour d'autres, c'est plutôt l'équité de l'accès aux soins qui doit être assurée. Afin de pouvoir classer ainsi les prestations préventives, il faut une base de décision commune qui est absente pour l'instant. Il est donc conseillé à la

Confédération de mettre au point un tel instrument, en collaboration avec les organes concernés au niveau fédéral et cantonal, ainsi qu'avec les instances d'application para-étatiques et privées, et de compléter la liste de critères contenue dans le "Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales".

2. Il est conseillé à la Confédération de tenir compte des questions d'exécution, lors de l'introduction d'une nouvelle prestation de prévention, en prenant comme terme de référence l'équité de l'accès aux soins. Elle doit élaborer la réglementation de la mise en oeuvre avec les instances d'exécution (cantons, fournisseurs de prestations).

Lors de l'introduction de prestations de médecine préventive pour lesquelles le critère d'équité de l'accès aux soins est important, les aspects pratiques de l'exécution doivent être pris en compte. Ceci signifie que la Confédération doit marquer sa volonté de mieux prendre en compte les questions d'aptitude à l'exécution et au fédéralisme en ayant un contact précoce et de préférence continu avec les instances exécutives, à savoir les organes cantonaux et les fournisseurs de prestations para-étatiques ou privés. Du fait que dans les phases précoces, la définition du problème se fait généralement en même temps que la détermination des objectifs et le choix des options et que lesdits objectifs et options doivent par la suite être considérés comme des "contraintes", les responsables de l'exécution doivent être impliqués le plus tôt possible, notamment pour ce qui touche au financement des futurs programmes de prévention et de dépistage précoce. Cette façon de procéder présente aussi des avantages pour la Confédération elle-même, car il est plus facile de procéder à des modifications dans une phase précoce du projet qu'à une phase plus avancée.

Riassunto

Le prestazioni mediche di prevenzione si situano al confine tra le offerte di prestazioni mediche individuali, fornite da privati e finanziate dall'assicurazione malattie, e le cure dispensate nell'ambito della sanità pubblica, cofinanziate dai Cantoni. Dal punto di vista del contenuto non si può fare una chiara distinzione tra i compiti della sanità pubblica e l'ambito della prevenzione individuale. Visto che la LAMal disciplina soltanto il finanziamento di prestazioni individuali, il problema delle prestazioni mediche di prevenzione, oggetto della presente analisi, consiste nella parziale inadeguatezza della regolamentazione attuale alla questione politica che si intende risolvere.

Ricorrendo ai metodi dell'analisi politologica il presente studio esamina le ripercussioni dell'ammissione di prestazioni di medicina preventiva nel catalogo delle prestazioni assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie su disponibilità delle prestazioni, strutture d'applicazione, finanziamento e impact. A tale scopo sono stati utilizzati tre studi su tre prestazioni di medicina preventiva scelte come esempio, ovvero le *vaccinazioni in età scolastica*, la *mammografia di diagnosi precoce* e la *diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero (striscio del collo dell'utero)*. Lo scopo dello studio è di analizzare in che modo le strutture conflittuali cantonali e federali incidono sulle strutture d'applicazione a livello amministrativo e di contenuto (dispositivi delle autorità e policy design) e come queste strutture influiscono a loro volta sulle decisioni politiche (output) e sulle modifiche di comportamento riscontrate presso i destinatari (impact). Gli studi mostrano i nessi seguenti:

- *Vaccinazioni in età scolastica:*

Prima dell'introduzione della LAMal le vaccinazioni in età scolastica erano considerate un compito della sanità pubblica ed erano fornite dai Cantoni. Con l'applicazione della LAMal e l'ammissione di diverse vaccinazioni nel catalogo delle prestazioni assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie questa chiara attribuzione è venuta a cadere, rendendo così difficile la distinzione tra la competenza dei Cantoni e quella degli assicuratori. Poiché il finanziamento delle vaccinazioni era passato dai Cantoni agli assicuratori, per i primi non vi era più nessun incentivo finanziario diretto a conservare le loro strutture volte a mantenere un servizio sanitario scolastico efficiente, in quanto le vaccinazioni eseguite da medici privati vengono anch'esse coperte dalla LAMal.

Lo studio mostra che le divergenze tra le parti interessate hanno portato a fissare obiettivi contraddittori già a livello federale. In particolare gli interessi opposti rappresentati nell'ambito della Commissione delle prestazioni (CP) non solo hanno impedito di stabilire un sistema uniforme basato sul medico privato o sul medico scolastico, ma hanno anche creato basi tra loro incompatibili per le unità di esecuzione. D'altro canto i Cantoni, in disaccordo tra di loro, non hanno opposto resistenza.

Considerando che a livello federale non sono state definite direttive chiare per la realizzazione, le strutture d'esecuzione differiscono notevolmente da Cantone a Cantone. Grosso-

modo si possono suddividere le strutture d'esecuzione cantonali nel modo seguente: sistema del medico scolastico, sistema del medico privato e sistemi misti non uniformi in cui a diverse vaccinazioni corrispondono diversi modi di procedere. La scelta della struttura d'esecuzione cantonale è in parte connessa al rapporto esistente tra le autorità cantonali e quelle federali nonché alle discussioni pubbliche sul tema svoltesi nei Cantoni.

Per quanto attiene alla fornitura delle prestazioni nei Cantoni si è constatato che più la struttura d'esecuzione cantonale (policy design e dispositivo delle autorità) è uniforme, migliori sono output e impact. Nei Cantoni che passano al sistema del medico privato il contatto con gli organi cantonali è più intenso e l'informazione data ai fornitori di prestazioni maggiore. Si osserva invece che l'efficienza statale nei Cantoni in cui è previsto il modello del medico scolastico è maggiore, quanto migliori sono le informazioni date ai fornitori di prestazioni riguardo a obiettivi e contenuti della strategia cantonale adottata nell'ambito delle vaccinazioni e quanto maggiore è il sostegno dato alla ricerca concernente le vaccinazioni in età scolastica.

Il policy design nei confronti della popolazione che deve essere vaccinata ha solo poca influenza su output e impact. Se il medico scolastico giudica insufficiente l'assistenza sanitaria, l'informazione può farsi più intensa e specifica. L'efficienza dell'esecuzione statale è inversamente proporzionale al numero di bambini di cui un medico scolastico (a tempo pieno o parziale) si deve occupare.

- Mammografia di diagnosi precoce:

In Svizzera 45 donne su 100'000 muoiono ogni anno in seguito ad un tumore al seno (UST 2000:78), il che rappresenta a livello europeo un tasso di mortalità relativamente elevato. Per ridurre questo tasso nel catalogo delle prestazioni assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è stata introdotta la mammografia di diagnosi precoce, a condizione che sia eseguita nell'ambito di un programma sistematico di diagnosi precoce del cancro al seno. Tuttavia, questa condizione ha fatto fallire l'introduzione della prestazione su scala nazionale. Programmi sistematici di diagnosi precoce del cancro al seno esistono per il momento soltanto nei Cantoni di Vaud, Ginevra e Vallese.

Per quanto attiene alla mammografia di diagnosi precoce si è constatato che, a causa dei rapporti di potere conflittuali tra gli operatori, non è stato deciso nessun programma politico vincolante a livello federale (regolamentazione della questione finanziaria, decisione in merito all'organizzazione di un programma nazionale o cantonale). La realizzazione di un programma nazionale di diagnosi precoce è così fallita.

Con l'analisi dei Cantoni di Basilea-Città, San Gallo e Lucerna, tre Cantoni in cui non è stato realizzato nessun programma, sono stati esaminati in modo più circostanziato i fattori rilevanti a livello cantonale. E' emerso che gli operatori locali (autorità cantonali, fornitori di prestazioni, assicuratori e soggetti della società civile) ed i loro rapporti reciproci incidono moltissimo sulla realizzazione di un programma di diagnosi precoce in quanto le autorità non hanno definito nessun dispositivo a livello federale e i soggetti della società civile (in particolare organizzazioni professionali del settore sanitario) possono sì assumere un ruolo guida, ma non dispongono dei mezzi necessari per poter allestire un programma. Si può

preparare un programma se vi è un soggetto della società civile che ne assume l'organizzazione e se le autorità cantonali lo sostengono attivamente. Per il momento però, queste condizioni non sono adempiute in nessuno dei tre Cantoni analizzati.

Qualora sia possibile organizzarlo, un programma cantonale di mammografia di diagnosi precoce viene realizzato solo se si può risolvere la questione del finanziamento e chiarire la ripartizione dei compiti inerenti la politica di prevenzione tra autorità cantonali e fornitori di prestazioni od operatori privati. Visto che il policy design è stato definito in modo molto concreto dalla Confederazione, sono soprattutto le caratteristiche delle parti interessate a determinare il livello dell'output. I programmi di diagnosi precoce vengono realizzati solo nei Cantoni in cui per le parti interessate non comportano grandi differenze rispetto allo statu quo, ovvero non richiedono grossi investimenti o non generano perdite di utile, e in cui le parti sono convinte dell'utilità della mammografia di diagnosi precoce e possono avvalersi di una volontà politica in tal senso. Per contro, considerando lo spazio di manovra limitato concesso dal policy design, le differenze esistenti tra i diversi dispositivi delle autorità non sono foriere di diverse linee politiche.

- Striscio del collo dell'utero:

Questa misura mira alla diagnosi precoce del cancro al collo dell'utero. Già nel diritto previgente era considerata come prassi corrente in ginecologia ed era rimborsata a titolo facoltativo da molti assicuratori-malattie in base ad una convenzione. All'entrata in vigore della LAMal, lo striscio del collo dell'utero è stato ammesso quale prestazione di medicina preventiva nel catalogo delle prestazioni assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Poiché si tratta di una prestazione medica di prevenzione incontestata fornita nell'ambito del sistema medico ambulatoriale e per la quale il margine di manovra della Confederazione per la regolamentazione delle strutture d'esecuzione quanto a organizzazione e contenuto è molto esiguo, all'atto di disciplinare l'obbligo di assunzione da parte delle casse nell'ambito della revisione della LAMal il policy design relativo allo striscio del collo dell'utero è stato solo lievemente adeguato - come mostrato nello studio - conformemente ad aspetti legati alla medicina preventiva (estensione dell'intervallo previsto tra gli esami da uno a tre anni). Anche al dispositivo delle autorità relativo allo striscio del collo dell'utero sono state apportate modifiche minime, in quanto sia il modello di esecuzione parastatale mediante il sistema del medico privato che le implicite funzioni di controllo degli assicuratori-malattie e della CP sono stati mantenuti.

Il dispositivo parastatale delle autorità fondato sul sistema del medico privato ha fatto sì che la Confederazione svolgesse un ruolo secondario nella definizione il progetto politico. Ciò significa che la regolamentazione delle strutture d'applicazione è dominata dai fornitori di prestazioni. L'assenza di un ruolo guida da parte dello Stato comporta però in quest'ambito talune lacune. Per quanto concerne l'output queste consistono in una carenza di equità dell'assistenza sanitaria, per l'impact in alterazioni della domanda (assistenza in esubero per i ceti privilegiati, assistenza insufficiente per gruppi della popolazione a rischio). Finora le lacune esistenti sono rimaste inalterate sia per l'output che per l'impact.

Questo è imputabile in primo luogo al fatto che gli strumenti del programma dell'amministrazione si limitano ad incentivi economici passivi e rinunciano alla persuasione attiva o a misure vincolanti quali l'obbligo per i fornitori di prestazioni di procedere in modo uniforme in caso di lacune concernenti l'assistenza sanitaria. Un secondo motivo consiste nel dispositivo delle autorità parastatale fondato sul sistema del medico privato, che rinuncia ad un'esecuzione statale.

Lo studio dei tre esempi permette di trarre le seguenti conclusioni sugli effetti dell'ammissione delle prestazioni mediche preventive nel catalogo delle prestazioni a carico dell'assicurazione per quanto riguarda *disponibilità delle prestazioni, strutture di applicazione, finanziamento e impact*.

- Disponibilità delle prestazioni:

Dal raffronto delle tre prestazioni esaminate si è potuto constatare che vengono messe a disposizione in equamente le prestazioni preventive già offerte prima che venissero ammesse nel catalogo delle prestazioni assunte dall'assicurazione. Sono dunque disponibili le vaccinazioni in età scolastica e lo striscio del collo dell'utero. Per quanto riguarda l'equità delle possibilità di accesso, si sono riscontrati dei cambiamenti nell'ambito della prestazione che prima di essere ammessa nel catalogo era finanziata dall'ente pubblico: per alcuni gruppi di rischio l'accesso alle vaccinazioni in età scolastica nel sistema del medico privato è più complicato e quindi limitato rispetto a quello della vaccinazione eseguita presso il servizio medico scolastico. Solo in tre Cantoni l'ammissione della 'nuova' prestazione mammografia di diagnosi precoce nel catalogo ha contribuito ad avviare programmi in questo ambito, mentre a livello nazionale e negli altri Cantoni questo passo non ha contribuito a promuovere la disponibilità di questa prestazione. Non vi sono differenze per quanto riguarda la 'vecchia' prestazione striscio del collo dell'utero, da tempo offerta nel sistema del medico privato, il cui eccesso o la cui insufficienza non hanno subito modifiche.

- Effetti strutturali:

Dal raffronto delle tre prestazioni esaminate si è potuto constatare che l'ammissione nel catalogo della 'vecchia' prestazione striscio del collo dell'utero, 'vecchia' nel senso che era già offerta nel sistema del medico privato, non ha comportato adeguamenti delle strutture d'applicazione esistenti. Nel caso della 'nuova' prestazione mammografia di diagnosi precoce, in tre Cantoni le autorità hanno elaborato i dispositivi indispensabili ai fini dell'applicazione, negli altri Cantoni invece questo non ancora avvenuto oppure non è andato in porto per la questione del finanziamento. Per contro, sono stati rilevati notevoli effetti strutturali per quanto riguarda la vaccinazione in età scolastica, dove si assiste ad uno slittamento dal servizio del medico scolastico verso quello del medico privato o una soluzione mista. L'introduzione del sistema del medico privato non è però dovuta unicamente alla LAMal, poiché già prima si era proceduto a modifiche di questo genere del dispositivo d'esecuzione. Tuttavia il margine di manovra ottenuto con l'ammissione nel catalogo delle

vaccinazioni eseguite nell'ambito scolastico, laddove se ne è usufruito, è stato sempre impiegato per abbandonare il sistema del medico scolastico.

- *Effetti finanziari:*

Dal raffronto delle tre prestazioni esaminate risulta che soltanto per le vaccinazioni in età scolastica, cioè la prestazione che prima dell'ammissione nel catalogo nei Cantoni era finanziata dall'ente pubblico, è osservabile un cambiamento riconducibile alla LAMal. Mentre in questo caso i Cantoni sfruttano l'accresciuto margine di manovra nell'ambito finanziario per sgravarsi, per quanto riguarda la mammografia di diagnosi precoce si constata che i costi del programma non regolati dalla LAMal costituiscono l'argomento principale contro l'introduzione di un programma di riconoscimento precoce. Quanto allo striscio al collo dell'utero non si registrano cambiamenti rispetto alla situazione precedente l'ammissione nel catalogo. La prestazione è coperta nella maggior parte dei casi dalla franchigia e viene quindi finanziata unicamente dalle donne colpite dalla malattia.

- *Utilizzo di prestazioni preventive (impact):*

Dall'analisi comparativa dei tre esempi si può affermare che i cambiamenti comportati dall'ammissione nel catalogo possono essere di diverso tipo. Per quanto riguarda le vaccinazioni in età scolastica si può prevedere una diminuzione dell'utilizzo nei gruppi di rischio nei Cantoni in cui le autorità non si adoperano attivamente per informare sul tasso di vaccinazione e traggono dalle relative valutazioni conclusioni pratiche secondo le quali è necessario occuparsi in modo più mirato di questi gruppi e nella maggior parte dei casi mantenere il servizio medico scolastico. Per quanto riguarda la mammografia, poiché i Cantoni sono restii ad organizzare programmi, singoli medici praticano la mammografia di diagnosi precoce secondo i casi, contrariamente a quanto previsto all'ammissione della prestazione nel catalogo delle prestazioni a carico dell'assicurazione. Anche dopo che lo striscio del collo dell'utero è stata ammessa nel catalogo, il numero delle donne appartenenti ai gruppi di rischio che ne fanno uso si situa al di sotto della media, mentre le donne di mezza età, che già usufruiscono eccessivamente della prestazione, continuano a sottoporvisi più spesso di quanto non sia ragionevole dal punto di vista della public health.

Riassumendo, lo studio trae cinque *conclusioni*:

1. L'ammissione delle prestazioni mediche preventive nel catalogo delle prestazioni a carico dell'assicurazione ha comportato discrepanze tra la forma della fornitura della prestazione prevista dalla legge e la prassi dominante. I cambiamenti che si volevano ottenere nell'ambito delle autorità d'esecuzione e dei fornitori di prestazioni privati non sono stati ottenuti o sono stati ottenuti solo parzialmente.
2. L'ammissione delle prestazioni mediche preventive nel catalogo non ha generato nella popolazione target i cambiamenti di comportamento auspicati o non ne ha generati del tutto.

3. Al momento dell'ammissione nel catalogo delle prestazioni preventive non sono stati formulati obiettivi chiari e ciò è portato a un progetto politico contraddittorio.
4. I criteri di ammissione nel catalogo delle prestazioni preventive si fondano in primo luogo su aspetti medico-tecnici ed economici, ma non tengono sufficientemente conto delle condizioni necessarie ad un'applicazione effettiva.
5. La LAMal non è una base giuridica sufficiente per il finanziamento delle prestazioni preventive il cui obbligo di rimborso è legato alla loro integrazione in un programma.

Sulla base di queste considerazioni si formulano le due *raccomandazioni* seguenti:

1. Al momento di ammettere una nuova prestazione preventiva, la Confederazione dovrebbe accordarsi su una gerarchia di obiettivi e creare all'uopo una base elaborando uno strumento che, mediante una definizione del concetto di public health, fornisca indicatori che permettano di valutare una prestazione secondo l'importanza dei quattro criteri previsti, ovvero efficacia, adeguatezza, economicità ed equità dell'assistenza sanitaria.

Una lacuna rilevata con il presente studio è costituita dagli obiettivi poco chiari relativi all'ammissione delle prestazioni preventive, che sono paragonabili alle prestazioni prettamente mediche solo a determinate condizioni, poiché non sono destinate all'individuo, bensì al complesso di un gruppo target. Per queste prestazioni il criterio medico-tecnico dell'efficacia è legato a quello politico-pratico dell'equità dell'assistenza. Se i criteri previsti dalla LAMal 'efficacia, adeguatezza ed economicità' non costituiscono solo un ostacolo all'ammissione di una prestazione, ma anche una formulazione di obiettivi impliciti per l'applicazione, ciò significa per le prestazioni preventive che nella decisione inerente l'ammissione nel catalogo delle prestazioni a carico dell'assicurazione deve essere rispettato il criterio supplementare dell'equità dell'assistenza. Questo criterio mira all'offerta e non alla domanda: l'importanza delle istanze di esecuzione è quindi molto maggiore rispetto a quella delle prestazioni mediche individuali fondate sulla domanda. Per integrare aspetti dell'esecuzione nel regolamento di una nuova prestazione, la Confederazione o la CP devono disporre di uno strumento che consenta loro di valutare quale prestazione preventiva presupponga l'equità dell'assistenza quale parte integrante del criterio di efficacia e in che forma. Una modifica in questo senso dovrebbe essere apportata all'elenco dei criteri per l'ammissione delle prestazioni mediche nel catalogo delle prestazioni obbligatorie. Mentre per alcune prestazioni l'economicità può assumere una grande importanza, per altre è importante in primo luogo garantire l'equità dell'assistenza sanitaria. Per questa suddivisione delle prestazioni preventive è però necessaria una base decisionale unitaria, finora inesistente. Si raccomanda perciò alla Confederazione di sviluppare questo strumento collaborando con gli uffici interessati di Confederazione e Cantoni nonché con le istanze di esecuzione federali, parastatali e private e di completare di conseguenza il catalogo dei criteri dell'"Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen".

2. All'ammissione di una nuova prestazione preventiva si raccomanda alla Confederazione di tener conto, in riferimento all'equità dell'assistenza, anche di aspetti dell'esecuzione. Il relativo regolamento va elaborato in collaborazione con le istanze di esecuzione (Cantoni, fornitori di prestazioni).

Quando vengono ammesse prestazioni mediche preventive, per le quali il criterio dell'equità dell'assistenza è molto importante, si deve tener conto degli aspetti pratici dell'esecuzione. La Confederazione dovrebbe quindi sottolineare la sua volontà di tenere maggiormente conto delle questioni di applicabilità e quindi anche di adeguatezza al federalismo prendendo sistematicamente e tempestivamente contatto o, ancor meglio, mantenendo contatti ininterrotti con le istanze di esecuzione, ovvero con gli uffici cantonali e con i fornitori di prestazioni parastatali o privati. Poiché proprio nelle fasi iniziali, in cui si definisce la problematica, nella maggior parte dei casi vengono anche già elaborati gli obiettivi e le opzioni fondamentali, che in un secondo tempo saranno percepiti come 'insiti nella natura delle cose', i responsabili dell'esecuzione devono essere coinvolti nel processo il più presto possibile. Inoltre, deve essere attribuita particolare importanza alla questione del finanziamento dei futuri programmi di prevenzione e diagnosi precoce. Questo procedimento presenta vantaggi anche per la Confederazione stessa, dato che una modifica apportata nella fase iniziale della stesura del progetto comporta un impiego notevolmente minore di risorse.

Summary

Preventive measures lie somewhere in between individual, privately dispensed medical treatment which is covered by health insurance, and public health care which is co-financed by the cantons. In fact, when referring to specific measures, it is sometimes difficult to make a clear distinction between Public Health concerns and individual prevention. The difficulty with preventive measures is that the KVG regulates only the financing of individual health services, whereas prevention goes beyond that and deals with areas not regulated by the KVG. This means that policy problems that need to be resolved are often inconsistent with the tools used to resolve them.

The present study uses Policy Analysis methods to examine the repercussions of the approval of certain preventive measures for obligatory coverage under the KVG in terms of their availability, implementation structures, financing and impact. Three case studies dealing with exemplary forms of preventive intervention were examined to this end: *Vaccination of school age children*, *Screening mammography* and *Smear tests for the early diagnosis of uterocervical cancer (cervical smear)*. The study asks how conflicting structures at cantonal and federal level influence the administrative aspects and content of implementation structures (administrative arrangements and policy design) and how these in turn influence both policy decisions (Output) and those whom the policies target (Impact). The case studies highlighted the following connections:

- *Vaccination of school age children:*

Before the KVG came into force, school vaccination campaigns were implemented by the cantons as a part of public health policy measures. Since the introduction of the KVG and the approval of various types of vaccines for obligatory coverage, responsibilities have blurred, and it is sometimes difficult to establish whether the cantons or the insurers are in charge. Since the financing of vaccinations has passed from the cantons to the insurers, and vaccination by private health professionals are covered by the KVG, the former no longer have a financial incentive to maintain structures ensuring the efficient provision of health services in the schools.

The case study shows that already at federal level, disagreements between the various players resulted in incoherent objectives. Due to contradictory interests represented in the Federal Commission for Health Insurance Benefits (Eidgenössische Leistungskommission ELK), it not only proved impossible to fix a uniform system of either private or school provision, but the directives given the implementing parties also proved incompatible with each other. Lacking a common standpoint, the cantons did nothing to counteract this trend.

Since there are no clear directives for implementation at federal level, cantonal implementation structures are very diverse. They can be roughly subdivided into school health services, provision by private physicians, and variously constituted mixed systems in which different procedures are implemented for different types of vaccines. The choice of these

structures depends partly on the relationship between the cantonal authorities and the relevant federal agencies, and on the on public debate on these issues at cantonal level.

Concerning cantonal service provision, it was noted that Output and/or Impact improve when cantonal implementation structures are more uniform (policy design and administrative arrangements). In the cantons that are switching to the private provision model, contacts with the cantonal agencies and information of service providers are more intensive. In cantons with school health services, Output (policy decisions) improves when service providers are better informed of the practical specifications and objectives of the cantonal vaccination strategy, and when relevant research is promoted.

Output and/or Impact are hardly influenced by policy design relative to the population to be vaccinated, although an assessment that vaccinations are insufficient by the school doctor may generate more intensive and specific information. State implementation grows less satisfactory as the number of children that have to be taken care of by a full or part time school doctor increases.

- Screening-mammography:

Approximately 45 out of 100'000 women die of breast cancer in Switzerland each year (BFS 2000: 78). In a European comparison, this rate is relatively high. To reduce it, screening mammography was included in the list of preventive measures covered by the KVG, under the condition that it be part of a systematic early detection program. Its introduction at national level misfired due to this condition, however, and only cantons Vaud, Geneva and Valais already have a systematic breast cancer screening program.

Unfortunately, with reference to screening mammography, conflict-ridden relations between various federal players and power configurations have made it impossible to establish a comprehensive and binding policy (financing issues, decisions as to whether the program should be organised at cantonal or national level), and to implement a national screening campaign.

An analysis of cantons Basel-City, St. Gallen and Lucerne, in which no program has yet seen the light of day, allowed for a more detailed investigation of relevant factors at cantonal level. Results showed that the set up of a cantonal screening program is strongly influenced by the local players and the relationships between them (cantonal authorities, service providers, insurers, and other social partners), since administrative arrangements (Behördenarrangement) have not been settled at federal level. Various parties (professional associations above all) could head such a campaign, but lack the necessary resources to set it up. They would have to assume responsibility for its organisation, and receive active backing from the canton. Neither of the three cantons fulfils this prerequisite.

If a potential cantonal mammography screening campaign is organised, it requires a preliminary resolution of the question of financing, and a distribution of tasks between cantonal authorities and service providers, i.e. private players. Since federal policy design is very specific, cantonal Output (policy decisions) is influenced primarily by the characteristics of the participating players. Screening programs are in fact implemented only in the

cantons where they do not much change the status quo for participating players, where they involve no great investments or serious losses in earnings, where the players are convinced of the usefulness of screening mammography, and there is the political will to implement such a program. Different administrative arrangements in the cantons do not much change cantonal policy decisions (Output) however, the directives based on federal policy design being quite stringent.

- *Cervical smear tests:*

This measure aims for an early diagnosis of cervical cancer. It was implemented extensively already under the old legislation, and was covered by many insurers on a voluntary contract basis. When the KVG came into force, the smear test was approved for obligatory coverage.

Since the utility of the cervical smear test as a preventive measure is hardly questioned, and that is usually administered on an outpatient basis, the federal authorities do not have much of a say in the regulation of its organisational or other aspects. The case study showed that with new provisions establishing coverage under the KVG, policy design was adapted only slightly to account for specifically preventive considerations (extension of the interval between tests from one to three years). Previous administrative arrangements (Behördenarrangement) were also barely modified, i.e. semi-private implementation through private health care was upheld, as well as the implicit steering role of insurers and of the Federal Commission for Health Insurance Benefits (ELK).

The existing semi-private arrangement with private provision means that the federal authorities do not have much to say concerning policy decisions, i.e. implementation structures are largely regulated by the service providers, without state leadership or guidance. This gives rise to certain gaps. Policy decisions (Output) sometimes make for inequitable provision; as for Impact, demand may be distorted (over-supply for privileged social groups, insufficient supply for the groups at greatest risk). These defects have not been eliminated, above all because the administrative program makes use of only passive economic incentives. Stronger measures, or more binding ones, such as obligatory standardised procedures to be followed by service providers when supply is insufficient, have not been implemented. The second reason is the arrangement between public authorities and the private health care system, which makes implementation with state intervention undesirable or unnecessary.

These three case studies generated the followings answers concerning the effects of the introduction of obligatory coverage for certain preventive measures, in terms of their *availability, implementation structures, financing and impact:*

- *Availability:*

A comparison of the three measures discussed shows that those which were already on offer before their approval for obligatory coverage continue to be extensively provided: vaccina-

tion of school age children and the cervical smear test. Access to the measures which were previously paid for out of the public purse became less equitable. For certain groups at high risk, access to vaccination by private physicians is more complicated than through school vaccination campaigns, and therefore lower. The approval of screening mammography as a "new" measure has led to the set-up of breast cancer screening programs in only three cantons, and has not given rise to similar programs in the other cantons or at national level. No differences were observed when comparing the "old" and the "new" model of implementation of the cervical smear test, which is provided by private physicians, and the situation relative to over-supply or insufficient supply has not been modified.

- *Structural effects:*

A comparison of the three preventive measures shows that previously existing implementation structures for the "old" cervical smear test, which was already widespread in private health care, were not adapted to the "new" situation. For the "new" screening-mammography measure, three cantons concluded administrative arrangements (Behördenarrangement) necessary for its implementation; the other cantons have either not taken the necessary steps, or failed for financing reasons. Significant structural changes occurred in the area of vaccination of school age children, with a shift from provision by the school doctor to the private physician, or to a mixed system. The KVG alone does not explain the shift to private provision, since this trend was already noticeable before the KVG came into force. However, the room for manoeuvre created by the approval of school vaccinations for obligatory coverage has consistently been used to move away from provision by the school doctor.

- *Financial repercussions:*

A comparison of these three preventive measures shows that changes that might be due to the KVG again concern those that were previously paid out of the cantonal public purse, i.e. the vaccination of school age children. Whereas here the cantons made use of their new financial leeway to get rid of a financial burden, we can see that with reference to screening-mammography the costs that are not covered under the KVG represent the major argument against the introduction of a screening program. No changes have occurred concerning the cervical smear test – in most cases it falls under the annual deductible and is paid out of pocket by the women themselves.

- *Access to preventive measures (Impact):*

A comparative analysis of the three case studies shows that here changes caused by the approval of obligatory coverage vary widely. Concerning vaccinations, one may assume potentially reduced access by groups at risk, since the authorities neither do enough to actively inform about the global vaccination rate (Durchimpfungsgrad) nor draw practical conclusions from relevant assessments, i.e. to address these groups in more targeted fashion or maintain some form of provision in school. With reference to mammography, there are

certain physicians who, due to the inactivity of the cantons, run opportunistic screening through diagnostic mammography, which was not planned when the measure was approved for obligatory coverage. The cervical smear test continues to be made too little use of by women from the groups at high risk, whereas middle-aged women from over-supplied groups continue to have the test run more often than is justifiable from a public health perspective.

Summing things up, one may say that the study gives rise to five principal *conclusions*:

1. The approval of certain preventive measures for obligatory coverage has given rise to a number of discrepancies between their provision as planned by the law, and provision as it functions in practice. The administrative bodies in charge of implementation and private service providers did not change as they were intended to do, or the changes were unsatisfactory.
2. The approval of preventive measures for obligatory coverage under the KVG did not modify the behaviour of the targeted population, or modified it in ways that did not conform to previous expectations.
3. No clear objectives were defined when preventive measures were approved for obligatory coverage, and in consequence the relevant policies lack coherence.
4. The criteria used to determine which preventive measures should be subject to obligatory coverage focus on purely medical or economic aspects, and do not pay enough attention to the practical prerequisites of implementation.
5. The KVG offers an insufficient legal basis for financing preventive measures, which are covered only if they are part of an organised program.

The above conclusions gave rise to the following two *recommendations*:

1. When approving a new preventive measure, the federal authorities ought to establish a hierarchy of objectives. The basis for grading objectives should be Public Health Policy indicators apt to assess a measure in terms of its efficacy, appropriateness, cost-effectiveness and equitable provision.

One of the defects identified by the present study was that objectives are not set clearly enough when preventive measures are approved for obligatory coverage. In fact they are only comparable to straightforward medical interventions up to a point, since they target not individuals, but a group. This means that the medical and technical criterion of efficacy combines with the political and practical criterion of equitable provision. The KVG criteria "efficacy, appropriateness and cost-effectiveness" represent more than just a threshold for the approval of a measure; implicitly they also set up objectives for its implementation. For preventive measures the additional criterion of equitable provision must be accounted for when approving them for obligatory coverage. Since they focus on supply and not on demand, implementing bodies play a much more important than for demand-oriented, individual health services and measures. In order to account for implementation aspects when

regulating a new measure, federal authorities, i.e. the ELK (Federal Commission for Health Benefits) must have an instrument enabling them or it to assess which preventive measure requires equitable provision (and in what form) to fulfil the efficacy criterion. The catalogue of criteria for approval under obligatory coverage should be extended by these points. Whereas for individual interventions the focus ought to be on cost-effectiveness, equitable provision above all else should be ensured for the others. A uniform decision-making basis is required to grade preventive measures along these lines. For the time being, no such basis exists. Federal authorities should develop such an instrument in cooperation with concerned offices and bodies at both cantonal and national level, and the federal as well as the semi-private and private implementing parties, and include it in the "Manual for the Standardisation of the Medical and Economic Assessment of Health Care Services".

2. A further recommendation for the federal authorities is to account for implementation when approving a new preventive measure. The modalities should be established jointly with the implementing parties (cantons, service providers).

When approving preventive measures, for which the criterion of equitable provision is important, practical aspects of implementation must be accounted for. Federal authorities should show their determination to be more attentive to issues of implementation and federal functioning by taking up early or – better still – maintaining continuous contact with the implementing parties, i.e. the cantonal offices and agencies and/or the semi-private or private service providers. In view of the fact that it is important to define objectives and options already at an early stage, i.e. more or less at the same time as the problem at hand is being defined, which at a later stage will be perceived as an "objective constraint", implementing parties should be involved as early as possible. The question of how future preventive and screening measures ought to be financed is particularly important. Such a procedure presents the federal authorities with the added advantage that modifications are much less time and cost-consuming at an early stage than later on.

Inhalt

1	Einleitung und Fragestellung	1
2	Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog des KVG	3
3	Forschungsansatz und Untersuchungsraster	8
3.1	Vollzugsmuster und Policyzyklus	8
3.2	Prozessanalyse und Politics-Begriff	10
3.3	Wirkungsforschung	11
3.4	Untersuchungsraster für die Fallstudien	13
4	Impfungen im Schulalter	15
4.1	Ausgangslage	15
4.2	Einordnung ins Untersuchungsraster	17
4.2.1	Ebene Bund	17
4.2.2	Ebene Kantone	18
4.3	Hypothesen	19
4.4	Ergebnisse aus der Kantonsbefragung	21
4.5	Analyse	21
5	Screening-Mammographie	30
5.1	Ausgangslage	30
5.2	Einordnung ins Untersuchungsraster	32
5.2.1	Ebene Bund	32
5.2.2	Ebene Kantone	35
5.3	Hypothesenbildung	37
5.4	Fallbeispiele aus drei exemplarischen Kantonen	38
5.4.1	Kanton Basel-Stadt	39
5.4.2	Kanton St. Gallen	41

5.4.3 Kanton Luzern.....	43
5.5 Analyse	44
6 Cervix-Abstrich.....	50
6.1 Ausgangslage.....	50
6.2 Einordnung ins Untersuchungsraaster.....	52
6.3 Hypothesenbildung	55
6.4 Ergebnisse der Expertengespräche	56
6.5 Analyse	59
7 Zusammenführung der Ergebnisse und Beantwortung der Ausgangsfragen	63
7.1 Verfügbarkeit der Leistung/Versorgungsgerechtigkeit	63
7.2 Strukturen.....	65
7.3 Finanzielle Auswirkungen.....	67
7.4 Impact	69
8 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	72
8.1 Schlussfolgerungen.....	72
8.2 Handlungsbedarf.....	75
Interviews	80
Literatur	81

1 Einleitung und Fragestellung

Die präventivmedizinischen Leistungen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen individualmedizinischen Angeboten, die privat erbracht und über die Krankenversicherung finanziert werden, und öffentlicher Gesundheitspflege, die von den Kantonen mit finanziert wird. Inhaltlich kann keine klare Abgrenzung zwischen Public Health-Aufgaben und dem Bereich der individuellen Prävention gemacht werden. Gleichzeitig regelt das KVG die Finanzierung nur für die individuelle Leistungserbringung. Das zu untersuchende Problem der präventivmedizinischen Leistungen liegt also in der Deckungsungleichheit der Regelung und des zu lösenden Politikproblems.

Die vorliegende Studie im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG hat zum Ziel, die Auswirkungen der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen in den Pflichtleistungskatalog des KVG aus politologischer Sicht zu untersuchen. Anhand von Fallstudien zu Impfungen im Schulalter, zur Screening-Mammographie und zum Cervix-Abstrich sollen die folgenden Fragen beantwortet werden:

- *Verfügbarkeit der präventivmedizinischen Leistungen:* Welche Leistungen der Prävention (individuelle präventivmedizinische Leistungen, öffentliche Gesundheitspflege) stehen heute zur Verfügung? Wie werden sie finanziert? Ist die Forderung der Chancengleichheit v.a. zwischen Bewohnern verschiedener Kantone erfüllt? Wo hat sich die Situation, verglichen mit dem Zustand vor der Einführung des KVG, verändert? Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Kantonen?
- *Strukturen:* Haben sich die Strukturen im Bereich der präventiven Leistungen mit der Einführung des KVG verändert? Sind diesbezüglich gesetzliche Grundlagen in den Kantonen angepasst worden? Sind Leistungen der Prävention von einer Säule in die andere verschoben worden (individuelle präventivmedizinische Leistungen, öffentliche Gesundheitspflege)? Wie haben sich die Säulen entwickelt: Sind sie ausgebaut oder abgebaut worden? Sind Aufgabenteilungen gesucht und gefunden worden? Bestehen Unterschiede zwischen Kantonen bzw. Landesteilen?
- *Finanzielle Auswirkungen:* Wie sieht die Aufteilung der Finanzierung auf öffentliche Hand, Versicherer und Selbstzahler mit spezieller Berücksichtigung kantonaler Unterschiede aus? Hat eine Verschiebung der Finanzströme von einem zu einem anderen Finanzierer stattgefunden?
- *Impact:* Gingen die Änderungen in der Kostenübernahme mit Änderungen in der Inanspruchnahme einher, und zwar generell, bezogen auf spezifische Untergruppen der Zielbevölkerung sowie im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Kantonen? Gibt es Hinweise dafür bzw. dagegen, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Inkrafttreten des KVG und Änderungen in der Inanspruchnahme besteht? Werden die neu aufgenommenen präventivmedizinischen Leistungen 'lege artis', d.h. zielgruppenorientiert, verbunden mit der Information der Zielbevölkerung und der Evaluation sowie mit einer sinnvollen Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Säulen, durchgeführt?

Gibt es Beobachtungen, dass die Selbstbeteiligung die Inanspruchnahme in gefährdeten Gruppen erschwert?

- *Synthese:* Wie werden die Auswirkungen der Aufnahme präventiver Leistungen in den Leistungskatalog insgesamt beurteilt? Welches sind die Voraussetzungen, damit die präventivmedizinischen Leistungen zu Leistungen eines präventiven Programmes werden können?

Die Studie ist wie folgt aufgebaut: Im folgenden Kapitel 2 wird die Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen in den Pflichtleistungskatalog aufgearbeitet und in den Kontext der allgemeinen Public Health-Bemühungen eingebettet. Im anschliessenden Kapitel 3 wird das Untersuchungsgeraster aus den beiden Ansätzen der Prozessanalyse und der Wirkungsforschung hergeleitet, mit dem die drei Fallstudien Impfungen im Schulalter, Screening-Mammographie und Cervix-Abstrich in den folgenden drei Kapiteln 4 bis 6 erarbeitet werden. In Kapitel 7 werden die Erkenntnisse aus den Fallstudien zusammengeführt und die Ausgangsfragen der Studie beantwortet. Im letzten Kapitel 8 schliesslich werden die Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen zuhanden des BSV formuliert.

2 Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog des KVG

Das am 1. Januar 1996 in Kraft getretene neue Krankenversicherungsgesetz¹ (KVG) enthält erstmals auch Bestimmungen zur medizinischen Prävention, welche im Vorgängergesetz (KUVG) noch keine Berücksichtigung gefunden hatte. Damit wurde eine Gesetzeslücke geschlossen und der Leistungskatalog der Krankenversicherung vervollständigt. Dieser Schritt erfolgte mit dem Ziel, Versorgungsgerechtigkeit im Bereich der Prävention herzustellen und allen Versicherten den Zugang zu denselben Leistungen zu gewährleisten (Bundesrat 1991: 61f.). Das neue KVG nimmt somit erstmals Elemente der *Sozial- und Präventivmedizin* oder *Public Health* auf. "Mit Public Health wird die gemeinsame Anstrengung der Gesellschaft bezeichnet, die Voraussetzungen für die Erreichung, Erhaltung und Wiedererlangung einer möglichst guten Gesundheit aller Teile der Bevölkerung zu schaffen. Der Public Health-Ansatz befasst sich entsprechend mit der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch mit dem kurativen und rehabilitativen Bereich des Gesundheitswesens. Er stützt sich auf wissenschaftliche Grundlagen und berücksichtigt die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen" (Abelin 1998: 2).

Das KVG äussert sich nicht explizit zu dieser Sichtweise von öffentlicher Gesundheit, welche individuelle und gesellschaftliche Anstrengungen im öffentlichen und privaten Bereich (Gutzwiller und Jeanneret 1999: 26), d.h. sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention, umfasst. Der Bundesrat unterschied in seiner Botschaft von 1991 zwischen den folgenden Komponenten von Prävention:

- *Prävention im engeren Sinn*: individuelle präventivmedizinische Leistungen, die "von einem Arzt zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in regelmässigen Abständen, ohne Vorliegen konkreter Symptome" durchgeführt oder verordnet werden (Bundesrat 1991: 62). Mit dem neuen Art. 26 KVG wurden diese Massnahmen zu Pflichtleistungen der Krankenversicherung.
- Die *Prävention im weiteren Sinn* beinhaltet Informations-, Sensibilisierungs- Impf- und Kontrollkampagnen. Entsprechend der Botschaft des Bundesrats sollten sie "wie bisher dem Gesundheitswesen, das heisst den Kantonen und Facheinrichtungen unterstehen" (Bundesrat 1991: 62) und damit von der Krankenversicherung ausgenommen werden.

Im Laufe der parlamentarischen Beratung wurde, abweichend zum bundesrätlichen Entwurf, die zusätzliche Komponente der Gesundheitsförderung ins KVG integriert. Mit Art. 19 KVG wurde die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung geschaffen, die von Kantonen und Versicherern gemeinsam getragen wird und Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Massnahmen der Gesundheitserziehung wurden hingegen aus dem neuen KVG grundsätzlich ausgeklammert (Bundesrat 1991: 62).

¹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)

Mit dem 1996 eingeführten Versicherungsobligatorium wird nun die Gesamtbevölkerung vom KVG erfasst, was die bisherige Lücke zwischen Krankenversicherungswesen und öffentlichem Gesundheitswesen schliesst und es erlaubt, im Rahmen der Krankenversicherung dem Public Health-Ansatz mehr Beachtung zu schenken (Abelin 1998: 2). Gleichzeitig ergeben sich jedoch auch Abgrenzungs- und Koordinationsprobleme zwischen der auf Bundesebene geregelten Krankenversicherung und dem öffentlichen Gesundheitswesen, welches aufgrund des föderalistischen Staatsaufbaus der Schweiz in den Autonomiebereich der Kantone fällt.

Der Bund betrachtet die Prävention im weiteren Sinn als Sache der Kantone und Facheinrichtungen, weshalb die Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und der bevölkerungsbezogenen Präventionspolitik in jedem Kanton unterschiedlich ausfällt und keiner zentralen Regelung unterstellt. National orientierte Bemühungen im Public Health-Bereich werden dadurch wesentlich erschwert und erfordern grosse Koordinationsleistungen seitens des Bundes, der Kantone und der übrigen Akteure des Gesundheitswesens. Die individualmedizinische Prävention hingegen fällt seit 1996 teilweise unter Art. 26 KVG und ist somit Gegenstand der Bundesregelung:

Art. 26 KVG: "Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet."

Gemäss Art. 33 Abs. 2 KVG werden die zu vergütenden präventivmedizinischen Leistungen vom Bundesrat abschliessend in einer Positivliste benannt. Diese ist in Art. 12 der Krankenpflege-Leistungsverordnung² (KLV) enthalten. Je nach Leistung ist die Kostenpflicht an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Einschränkungen erfolgen z.B. in methodischer oder zeitlicher Hinsicht, können sich aber auch auf spezifische Zielgruppen oder qualitative Voraussetzungen beziehen. Diese Bedingungen sind auf Art. 32 KVG zurückzuführen, der besagt, dass im Rahmen der Krankenversicherung erbrachte Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen.

Die ursprüngliche Positivliste von kassenpflichtigen Präventivleistungen wurde von einer 1994 eingesetzten Arbeitsgruppe der damaligen Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin (SGSPM; heute Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, SGPG) ausgearbeitet. Ihr Auftrag bestand darin, klare Kriterien aufzustellen, nach denen bereits etablierte und künftige neue Massnahmen und Untersuchungen im Hinblick auf die Leistungspflicht beurteilt werden sollten. Die ursprünglich innerhalb der Fachgesellschaft entstandene Arbeitsgruppe wurde von der FMH unterstützt und schliesslich vom BSV offiziell als Subkommission Prävention der Eidgenössischen Kommission für

² Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (SR 832.112.31)

allgemeine Leistungen³ (ELK) eingesetzt. Ihre Vorschläge wurden weitgehend akzeptiert und umgesetzt, das Ergebnis ihrer Arbeiten war eine erste Liste mit kassenpflichtigen präventivmedizinischen Leistungen (vgl. Abelin 1998: 6f.).

Der Pflichtleistungskatalog des KVG kann auf Antrag an das BSV erweitert werden. Gemäss Art. 37d KVV⁴ überprüft die ELK sämtliche neu aufzunehmenden Präventionsmassnahmen auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Unter Art. 26 KVG fallen Massnahmen, die individuell auf die Verhinderung einer spezifischen Erkrankung ausgerichtet sind sowie praktisch alle Massnahmen der Früherfassung von Krankheiten, ausser Untersuchungen, die zum Schutze von anderen Personen (die z.B. unter das Epidemiegesetz fallen) oder auf Verlangen von Dritten erfolgen (z.B. Risikoprüfungen bei Lebensversicherungen). Beim Entscheid, auf einen Antrag auf Kostenübernahme durch die Krankenversicherung einzutreten, richtet sich die ELK nach folgenden Kriterien (BSV 1998):

- Ist die präventive Leistung als eigenständige Intervention beschreibbar?
- Ist eine Beurteilung der Wirksamkeit (Nutzen und Schaden) und eine Bezifferung der Kosten möglich?
- Ist eine klare Indikationsstellung möglich?
- Ist eine Überweisung an Leistungserbringer möglich, die für diese Intervention speziell qualifiziert sind?
- Sind spezifische Voraussetzungen und Kompetenzen nötig?

Sofern die beim BSV eingehenden Anträge auf Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog die Einreichungskriterien erfüllen, werden sie vom Ausschuss Prävention begutachtet, welcher einen Antrag mit Stellungnahme an die ELK richtet⁵. Aufgrund deren Empfehlung fällt dann das Departement den endgültigen Entscheid.

Wie aus dem "Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen" des BSV hervorgeht, werden Präventivmassnahmen aufgrund einer Antragsdokumentation beurteilt, welche die folgenden Angaben beinhalten muss (BSV 2000: 34ff.):

- Medizinische Dokumentation
 - Identifikation der Leistung

³ Diese 20köpfige Kommission berät das Departement des Innern bei der Bezeichnung von bestimmten medizinischen Leistungen und bei der Ausarbeitung von Bestimmungen zur Qualitätssicherung. Sie setzt sich aus Vertretern der Ärzteschaft, der Spitäler, der Apothekerschaft, der Kranken- und Unfallversicherer, der Versicherten, der Kantone und des Bundesamts für Gesundheit zusammen (vgl. Art. 37d KVV).

⁴ Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)

⁵ Dies ist das Vorgehen, wie es das Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen des BSV vorsieht. Der Ausschuss Prävention ist jedoch zur Zeit noch nicht eingesetzt (Direktinformation von Felix Gurtner, BSV).

-
- Stand des medizinischen Wissens (Beschreibung der Erkrankung, heutige Anwendung von präventiven Massnahmen, Richtlinien und geltende Regelungen in anderen Ländern)
 - Situation der Schweiz ('Burden of Disease', heutige Anwendung der beantragten Präventivmassnahme in der Schweiz)
 - Beschreibung der beantragten präventiven Intervention (Zielsetzung, Zielgruppe/Indikation, Interventionen, gesundheitspolitische Einbettung)
 - Darlegung der Wirksamkeit Anhand gut dokumentierter wissenschaftlicher Ergebnisse. Standard: kontrollierte randomisierte Studien
 - Bewertung und Quantifizieren des präventiven Nutzens
 - Bewertung und Quantifizieren unerwünschter Wirkungen
 - Gegenüberstellung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen
 - Diskussion der externen Validität
 - Vergleich der Präventions- oder Therapiealternativen
 - Wirtschaftliche Dokumentation
 - Aufteilung der Kosten der Einzelleistung
 - Darstellung der Gesamtkosten der Einzelmassnahmen
 - Qualitätssicherung bei der Einführung
 - Informationsbedarf und –strategie für Leistungserbringer und Zielpopulation
 - Fachliche und infrastrukturelle Anforderungen an die Leistungserbringer
 - Evaluationsregister
 - Synthese und Begründung des Antrags
 - Zusammenfassung der Situation zu Indikation, Wirksamkeit und Sicherheit. Bei der Frage nach der Zweckmässigkeit, dem mutmasslichen Gesamtbedarf und der Wirtschaftlichkeit müssen die schweizerischen Gegebenheiten berücksichtigt werden.
 - Rechtliche und ethische Aspekte (fakultativ)

Systematische Prävention besteht darin, die entsprechenden Leistungen den richtigen Zielgruppen gezielt im richtigen Alter und in bestimmten Intervallen anzubieten (Abelin 1998: 8). Die soeben geschilderten standardisierten Mechanismen bei der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen in den Pflichtleistungskatalog des KVG sollen ein evidenzbasiertes, wirtschaftliches und zweckmässiges Angebot an Präventionsmassnahmen garantieren, von dem sämtliche Bevölkerungsteile gleichermassen profitieren können, und so zur Versorgungsgerechtigkeit beitragen. Diese war nämlich unter dem ehemaligen KUVG nicht gegeben; es sah keine einheitliche Vergütung von Präventionsmassnahmen vor. Deshalb "erforderte jede präventive ärztliche Leistung entweder eine volle Kostenübernahme durch den Patienten – was begüterte Patienten bevorzugte – die Übernahme als freiwillige Leistung durch die Krankenkasse, was ebenfalls zu Ungleichheiten in der Bevölkerung führte,

oder aber eine erweiterte Rechnungstellung im Rahmen einer ohnehin stattfindenden Konsultation" (Abelin 1998: 5). Ausserdem existierten kaum ärztliche Richtlinien, so dass das Angebot an präventiven Leistungen "vielmehr von persönlichen Bevorzugungen der einzelnen Ärzte als vom aktuellen Wissensstand der Präventivmedizin abhing" (Abelin 1998: 5).

Mit Art. 26 KVG existiert nun eine gesetzliche Grundlage, die zur Erreichung dieser Public Health-Ziele beitragen soll und einige Verbesserungen gegenüber der alten Gesetzgebung bringt. Wie bereits angetönt, stösst seine Umsetzung jedoch auf Probleme. Der noch relativ junge Ansatz der Sozial- und Präventivmedizin steht teilweise in Konkurrenz mit der traditionell kurativen, therapieorientierten Medizin und hat bisher noch zu keinem Bewusstseinswandel oder zu fundamentalen Strukturveränderungen geführt. Der Verwirklichung von Public Health-Zielen stehen insofern historisch gewachsene Strukturen und Gewohnheiten entgegen. Des weiteren bestehen mit dem föderalistisch aufgebaute Gesundheitssystem der Schweiz, in dem die Kantone einen hohen Autonomiegrad geniessen und der Bund lediglich über die Gesetzgebung im Rahmen der Krankenversicherung Einfluss nehmen kann, relativ ungünstige Rahmenbedingungen zur Umsetzung gesamtschweizerisch orientierter Public Health-Massnahmen. Hier stellen sich neue Fragen zu den Reformmöglichkeiten in einem föderalistisch geprägten Gesundheitssystem, zur Aufgabenteilung und Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen und zu ihrer Innovations- und Lernfähigkeit.

Die vorliegende Studie soll zur Beantwortung dieser Fragen beitragen. Zu diesem Zweck werden drei Fallstudien aufbereitet, die sich mit drei exemplarisch ausgewählte präventivmedizinischen Leistungen befassen. Es handelt sich dabei um die folgenden:

- *Impfungen im Schulalter*: Diese unter dem KUVG von den Kantonen wahrgenommene Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege wird seit der Einführung des neuen KVG teilweise durch die Krankenversicherung finanziert, was in einigen Kantonen zu Strukturveränderungen in der Leistungserbringung geführt hat.
- *Screening-Mammographie*: Unter der Bedingung, dass sie im Rahmen eines systematischen Früherkennungsprogrammes erbracht wird, wurde die Screening-Mammographie neu in den Pflichtleistungskatalog des KVG aufgenommen. Die Einführung auf gesamtschweizerischer Ebene ist jedoch an dieser Auflage gescheitert.
- *Krebs- oder Cervixabstrich*: Diese Massnahme wird bei Frauen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt. Sie hat sich bereits unter altem Recht als gängige gynäkologische Praxis etabliert und wurde von vielen Krankenversicherungen auf Vertragsbasis freiwillig vergütet. Der Krebsabstrich wurde anlässlich der KVG-Einführung als präventivmedizinische Leistung in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen.

Das konkrete methodische und empirische Vorgehen in Form eines einheitlichen Untersuchungsrahmens wird im folgenden Kapitel erarbeitet.

3 Forschungsansatz und Untersuchungsraster

Für die beabsichtigte Untersuchung werden verschiedene Analyseansätze benötigt, was sich einerseits aus der Komplexität des Politikfeldes der öffentlichen Gesundheit, andererseits aus der doppelten Fragestellung der Studie nach Struktureffekten des KVG zum einen, nach der Wirksamkeit der kantonalen Umsetzungsstrukturen zum andern ergibt. Um eine nachvollziehbare Herleitung der Hypothesen zu gewährleisten, werden die eingangs formulierten Forschungsfragen in diesem Kapitel innerhalb der bestehenden Ansätze der schweizerischen Vollzugsforschung eingeordnet.

3.1 Vollzugsmuster und Policyzyklus

Die schweizerische Gesundheitspolitik ist vor allem durch zwei Vollzugsmuster geprägt, den föderalen und den subsidiären Vollzug. Eine weitere Art der Politikumsetzung ist der parastaatliche Vollzug.

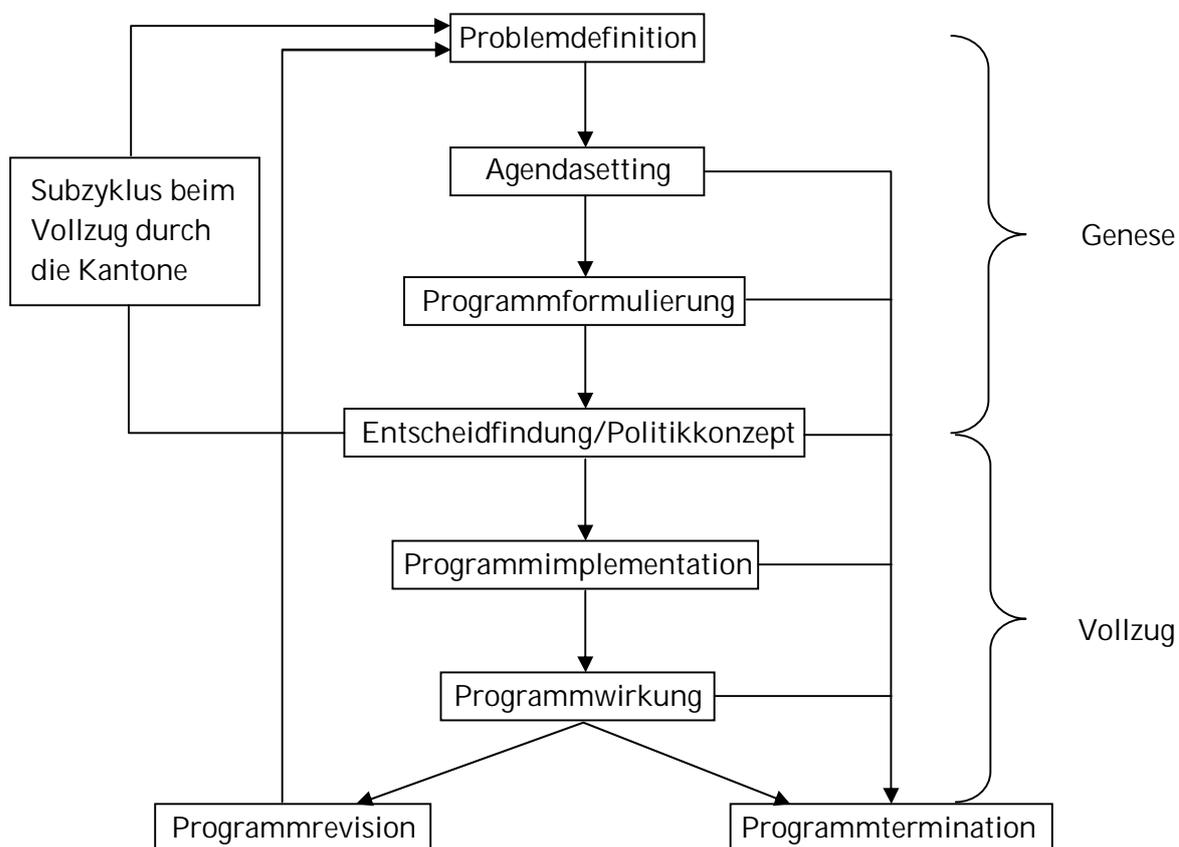
Das erste und verbreitetste Vollzugsmuster in der Schweiz ist der Vollzugsföderalismus (Vatter 1999: 95-97). Während in vielen Sachgebieten die Gesetzgebungskompetenz beim Bund liegt, wird der Vollzug von Bundespolitik weitgehend den Kantonen anvertraut. Dies bietet für den Bund den Vorteil der Entlastung, für die Kantone die Möglichkeit autonomer Programmgestaltung und milieugerechter Umsetzung (Linder 1987: 225). Zwar unterstehen die Kantone bei der Wahrnehmung der ihnen übertragenen Vollzugsaufgaben der Bundesaufsicht, doch sind Vollzugskontrollen im stark föderalistischen System aufgrund der Notwendigkeit von langfristiger Kooperation enge Grenzen gesetzt und auch politisch schwer durchsetzbar, weshalb der Bund kooperative gegenüber konfliktuellen Strategien vorzieht und von seinen Interventionsmöglichkeiten kaum Gebrauch macht (Kissling-Näf und Knoepfel 1992).

Beim subsidiären Vollzug in Netzwerken macht sich der Staat zum Lieferanten von Anreizen ("l'Etat incitateur", Bütschi und Cattacin 1994; vgl. auch Kissling-Näf und Cattacin 1997) und überantwortet die Politikumsetzung subsidiär einem pluralistischen Netzwerk, das sich projektspezifisch und problemorientiert um eine Aufgabe bildet. Beobachtbar ist dieses Vollzugsmuster dort, wo der Bund nur noch Hilfe zur Selbststeuerung leistet, in der Gesundheitspolitik z.B. bei der Drogenpolitik oder der Aidsprävention. Diese Art des Vollzugs kann als eine Antwort auf den wachsenden Steuerungsbedarf und die ungenügende staatliche Steuerungskapazität verstanden werden (Kissling-Näf 1997).

Ein drittes Muster ist der parastaatliche Vollzug. Die Politikumsetzung wird hier vollumfänglich an private oder parastaatliche Träger ausgelagert.

Der Prozess der Entwicklung und des Vollzugs einer bestimmten Politik in der Schweiz lässt sich in Anlehnung an Widmer (1991) wie folgt idealtypisch in einem Zyklus darstellen:

Abbildung 1: Politikzyklus (idealtypisch)



Die Policy-Forschung kennt zwei Ansätze, die ihren Schwerpunkt auf je eine der beiden Phasen 'Genese' und 'Vollzug', die in diesem Modell unterschieden werden, legen: Zum einen die Prozessanalyse, die sich mit der Frage beschäftigt, wie in einem Politikfeld Entscheidungen zustande kommen und welche Konflikte dabei relevant sind (Genese), zum andern die Wirksamkeitsanalyse (Evaluation), welche danach fragt, welche Politikendprodukte ein Vollzugsprogramm hervorruft, welche Verhaltensänderungen diese bei den Politikadressaten⁶ hervorrufen und inwiefern das gesellschaftliche Problem damit gelöst wird (Vollzugsperformanz und Wirksamkeit). Aufgrund der Fragestellung müssen in der vorliegenden Untersuchung beide Ansätze zur Anwendung gelangen, interessieren doch sowohl die Bedingungen für eine Umsetzung des Leistungskataloges KVG als auch die Wirksamkeit dieser Umsetzung.

⁶ Der Begriff *Politikadressaten* bezeichnet jene "Gruppe von Akteuren, deren Verhalten die öffentliche Politik als relevant für die Lösung des angegangenen Problems ansieht" (Knoepfel und Bussmann 1997: 63).

3.2 Prozessanalyse und Politics-Begriff

Die Prozessanalyse fragt nach den Eigenschaften und Bestimmungsfaktoren der Genese von Politik und des Prozesses ihrer Implementation. Ihr Schwerpunkt richtet sich auf die Merkmale der beteiligten Akteure, die Konstellationen dieser Akteure und schliesslich auf die Frage nach den Machtverhältnissen und ihren Auswirkungen auf die untersuchten Aushandlungsprozesse. Das zentrale Analysekonzept ist dabei der Politics-Begriff zur Kennzeichnung der Prozessebene von Politik, die sich durch Konflikte und Interessenkonkurrenz auszeichnet. Sie beinhaltet Interessen, Konflikte und Strategien der beteiligten Akteure und ist durch das zentrale Merkmal der *Macht* gekennzeichnet (Böhret et al. 1988: 7f.).

Für die Untersuchung der Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog auf die Umsetzungsstrukturen in den Kantonen, die auch die Regelung der Finanzierung sowie die Angebotsplanung beinhaltet, sind diese Politics-Aspekte von vordringlicher Bedeutung. Die Aufarbeitung der Konfliktlagen auf Bundes- wie auf Kantonsebene soll deshalb die Frage beantworten, welche Auswirkungen das KVG auf die kantonalen oder subsidiären Vollzugsstrukturen hat und wie stark diese Vollzugsstrukturen durch Akteur- und Machtkonstellationen determiniert sind. Die abhängige Variable sind also die föderalistischen, parastaatlichen oder subsidiären Vollzugsstrukturen, die unabhängige Variable ist das KVG, die Kontrollvariablen sind die Akteureigenschaften, die Konfliktstrukturen und die Machtkonstellationen.

Die prozessanalytischen Aspekte der eingangs aufgeführten Fragestellungen können wie folgt in zwei neue Untersuchungsfragen für die Auswertung der Fallstudien überführt werden:

- Welche Prozesse und Akteurkonstellationen führen zu welchen inhaltlichen Umsetzungsstrukturen (*Policy Design*) des KVG, auf Bundes- wie Kantonsebene? Welche Veränderungen haben sich in den Finanzströmen und in der Finanzierung der präventivmedizinischen Leistungen als Teil des Policy Design ergeben?
- Welche Prozesse und Akteurkonstellationen führen zu welchen organisatorischen Umsetzungsstrukturen (*Behördenarrangement*) des KVG, auf Bundes- wie Kantonsebene? Welche Arten von Aufgabenteilung zwischen Staat, Privaten und parastaatlichen Akteuren finden sich?

3.3 Wirkungsforschung

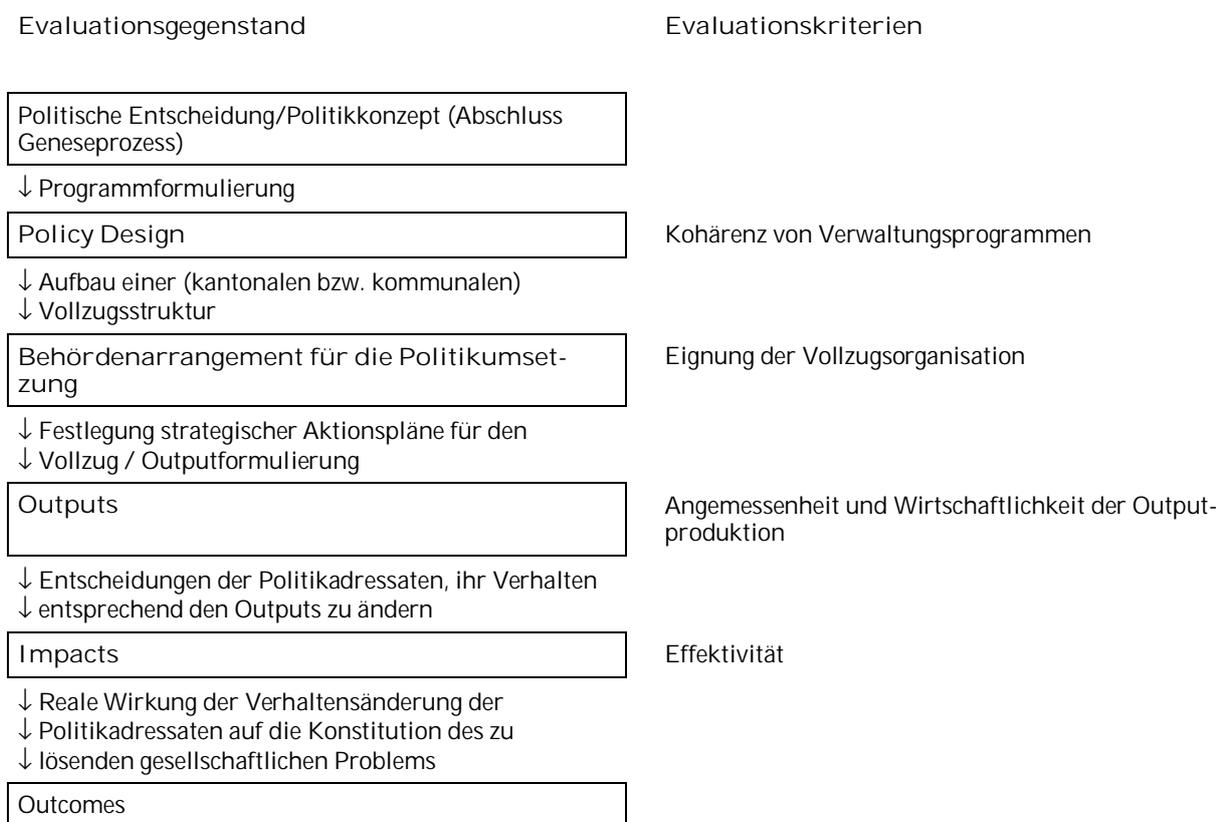
Während die Prozessanalyse nach der Entstehung von Umsetzungsstrukturen fragt, interessiert sich die Wirkungsanalyse oder Evaluation für die Performanz dieser Umsetzungsstrukturen, nachdem die politische Entscheidung über das grundlegende Politikkonzept (Definition des als kollektiv anerkannten Politikproblems und angenommenes Wirkungsmodell) getroffen worden ist. Die Wirkung öffentlicher Politik kann auf drei Stufen gemessen werden (Knoepfel und Bussmann 1997: 73):

- Unter *Outputs* wird die *Gesamtheit der Endprodukte* einer öffentlichen Politik verstanden wie Verfügungen, Geldleistungen, direkte Dienstleistungen staatlicher Behörden oder staatliche Beratungsaktivitäten. Outputs kennzeichnen sich dadurch, dass sie zwischen den Politikadressaten und der zuständigen staatlichen Vollzugsinstanz eine direkte Beziehung schaffen. Die Outputperformanz bemisst sich stets am Erreichen der im Policy Design gesetzten Zielsetzungen: Werden alle Politikendprodukte in der Art und Weise angeboten, wie dies geplant wurde? Ein Mass für Outputperformanz kann somit auch die Verteilungsgerechtigkeit des Leistungsangebots sein.
- Unter *Impacts* wird die *Gesamtheit der bei den Politikadressaten eintretenden beabsichtigten oder nicht-beabsichtigten Verhaltensänderungen* verstanden, die unmittelbar auf Verwaltungsprogramme bzw. diese konkretisierende Outputs zurückzuführen sind. Entsprechen Zahl und Ausmass der feststellbaren Verhaltensänderungen nicht den Erwartungen bzw. den formulierten Sollwerten, spricht man von einer mangelhaften Effektivität öffentlicher Politik.
- Unter *Outcomes* schliesslich wird die *Gesamtheit der intendierten oder nicht intendierten Auswirkungen* der erzielten Verhaltensänderungen der Politikadressaten auf das zu lösende Problem der betreffenden Politik verstanden. Wo diese Outcomes in einer positiven und dem Politikziel entsprechenden Auswirkung auf das Problem bestehen, spricht man von einer wirksamen Politik.

Der *Outcome* von Präventionspolitik ist nur sehr schwer fassbar, da er in einem verringerten Auftreten von medizinisch unerwünschten Phänomenen (Krankheiten, Abhängigkeiten) besteht. Er kann in der vorliegenden Untersuchung nicht gemessen werden. Die beiden zu erklärenden Grössen sind deshalb *Output* und *Impact*, d.h. die manifesten Politikendergebnisse (präventivmedizinisches Leistungsangebot) sowie die erzielten Verhaltensänderungen der Politikadressaten (Inanspruchnahme des präventivmedizinischen Leistungsangebots). Diese beiden Performanzmasse sollen aufgrund von Merkmalen der Vollzugsorganisation erklärt werden.

Aufgrund der Komplexität von Vollzugsprozessen drängt sich eine Begrenzung der Evaluation auf spezifische Wirkungsaspekte öffentlicher Politiken auf. Basierend auf Knoepfel und Bussmann (1997: 68) wird für die Untersuchung der Wirksamkeit der Umsetzung folgende Aufgliederung von Evaluationsgegenständen vorgeschlagen (Abbildung 2), worin teilweise parallel ablaufende Stufen (Pfeile) unterschieden werden, die jeweils zu bestimmten Zwischenergebnissen führen (Kasten).

Abbildung 2: Acht Stufen der Politikgenerierung und -umsetzung (nach Knoepfel und Bussmann 1997: 70)



Als unabhängige Variablen zur Erklärung von Output und Impact werden - neben der Politics-Dimension - die beiden Umsetzungsstrukturen *Policy Design* und *Behördenarrangement* untersucht, die in der Prozessanalyse die abhängigen Variablen darstellen.

- Das *Policy Design* steckt den juristischen und programmatischen Rahmen für die Politikumsetzung ab, schreibt also die konkreten Zielsetzungen, Instrumente und Verfahrensweisen vor. Das Policy Design kann anhand der Merkmale der zum Einsatz kommenden Instrumente charakterisiert werden (Persuasivmassnahmen, Infrastrukturanreize, ökonomische Anreize, gesetzliche Regulierung) wie auch über die Unterscheidung von finaler Steuerung via Zielfestlegung und konditionaler Steuerung via konkrete Verfahrensregeln.
- Unter *Behördenarrangements* verstehen Knoepfel und Bussmann (1997: 72) die Gesamtheit der politisch-administrativen Entscheidungen über die administrative Umsetzungsstruktur einer Politik. Darunter fallen Entscheidungen zur Kompetenzordnung, zum Aufbau neuer bzw. zur Zuordnung der neuen Politik zu bestehenden Verwaltungszweigen oder zu den Ressourcen der zuständigen Behörden. Aufgrund der hohen Varianz der kantonalen und kommunalen Verwaltungsstrukturen kommen Zusammenhänge zwischen Verwaltungsstruktur und Vollzugsresultaten in der Schweiz relativ deutlich zum Ausdruck.

Die wirkungsanalytischen Aspekte der eingangs aufgeführten Fragestellungen können wie folgt in zwei neue Untersuchungsfragen für die Auswertung der Fallstudien überführt werden:

- Welche präventivmedizinischen Leistungen sind heute als Politikendprodukte (*Output*) verfügbar? Welche Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen? Wie wirken sich Policy Design und Behördenarrangement auf die Outputperformanz aus?
- Wie effektiv ist das KVG gemessen an den Verhaltensänderungen der Politikadressaten (*Impact*)? Welche intendierten oder nicht intendierten Nebenwirkungen haben sich ergeben? Wie wirken sich Policy Design und Behördenarrangement auf die Impactperformanz aus? Gehen die Änderungen in der Kostenübernahme mit den Änderungen in der Inanspruchnahme einher?

3.4 Untersuchungsrastrer für die Fallstudien

Aus den beiden Ansätzen der Prozess- und der Wirkungsanalyse kann ein Untersuchungsrastrer für die Analyse der drei Fallstudien gebildet werden, das einerseits die Forschungsfragen, andererseits die zugehörigen Variablen versammelt (Tabelle 1). Wie unter 3.1 gezeigt wurde, spielt in der Gesundheitspolitik das föderale Vollzugsmuster eine zentrale Rolle. Das anzuwendende Raster unterscheidet aus diesem Grund zwischen der Bundesebene und der Kantonebene. Aus beiden föderalen Ebenen können je nach Fall die einzelnen Variablen unterschiedliche Ausprägungen aufweisen.

Tabelle 1: Untersuchungsrastrer

Variablen	Ebene Bund	Ebene Kantone
• Akteur- und Machtkonstellationen		
• Entscheidung über Politikkonzept		
• Policy Design		
• Behördenarrangement		
• Output		
• Impact		

In den folgenden Empiriekapiteln werden drei Fallstudien anhand dieses Rasters untersucht. Basis für die Fallstudien bilden verschiedene Dokumente, die über die Entwicklungen und Aktivitäten im Bereich der zu untersuchenden präventivmedizinischen Leistungen Auskunft geben. Die drei Fallstudien sind einheitlich aufgebaut: In einem ersten Schritt werden die Ausgangslage und die Problemstellung der jeweiligen Leistungen erläutert, in einem zweiten Abschnitt wird das vorhandene Datenmaterial in das Untersuchungsrastrer

der Studie eingeordnet. Hieraus können in einem dritten Schritt die konkreten Hypothesen gebildet werden. Im vierten Schritt werden die untersuchungsrelevanten Informationen zusammengetragen und in einem letzten Abschnitt die aufgestellten Hypothesen geprüft.

4 Impfungen im Schulalter

Die Fallstudie Impfungen im Schulalter basiert auf der Studie "Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog - Teilprojekt Impfungen" des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (Battaglia und Junker 2001), für die eine Gesamterhebung bei den Kantonsärzten durchgeführt wurde.

4.1 Ausgangslage

Impfungen gelten fachlich unbestritten als eine der effizientesten und kostengünstigsten Massnahmen der medizinischen Prävention. Quantitativ machen die Impfungen im Schulalter im Vergleich zu denjenigen im Kindesalter einen deutlich kleineren Teil aller empfohlenen Impfungen aus. Berechnungen entsprechend den im aktuellen nationalen Impfplan empfohlenen routinemässigen Schutzimpfungen zeigen, dass die Mehrzahl der Impfungen und die in der Praxis relevanten Impftermine überwiegend ins Säuglings- und Kindesalter fallen. Einzig die Hepatitis-Impfung, die als neuste Impfung im nationalen Impfplan figuriert, fällt gemäss den aktuellen Vorgaben ganz ins Schulalter (Battaglia und Junker 2001: 4).

Impfungen im Schulalter gelten als Public Health-Leistung. Ziel ist damit nicht nur die individuelle Gesundheitsvorsorge, sondern primär die Sicherstellung eines möglichst breiten Durchimpfungsgrades. Als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens wurden die Impfungen im Schulalter vor dem KVG durch die Kantone erbracht. "Nachdem die Impfung von Kindern im Vorschulalter (...) Sache des Hausarztes oder Kinderarztes war, erfolgte (...) bei Schuleintritt im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung eine Überprüfung der Impfausweise. Dabei konnten diejenigen Kinder identifiziert werden und einer (freiwilligen) Nachimpfung durch den Schularzt zugeführt werden, bei denen nicht alle Impfungen vorgenommen worden waren. So wurden vor allem die Kinder aus sozialen Randgruppen erfasst, die nicht spontan zur Vorsorgeuntersuchung und Impfung zum Arzt gelangten, obwohl ihre Eltern mit der Impfung durchaus einverstanden gewesen wären. Die Finanzierung der schulärztlichen Impfung erfolgte problemlos durch die Mittel des öffentlichen Gesundheitswesens" (Abelin 1998: 7). Generell liegt ein Problem bei Impfungen darin, dass Auffrischimpfungen häufig auf später verschoben oder weggelassen werden. Noch nicht sehr lange im Impfplan empfohlene Impfungen wie MMR werden noch nicht genügend durchgeführt. Diese Situation sowie die Immigration von Kindern aus dem Ausland, die nicht oder nicht ausreichend im Säuglings- und Kleinkindesalter geimpft wurden, führen dazu, dass aktuell auch im Schulalter Impflücken für die Mehrzahl der empfohlenen routinemässigen Schutzimpfungen bestehen (Battaglia und Junker 2001: 6). Mit der klaren Definition als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens konnten diese Lücken systematisch erkannt und behoben werden. "Die vollamtlichen schulärztlichen Dienste in den Städten Zürich und Bern haben in neueren Untersuchungen nachgewiesen, dass durch die in diesen Diensten durchgeführten Impfungen wesentliche Lücken bei den routinemässigen

Schutzimpfungen der städtischen Schüler geschlossen werden konnten. Dies gilt für praktisch alle Impfungen gemäss nationalem Impfplan für die Stadt Zürich. Für Bern wurde dies insbesondere für die Polio-Impfung speziell untersucht. Es konnte für die Berner Schulen gezeigt werden, dass mit den komplementären Impfungen im schulärztlichen Dienst die kritische Durchimpfungsrate für eine Herdimmunität in den verschiedenen Altersstufen - Kindergarten, 4. und 8. Klasse - erreicht werden konnte" (Battaglia und Junker 2001: 6).

Mit der Umsetzung des Art. 26 KVG bzw. der Aufnahme verschiedener Impfungen in den Pflichtleistungskatalog in Art. 12 KLV ist diese klare Zuordnung nicht mehr gegeben, was zu Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der Zuständigkeit der Kantone und jener der Versicherer geführt hat. Indem die Finanzierung der Impfungen von den Kantonen auf die Versicherer übergegangen ist, bestand für erstere kein direkter finanzieller Anreiz mehr, weiterhin ihre Strukturen zur Aufrechterhaltung eines effizienten Schulgesundheitsdienstes aufrecht zu erhalten. Die Wahrscheinlichkeit wuchs damit, dass kantonale Behörden im Rahmen von Sparmassnahmen beschlossen, die Beiträge an die Impfprogramme der schulärztlichen Dienste massiv einzuschränken oder ganz einzustellen, da die Leistung über die Versicherer finanziert wird. In diesem Falle erfolgen die Impfungen "nun durch die niedergelassenen Haus- und Kinderärzte, doch fehlt ein administrativ einfacher und organisatorisch wirksamer Mechanismus, um Kinder, die auf dem privatärztlichen Weg nicht erfasst werden, dennoch einer Impfung zuzuführen" (Abelin 1998: 7f.).

In der Schweiz existiert ein nationaler Impfplan, der unter der Führung des Bundesamtes für Gesundheit von Fachleuten (v.a. die Schweizerische Kommission für Impffragen SKIF) entwickelt wird. In seiner Stellungnahme zum Entwurf "Impfprogramm CH" vom Mai 1999 sprach das BSV die Probleme bei der Umsetzung des Impfplans aufgrund der unklaren Aufgabenteilung zwischen Kantonen und Versicherten durch Art. 12 KLV in dem Sinne an, dass bei der ersten namhaften Ergänzung des Impfplanes nach Einführung des KVG mit der Empfehlung der generellen Hepatitis-B-Impfung der Jugendlichen die unklare Position der Impfungen zwischen individueller Prävention und Public Health zum Ausdruck gekommen sei und dass Krankenversicherer und Kantone verschiedene Auffassungen über ihre Zuständigkeiten hätten. Anlässlich ihrer ersten Beratung habe die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) im Jahre 1997 die Kostenübernahme nicht aus Gründen der fehlenden Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit, sondern wegen der ungelösten Frage der Zuständigkeiten abgelehnt. Die Kantone und die Krankenversicherer wurden eingeladen, gemeinsam organisatorische und finanzielle Lösungen für eine Umsetzung im Sinne der Reihenimpfungen zu erarbeiten, seien sich aber nach wie vor nicht einig über das finanzielle und organisatorische Engagement der Kantone. Die Hepatitis-B-Impfung drohe zu einer Impfung zu werden, die in vielen Kantonen weitestgehend in der Hausarztpraxis verabreicht werde - mit den entsprechenden negativen Auswirkungen auf die Durchimpfung (gerade in Bevölkerungskreisen mit erhöhtem Risiko) und die Kosten (mündliche Auskunft und Dokumenteneinsicht). Tatsächlich können in der Schweiz Impflücken für eine Mehrzahl der Schutzimpfungen im Schulalter nachgewiesen werden (Battaglia und Junker 2001: 6; Marty-Nussbaumer 1999). Die empfohlenen, routinemässigen Impfungen im Schulalter sind die folgenden in der KLV festgelegten Leistungen:

-
- Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung (2 Dosen) gegen Masern, Mumps, Röteln bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre (MMR Impfung und Poliomyelitis-Grundimmunisierung auch bei nicht immunen Erwachsenen) (Änderung der KLV vom 29. Juni 1999 in Art. 12 Bst. f, i und o);
 - Hepatitis B-Impfung nach den Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit und der Schweizerischen Kommission für Impffragen von 1997 (Beilage zum Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 5/98 und Ergänzung des Bulletins 36/98). Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2006 (Änderung der KLV vom 9. Juli 1998 in Art. 12 Bst. k (2.)).

Die in der vorliegenden Fallstudie nach Battaglia und Junker (2001) untersuchten Änderungen betreffen also nur den Bereich der Impfungen im Schulalter.

4.2 Einordnung ins Untersuchungsrastrer

Die einzelnen Kategorien des Untersuchungsrastrers lassen sich für die Fallstudie Impfungen im Schulalter wie folgt füllen:

4.2.1 Ebene Bund

Folgende Akteure waren auf Bundesebene in die Aufnahme der Impfungen in den Pflichtleistungskatalog involviert:

- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)
- Eidgenössische Leistungskommission (ELK)
- Schweizerische Kommission für Impffragen (SKIF)
- Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK)
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM)
- Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)
- Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG)

Als zentrale Konfliktlinie kann zwischen diesen Akteuren der Gegensatz von zwei Sichtweisen identifiziert werden. Auf der einen Seite steht der Wille zur Aufnahme der fachlich unbestrittenen Leistungen, die den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen, in den Pflichtleistungskatalog (medizinische Sicht). Auf der anderen Seite steht der Wille, nur jene Leistungen aufzunehmen, die auch tatsächlich geleistet werden können (Vollzugssicht). Das Politikkonzept auf Bundesebene beinhaltet das Prinzip, dass mit den drei Kriterien gemäss Art. 32 KVG, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, jene Leistungen identifiziert werden, deren Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog sinnvoll ist, wobei es die fachliche Ebene entlang der Sicht des BAG

sehr hoch bewertet. Die Formulierung eines eigentlichen Policy Designs, also der Ausdifferenzierung der einzusetzenden Mittel und Instrumente, fand auf Bundesebene nicht statt.

4.2.2 Ebene Kantone

Die Kantone sind die Vollzugseinheiten bezüglich der Leistung Impfungen im Schulalter. Die Akteure sind hier sehr heterogen, als zentral identifizieren Battaglia und Junker (2001: 8) die folgenden:

- Kantonsärzte
- haupt- und nebenamtliche Schulärzte
- impfende Privatärzte
- kantonale Kassenvereinigungen
- z.T. Forum für Praxispädiatrie und weitere Organisationen als Träger von Dienstleistungen (z.B. Lungenligen)
- die zu impfenden Kinder und Jugendlichen und deren Eltern bzw. gesetzliche Vertreter

Die unterschiedlichen potenziellen Konstellationen, die sich aus diesem Akteurset ergeben, können sich in einem unterschiedlichen Grad der öffentlichen Diskussion um die Impfungen im Schulalter manifestieren. Hinsichtlich des Entscheides über das Politikkonzept sind unterschiedliche Haltungen gegenüber den Empfehlungen des BAG im Impfprogramm zu beobachten.

Wie gesehen überlässt es der Bund den Kantonen, Vollzugsstrukturen zur Erbringung der Leistung Impfungen im Schulalter zu erarbeiten. Der Entscheid für ein Behördenarrangement liegt in der Wahl zwischen dem Schularztsystem und dem Privatarztsystem. Das Policy Design wiederum hängt zu einem gewissen Grad von der Wahl des Behördenarrangements ab. So können einerseits im Falle des Privatarztsystems Massnahmen getroffen werden, um die Leistungserbringer dazu zu motivieren, die Impfungen möglichst umfassend zu erbringen. Die *Leistungserbringer* werden im Folgenden in diesem Sinne als *Politikadressaten* bezeichnet. Andererseits beinhaltet das Policy Design auch Massnahmen, die sich auf die zu impfenden Kinder bzw. ihre gesetzlichen Vertreter selber richten, um deren Verhalten so zu festigen oder zu verändern, dass eine möglichst breite Impfabdeckung erreicht wird. Die zu *impfenden Kinder bzw. ihre gesetzlichen Vertreter* werden im Folgenden als *Politikbetroffene* bezeichnet.

Schliesslich findet sich aufgrund der föderalen Vollzugsdelegation auch das Politikendprodukt auf Ebene der Kantone. Als Outputs werden die "konkreten und manifesten Politikprodukte in Form von Sach- und Dienstleistungen die Kantone im untersuchten Bereich erbringen, nicht nur im Sinne von Einzelleistungen, sondern im Sinne des Verwaltungsprogrammes zur Umsetzung von Art. 26 KVG. Gemeint sind damit jene Leistungen - unabhängig davon ob wirksam oder nicht - welche dem umgesetzten Policy Design entsprechen und mit dem Behördenarrangement umgesetzt werden" (Battaglia und Junker 2001: 15), untersucht. Vier Output-Kategorien werden im Teilprojekt Impfungen unterschieden: 1. die kantonalen Verträge zwischen Versicherern und Kanton; 2. die Veränderung des An-

gebots der Impfleistungen im Schularztdienst; 3. die Statistikdienstleistung an die Leistungserbringer; 4. die Veränderung des inhaltlichen Leistungsangebots der Schüleruntersuchungen im Schularztdienst.

Auch die Impacts, also die erfolgten Verhaltensveränderung aufgrund des staatlichen Handelns, werden auf der kantonalen Ebene gemessen. Entsprechend der Unterscheidung von Politikadressaten (Leistungserbringer) und Politikbetroffenen (zu impfende Bevölkerung) werden die beiden folgenden Effektivitätsmasse betrachtet: Erstens die tatsächlich erfolgten Impfungen beim Schularzt und beim Privatarzt, womit sowohl kantonal unterschiedlichen Verhaltensänderungen von Politikadressaten als auch Politikbetroffenen berücksichtigt werden. Zweitens die Veränderung des Verhaltens der impfenden Ärzte in Bezug auf die Art der Leistungserbringung, womit nur Verhaltensänderungen der Politikadressaten untersucht werden.

Zusammenfassend präsentiert sich die Fallstudie Schulimpfungen wie folgt bezüglich des Untersuchungsrasters:

Tabelle 2: Übersicht über die Fallstudie Schulimpfungen

Variablen	Ebene Bund	Ebene Kantone
• Akteur- und Machtkonstellationen	X	X
• Entscheidung über Politikkonzept	X	X
• Policy Design		X
• Behördenarrangement		X
• Output		X
• Impact		X

4.3 Hypothesen

Hieraus können gemäss unserer Untersuchungsanlage und in enger Anlehnung an das Teilprojekt Impfungen (Battaglia und Junker 2001) folgende Hypothesen formuliert werden:

a) Prozess

1. Manifeste Uneinigkeit und hohe Konfliktfähigkeit⁷ der betroffenen Akteure führen zu einem offenen Politikkonzept ohne Vorgabe eines Policy Designs auf Bundesebene, d.h. die Heterogenität der Interessen innerhalb der ELK verhinderte eine Festlegung auf ein einheitliches Privatarzt- oder Schularztsystem.
2. Da das Politikkonzept auf Bundesebene sehr offen ist, variieren die Implementierungsstrukturen auf Kantonesebene sehr stark, d.h. es lässt sich eine breite Varianz von kantonalen Policy Designs und Behördenarrangements beobachten.
3. Da das Politikkonzept auf Bundesebene sehr offen ist, hängt die Wahl des kantonalen Policy Designs und des kantonalen Behördenarrangements sehr stark von den kantonalen Konfliktstrukturen und Akteurkonstellationen ab, d.h. vom Verhältnis der kantonalen Behörden zu den Bundesstellen, von den öffentlichen Diskussionen zum Thema in den Kantonen und von der Parteizugehörigkeit der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

b) Wirkung

4. Die Output- bzw. Impactperformanz ist umso höher, je einheitlicher die kantonale Umsetzungsstruktur (Policy Design und Behördenarrangement) ist.
5. Die Output- bzw. Impactperformanz ist umso höher, je umfassender das Policy Design gegenüber den Leistungserbringern ist, d.h. je besser die Leistungserbringer über die Ziele und Inhalte der kantonalen Impfstrategie informiert werden, je intensiver der Kontakt mit den kantonalen Stellen ist und je mehr die Forschung zu den Impfungen im Schulalter unterstützt wird.
6. Die Output- bzw. Impactperformanz ist umso höher, je gezielter das Policy Design gegenüber der zu impfenden Bevölkerung ist, d.h. je besser die Kinder und ihre gesetzlichen Vertreter über die Ziele und Inhalte der kantonalen Impfstrategie informiert werden und je mehr der Kanton eigene Informationsmittel verwendet.
7. Die Output- bzw. Impactperformanz ist umso höher, je zentraler er koordiniert ist, d.h. je mehr Kinder von einem neben- oder hauptamtlichen Schularzt betreut werden.

⁷ Im Sinne von Vetomacht, Verhandlungsgewicht.

4.4 Ergebnisse aus der Kantonsbefragung

Im Rahmen des Teilprojekts Impfungen führten Battaglia und Junker (2001) eine Vollerhebung bei den Schweizer Kantonsärzten mittels eines schriftlichen und geschlossenen Fragebogens durch. Von 26 angeschriebenen antworteten 24 kantonsärztliche Dienste⁸, was einem ausserordentlich hohen Rücklauf von 92,3% entspricht. Die Erkenntnisse der Befragung werden mit Verweis auf die detaillierte Präsentation der Resultate bei Battaglia und Junker (2001: 25ff.) hier bezüglich der Unterschiede in der Performanz der Kantone referiert.

Outputs: 1. In einer knappen Mehrzahl der Kantone finden sich Vereinbarungen zwischen Kanton und Versicherern, in denen die Abgeltung der schulärztlichen Aufgaben und der Impfungen im Schulalter geregelt wird. 2. In einem runden Drittel der Kantone lässt sich eine Abnahme des Impfangebots im Schularztdienst beobachten. 3. In praktisch allen Kantonen wird die Kontrolle der Durchimpfung anhand des Impfausweises bei Schuleintritt und -austritt durchgeführt. In rund der Hälfte werden diese Daten zentral bei einer kantonalen Stelle gesammelt und bei rund einem Drittel findet eine systematische Auswertung der Daten statt. 4. Eine inhaltliche Reduktion bei den Schüleruntersuchungen wird von mehr als einem Drittel der antwortenden Kantone rapportiert.

Impacts: 1. In mehr als der Hälfte der Kantone findet die Mehrzahl der Impfungen im Schulalter beim Privatarzt statt, bei nur einem Viertel beim Schularzt und in zwei Kantonen bei beiden Leistungserbringern gleich häufig. 2. Bei einem Viertel der Kantone haben die Impfungen im schulärztlichen Dienst abgenommen und gleichzeitig die schriftlichen Empfehlungen zur Konsultation des Privatarztes zugenommen.

Generell weisen die analysierten kantonalen Gesetzes- und Verordnungsänderungen sowie die Umfrageergebnisse darauf hin, dass ein Rückzug aus den Impfungen im schulärztlichen Dienst auf kantonaler Ebene festzustellen ist. In einer Mehrzahl der Kantone findet das privatärztliche System Anwendung oder findet eine Verschiebung zum privatärztlichen Impfen statt.

Welchen Zusammenhang die Vollzugsstrukturen in den Kantonen mit den einzelnen Faktoren des Untersuchungsrahmens aufweisen und welchen Einfluss sie auf die Politikendprodukte und deren Effektivität haben, wird im folgenden Abschnitt anhand der formulierten Hypothesen diskutiert.

4.5 Analyse

Im Folgenden wird jeweils für jede Hypothese einleitend das Resultat des Hypothesentests in einem Kasten vorgestellt und anschliessend hergeleitet und begründet.

⁸ Es antworteten die Kantone AG, AI, AR, BE, BL, BS, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH.

1. Manifeste Uneinigkeit und hohe Konfliktfähigkeit der betroffenen Akteure hatten eine inkohärente Zielsetzung auf Bundesebene zur Folge, d.h. die gegensätzlichen Interessen in der ELK verhinderten nicht nur eine Festlegung auf ein einheitliches Privatarzt- oder Schularztsystem, sondern führen vielmehr zu nicht miteinander vereinbaren Vorgaben für die Vollzugseinheiten. Die Kantone wiederum gaben aufgrund ihrer eigenen Uneinigkeit kein Gegensteuer.

Der Bundesrat strich in seiner Botschaft zur KVG-Revision bezüglich der Aufnahme der Präventionsleistungen in den Pflichtleistungskatalog den Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit heraus. "Ein wichtiger Punkt war (...), dass man primär auf individuelle Massnahmen der Prävention fokussierte, aus politischen Gründen vorsichtig in den Leistungsbereich einsteigen wollte und daher Präventionsleistungen auf Bevölkerungsebene, die traditionell in den Kantonen durchgeführt wurden, nicht primär in den Pflichtleistungskatalog einschliessen wollte" (Battaglia und Junker 2001: 26). In einer Rede vom Juni 1996 ruft Bundesrätin Dreifuss Kantone und Gemeinden an, sich nicht auf Kosten der Versicherer aus ihren Public Health-Leistungen zurück zu ziehen: "j'en appelle aux cantons et aux communes de ne pas voir dans la LAMal un moyen de réduire leur engagement et leurs dépenses" (Dreifuss 1996).

An der Aufnahme der Impfungen im Schulalter waren Akteure beteiligt, die sich grundsätzlich zwei Haltungen zuteilen lassen: Einer inhaltlich-medizinischen Perspektive auf der einen, einer vollzugstechnischen Sicht auf der anderen Seite. Diese beiden Haltungen kennzeichneten die Uneinigkeit der Eidgenössische Leistungskommission ELK: "Es gab widersprüchliche Richtungen in der ELK und den Subkommissionen wie der SKIF bezüglich der Leistungspflicht für die Impfungen. 1995 wurde darauf gedrängt, die Impfungen in die KLV aufzunehmen, 1996 hat man gerade das Gegenteil verlangt. Zum Teil bestand die Meinung, dass gewisse Impfungen, die sich eignen, von der KLV ausgeschlossen und von Institutionen durchgeführt werden sollten" (Battaglia und Junker 2001: 27).

Vor allem auf inhaltlicher Ebene argumentierte das BAG, dessen Hauptinteresse es war, "den nationalen Impfplan für die routinemässigen Schutzimpfungen umzusetzen. (...) In der Frage der Finanzierung der Impfungen wird auf den wirtschaftlichen Nutzen der Impfungen durch eine insgesamt erreichbare Einsparung im Gesundheitswesen hingewiesen, wenn man die indirekten Kosten berücksichtige, welche eingespart würden. Da diese den Kantonen zu Gute komme, bestand im BAG die Meinung, dass die Kantone sich für die Impfungen finanziell engagieren sollten" (Battaglia und Junker 2001: 27). Im Entwurf Impfprogramm CH vom Mai 1999 integrierte das BAG die fachlich nicht umstrittenen Ziele der WHO Region Europa (Gesundheit 21). Dabei genießt es die Unterstützung der Schweizerische Kommission für Impffragen SKIF.

Vordringlich Vollzugsaspekte betonte dagegen das BSV, das festhielt, "dass die Frage, wer bezahlt, entschieden sei, wenn die Leistung in die Liste der präventivmedizinischen Massnahmen aufgenommen werde. Dann würden dies die Krankenkassen übernehmen müssen. Aufgrund des Epidemiengesetzes bestand die Auffassung, dass eine gesetzliche Grundlage für Impfaktionen, die durch die Kantone getragen werden müssten, bestehe und diese nicht zum vornherein eine Aufgabe der sozialen Krankenversicherung sein müssten. Schon da-

mals wurde bemerkt, dass eine Abrechnung über die Krankenkasse möglicherweise die Inanspruchnahme der Leistung vermindern könnte, da Franchise und Selbstbehalt anfallen" (Battaglia und Junker 2001: 27). Am Entwurf Impfprogramm CH des BAG vom Mai 1999 kritisierte es, dass darin vorgesehen war, dass die Versicherer die Impfkosten übernehmen sollten, obschon nicht alle Impfungen Massnahmen der medizinischen Prävention gemäss Artikel 26 KVG darstellten. Die Kantone sollten zwar Voraussetzungen für eine effiziente und kostengünstige Umsetzung des Impfprogrammes schaffen, aber diese Public Health-Aufgabe nicht mitfinanzieren. Dies habe einerseits den sozialpolitisch heiklen Effekt der Kostenverlagerung von (einkommens- und vermögensabhängigen) Steuern auf (Kopf-) Prämien, andererseits fehle dadurch den Kantonen der finanzielle Anreiz, effiziente Strukturen aufrechtzuerhalten oder aufzubauen.

Unterschiedliche Meinungen vertraten auch die Leistungserbringer. Grundsätzlich traten auch hier die beiden genannten Haltungen aufeinander: Während die Pädiater (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, SGP) für eine privatärztliche Leistungserbringung, wie sie sich schon im Vorschulalter etabliert hatte, einstanden, unterstrichen die Schulärzte (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, SGPG) die Bedeutung der Versorgungsgerechtigkeit, die durch den systematischen Zugang zu Schülern ganzer Jahrgänge beim Schularztsystem gesichert würde. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK) war aufgrund der finanziellen Zusatzbelastung der Versicherer ebenfalls für eine Beibehaltung der Zuständigkeit durch das öffentliche Gesundheitswesens (Battaglia und Junker 2001: 28f.).

Es standen sich damit gleich auf zwei Ebenen unterschiedliche Interessengewichtungen gegenüber. Weder waren die Bundesämter in sich einig noch galt dies für die Leistungserbringer. Koalitionen zwischen Bund und Leistungserbringern führten somit nicht zu einer Klärung der Mehrheitsverhältnisse, sondern zu einer Wiederholung derselben Konfliktlinie und desselben Kräfteverhältnisses.

Die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), die als Vertretung der Vollzugs- und Programmeinheiten eine starke Mitsprache für sich in Anspruch nehmen kann, trat auf Bundesebene wenig in Erscheinung. In einem Expertenbericht vom 1999 zum Programm Gesundheit 21 (Oertle Bürki 1999) wird festgehalten, dass bei einem privaten Vollzug die Ziele der WHO nicht erreicht würden. Gegenüber dem BSV entzog sich die SDK allerdings einer Zusage, die schulärztlichen Leistungen grundsätzlich aufrecht zu erhalten. Diese Haltung kann aus der Uneinigkeit der Kantone in dieser Frage heraus erklärt werden - und damit auch die fehlende Einbringung der Interessen der eigentlichen Vollzugsträger bei der Aufnahme der Leistung: Die SDK konnte keine klare Stellung beziehen, da die Kantone unter sich keine Einigkeit aufwiesen.

Aus dieser Konfliktkonstellation resultierte eine eigentliche Ausblendung der Ziele der aufgenommenen Massnahme. "Die Ziele der Politik bezüglich der Impfungen im Schulalter werden auf der Bundesebene nur zwischen den Zeilen genannt und zu wenig klar deklariert. (...) Die Frage der Auswirkungen durch die Änderung der Finanzierung der Leistungen wurden vor der Einführung zu wenig genau abgeklärt und teilweise falsch eingeschätzt. (...) Die angedeuteten Ziele Versorgungsgerechtigkeit durch die verpflichtende Finanzierung über das KVG sowie Beibehaltung der komplementären Impfleistungen der Kantone

im öffentlichen Gesundheitswesen aus Gründen der traditionell bewährten Aufgabenteilung, der besseren Erreichung der Zielgruppen und der ökonomischen Vorteile erweisen sich als nicht kohärent, weil sie nicht gleichzeitig umsetzbar sind" (Battaglia und Junker 2001: 32).

Der bundesrätliche Anspruch der Versorgungsgerechtigkeit widerspricht dem Politikkonzept des Bundes. Das KVG löst diesen Widerspruch aber nicht mittels konkreter Vorgaben zum Policy Design auf, sondern delegiert sozusagen "vorprogrammierte Vollzugsdefizite" (Knoepfel und Weidner 1982: 92) an die Kantone, die aufgrund ihrer eigenen Uneinigkeit keine Interessendurchsetzung anstrebten.

2. Da das Politikkonzept auf Bundesebene sehr offen ist, variieren die Implementierungsstrukturen auf Kantonesebene sehr stark. Die kantonalen Vollzugsstrukturen lassen sich gliedern in Schularztssystem, Privatarztssystem und uneinheitliche Mischsysteme, in denen für verschiedene Impfungen verschiedene Vorgehen vorgesehen sind.

Der bundesrätliche Anspruch auf Versorgungsgerechtigkeit verhinderte die Einigung auf ein kohärentes Politikkonzept auf Bundesebene, das sich in kohärente Vorgaben zu Policy Design und Behördenarrangement hätte übersetzen lassen. Diese Situation ist wie erwähnt nicht zuletzt auf das zurückhaltende Auftreten der Kantone selber zurückzuführen. Aus dem Anspruch der Versorgungsgerechtigkeit ergab sich vielmehr eine Vergrößerung des Handlungsspielraumes der Kantone. Mehr als die Hälfte der antwortenden Kantone nutzen den erweiterten Handlungsspielraum durch die Änderungen des KVG aus finanziellen Überlegungen zum Rückzug aus der Finanzierung der Impfungen im Schularztdienst.

Während die meisten Kantone sich einheitlich entweder für ein schulärztliches (Minderheit) oder für ein privatärztliches System (Mehrheit) entschieden haben, finden sich auch Kantone, die für eine oder mehrere Impfungen beide Möglichkeiten offenlassen. Zwar werden in allen untersuchten Kantonen Impfungen, die im Schularztdienst gemacht werden, für die Zielbevölkerung unentgeltlich durchgeführt. Eine spezielle Regelung kennt der Kanton Bern, in dem die nebenamtlichen Schulärzte die Leistung theoretisch mit der Krankenkasse, quasi in Übernahme der Funktion als Privatarzt, abrechnen müssen. Zusammenfassend bilden Battaglia und Junker (2001: 52) auf Basis der Antworten der Kantone drei Kantonstypen mit jeweils unterschiedlichen Umsetzungsstrukturen:

- konditionale Steuerung und Leistungserbringung durch den Staat: Kantone mit mehrheitlich dezentralem Schularztdienst auf Gemeindeebene, wenig zentraler Steuerung und Monitoring durch die kantonale Stelle, Unterstützung der schulärztlichen Dienste in unterschiedlichem Ausmass mit kantonalen Vereinbarungen:

AR, BL, GL, NW, SH, TG, VD

- Übergang/Mischtyp: Kantone mit mehrheitlich dezentralem Schularztdienst, in denen zusätzlich und exklusiv die Durchführung der Impfleistungen weg von den nebenamtlichen Schularztdiensten hin zur Privatärzteschaft gelenkt wird. Der Steuerungseff-

fekt entsteht durch fehlende Vereinbarungen entsprechend dem kantonalen Policy Design für Impfleistungen im Schularztdienst:

AI, BE, GE, GR, LU, NE, OW, SO, UR, ZG, ZH

- finale Steuerung und Auslagerung der Leistungserbringung: Kantone mit schlanken Strukturen, die Impfleistungen zum Teil oder gänzlich privat - mehrheitlich in Zusammenarbeit mit dem Schularztdienst - kollektiv auslagern und primär durch zentrale Ziel- und Qualitätsvorgaben Einfluss auf die Leistungserbringung nehmen:

AG, BS, SG, VS, TI

3. Obwohl das Politikkonzept auf Bundesebene offen ist, hängt die Wahl des kantonalen Policy Designs und des kantonalen Behördenarrangements weniger stark als erwartet von den kantonalen Konfliktstrukturen und Akteurkonstellationen ab. Zwar besteht ein Zusammenhang mit dem Verhältnis der kantonalen Behörden zu den Bundesstellen sowie den öffentlichen Diskussionen zum Thema in den Kantonen. Dagegen spielt die Parteizugehörigkeit der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren nur noch hinsichtlich des Zeitpunktes des Übergangs zum privatärztlichen System eine Rolle.

In der Untersuchung von Battaglia und Junker (2001) finden sich verschiedene Wirkungszusammenhänge von Politics-Aspekten und Performanzvariablen, die den Schluss zulassen, dass nicht allein die Politikproduktion von politischen Prozess- und Machtfaktoren abhängt, sondern bereits die Wahl von Policy Design und Behördenarrangement.

So lässt sich erstens beobachten, dass Kantone mit einem grundsätzlich guten Einvernehmen mit den Bundesbehörden mehrheitlich das Schularztsystem beibehalten. Ein schlechteres Einvernehmen mit den Bundesbehörden dagegen wird in jenen Kantonen angegeben, die den Wechsel zum Privatarztsystem vollzogen haben oder vollziehen. Ein Zusammenhang von Performanz einer kantonalen Politikproduktion und dem Verhältnis zum Bund ist plausibel, da von Bundesseite zwar nicht klar deklarierte, aber dennoch einander widersprechende Zielvorgaben formuliert werden. Die Befragung zeigt denn auch, dass in Kantonen mit einem eher schlechten Einvernehmen mit den Bundesbehörden Schulärzte eher die Empfehlung abgeben, bei Lücken im Impfstatus den Privatarzt zu konsultieren, während diese Verhaltensänderung in Kantonen mit gutem Einvernehmen nicht auftritt. "Die kritische Beurteilung des Einvernehmens mit dem Bund in der Frage der Impfungen im Schulalter akzentuiert sich vor allem in jenen Kantonen, in denen die Mehrzahl der Impfungen im privatärztlichen System stattfindet. Die Wirkungsanalyse bestätigt somit, dass eine kritischere Beurteilung der Bundesbehörden durch die Kantone in der untersuchten Frage auch in der Ausführung der Impfleistungen zu grösseren Abweichungen von den Vorstellungen des Bundes führt" (Battaglia und Junker 2001: 54).

Ebenfalls findet sich ein Zusammenhang, der besagt, dass in jenen Kantonen, in denen die Leistung Impfungen im Schulalter Gegenstand öffentlicher Diskussionen ist, häufig eine Verschiebung vom schulärztlichen zum privatärztlichen System stattfindet. Es ist bei dieser

Beziehung jedoch zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang darin bestehen kann, dass der Übergang zum Privatarztsystem einen Wechsel bedeutet, der politisch vermittelt werden muss und aus diesem Grund zu vermehrten Diskussionen in der betroffenen Öffentlichkeit führt.

Schliesslich findet sich auch eine statistische Beziehung der Parteizugehörigkeit des zuständigen Regierungsmitgliedes mit der Wahl von Privatarzt- oder Schularztsystem. Zum einen sind es vor allem Kantone mit bürgerlichen Sanitätsdirektoren und -direktorinnen, in denen die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich erfolgt. Zum andern ist bei den nicht-bürgerlich regierten Gesundheitsdirektionen eine Abnahme der schulärztlich impfender Ärzte zu beobachten. Die Resultate lassen die Interpretation zu, dass die mangelnde Vorgabe durch die Bundesgesetzgebung in den Kantonen zu einer generellen Priorisierung von finanziellen Überlegungen führt. Während in Kantonen mit bürgerlicher Sanitätsdirektion bereits privatärztlich geimpft wird, ziehen nun auch die nicht-bürgerlichen Gesundheitsvorsteherinnen und -vorsteher nach und übernehmen das privatärztliche System. Es zeigt sich eine Dominanz des privatärztlichen Systems gegenüber dem Schularzt, die auf finanzielle Überlegungen zurückzuführen ist. Aufgrund deren hohen Gewichtung in den Kantonen spielt die Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren eine nur mehr dilatorische Rolle.

4. Die Output- bzw. Impactperformanz ist umso höher, je einheitlicher die kantonale Umsetzungsstruktur (Policy Design und Behördenarrangement) ist.

Wie beim Test der Hypothese 2 gesehen, gibt es neben den Kantonen mit reinem Schularztsystem und jenen mit reinem Privatarztsystem auch solche, die eine Mischform gewählt haben und für unterschiedliche Impfungen verschiedene Vorgehensweisen empfehlen oder mehrere Möglichkeiten offen lassen. Dabei laufen diese Kantone Gefahr, ein uneinheitliches System einzurichten, das negative Auswirkungen auf die Vollzugsperformanz haben kann, indem es Unklarheiten bei den Betroffenen generiert, die zu einem Rückzug führen. Beim Test der Hypothese zeigt sich eine Bestätigung dieser Annahme.

So findet sich nur in jenen Kantonen eine Vereinbarung mit den Krankenkassen, in denen ein schulärztliches oder ein gemischtes Vorgehen vorgesehen sind, und in diesen Kantonen findet auch kein Abbau der schulärztlich erbrachten Impfungen statt. Auch bei den tatsächlich erbrachten Impfungen, also beim Impact, zeigt sich der Zusammenhang, dass beide Systeme jeweils eine bessere Performanz aufweisen als die Mischsysteme. Von besonderem Interesse ist hier zusätzlich die Feststellung, dass das Privatarztsystem im direkten Vergleich stärker im Sinne des gewählten Behördenarrangements umgesetzt wird als das Schularztsystem, d.h. während in den Kantonen mit einheitlichem Privatarztsystem alle Impfungen tatsächlich beim Privatarzt stattfinden, gibt es in Kantonen mit Schularztsystem Ausnahmen, in denen sowohl beim Schul- wie beim Privatarzt geimpft wird. Auch wird in Kantonen mit Mischsystem mehrheitlich beim Privatarzt geimpft.

Dieses Resultat spricht für die bereits bei Hypothese 3 aufgestellte These, dass das Schularztsystem anfälliger für nicht intendierte Abweichungen ist als das Privatarztsystem. Ein

Wechsel vom Schularztsystem zum Privatarztsystem ist sehr viel wahrscheinlicher als ein Übergang in die umgekehrte Richtung. Battaglia und Junker (2001: 68) halten fest: "Die kantonalen Policy Designs erweisen sich als stringent und effektiv. Die angestrebten Ziele werden - auch wenn sie offensichtlich mit denen des Bundes nicht im Einklang stehen - tatsächlich umgesetzt. Dies ist für die Impfungen im privatärztlichen System deutlicher als für jene im schulärztlichen System. In Kantonen, welche sich nicht aktiv für ein schulärztliches Impfen einsetzen, sind die Anreize in Richtung privatärztliches Impfen dominant."

5. In Kantonen, die einen Systemwechsel zum Privatarztmodell vollziehen, sind der Kontakt mit den kantonalen Stellen und die Information gegenüber den Leistungserbringern intensiver. Dagegen ist die staatliche Outputperformanz in Kantonen mit Schularztsystem umso höher, je umfassender das Policy Design gegenüber den Leistungserbringern ist, d.h. je besser die Leistungserbringer über die Ziele und Inhalte der kantonalen Impfstrategie informiert werden und je mehr die Forschung zu den Impfungen im Schulalter unterstützt wird.

In der Erhebung können verschiedene Zusammenhänge zwischen dem Policy Design und der Politikproduktion und deren Effektivität festgestellt werden. Eine erste Massnahme des Policy Design ist die Informationstätigkeit über die kantonale Impfstrategie gegenüber den Leistungserbringern. Hier zeigen die Ergebnisse einerseits den Einfluss der Information auf die Meldehäufigkeit der Daten für die systematische Impfstatistik. Je häufiger ein Kanton informiert, desto eher können die Impfdaten zentral gesammelt und ausgewertet werden. Auf der anderen Seite findet sich analog zu den öffentlichen Diskussionen dort vermehrte Informationstätigkeit an die Leistungserbringer, wo ein Abbau der Schüleruntersuchungen stattfindet, die Zahl der schulärztlich impfenden Ärzte abnimmt und die Empfehlungen bei Lücken in der Impfstatistik den Gang zum Privatarzt nahelegen. Bezüglich der Informationstätigkeit gegenüber den Politikadressaten lassen sich somit zwei Muster ausmachen. Einerseits ist sie ein erfolgreiches Mittel von aktiven Kantonen, die kantonalen Impfdaten zentral zu sammeln und auszuwerten und damit wieder die generelle Informationssituation zu verbessern. Zum andern ist erhöhte Informationstätigkeit in jenen Kantonen zu beobachten, in denen der Übergang vom Schularzt- zum Privatarztsystem vollzogen wird.

Ein weiteres Instrument des Policy Design gegenüber den Politikadressaten sind direkte Treffen und institutionalisierte Kontakte. Die Zusammenhänge sind jenen der Informationstätigkeit ähnlich, aber graduell umgekehrt, d.h. das Einholen von Impfdaten wird zwar positiv gefördert durch Treffen, jedoch ist die Kontakthäufigkeit vor allem "ein Indikator, der einerseits als Zeichen für Umbau und Reform steht, andererseits steht für eine Beschleunigung und möglicherweise eine kantonale Begleitung der Impfungen im Schulalter vom schulärztlichen in das privatärztliche System" (Battaglia und Junker 2001: 62).

Die Beobachtung von Einzelfällen von Unterversorgung bei Schülern aus unterprivilegierten Schichten stellt eine effiziente und effektive Massnahme des Schularztsystems dar. Sie zeigt starke Zusammenhänge mit fast allen Performanzkategorien. Exemplarisch zeigt sich die Beziehung bei den Vereinbarungen mit den Krankenkassen: Sie fehlen allein in jenen

Kantone, in denen auch keine Einzelbeobachtungen von Unterversorgungen stattfinden. In Kantonen mit Einzelbeobachtungen unterprivilegierter Schüler ist auch kein Abbau des schulärztlichen Angebots allgemein zu beobachten. Die Massnahme ist aber nur in jenen Kantonen erfolgreich, die aus eigenem Antrieb die Versorgungsgerechtigkeit über die Kostenfrage stellen.

Die Beobachtung wird noch unterstrichen bei der Analyse der Antworten zur aktiven Forschungstätigkeit der Kantone selber. Es zeigt sich hier wiederum, dass die Auswertung der zentral gesammelten Einzelbeobachtungen zur Unterversorgung sozial benachteiligter Schüler in jenen Kantonen, die das Schularztsystem beibehalten haben, zu einer besseren Vollzugsperformanz führt. Battaglia und Junker (2001: 65) halten bezüglich dieses Resultates fest: "In Kantonen, in denen Untersuchungen zu Unterversorgung von Schülern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten gemacht wurden, ist eine Vereinbarung zwischen Kanton und Versicherern zu den Impfungen im Schulalter vorhanden und Impfdaten werden häufiger zentral statistisch ausgewertet. Gesundheitsstatistik ist eine Public Health-Aufgabe mit dem Zweck, Defizite in einzelnen Bevölkerungssegmenten zu erkennen. Je mehr ein Kanton sich darum bemüht, desto eher bleibt er als Leistungserbringer aktiv. Der vorhandene Zusammenhang ist plausibel: Aktive Kantone folgen nicht einfach dem gängigen Trend, sondern versuchen, ihre Probleme zu erfassen und gestalten ihre Politik danach."

6. Die Output- bzw. Impactperformanz wird nur wenig beeinflusst vom Policy Design gegenüber der zu impfenden Bevölkerung. Die Beurteilung von Unterversorgung durch den Schularzt kann zu intensiverer und spezifischer Information führen.

Die Informationstätigkeit an die zu impfenden Kinder bzw. ihre gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter ist vor allem im privatärztlichen System von grosser Bedeutung, da hier bei Feststellen von Lücken im Impfstatus nicht gleich geimpft wird, sondern Empfehlungen gemacht werden. Diese Persuasivmassnahmen können einerseits in Form von generellen Impfkampagnen, andererseits als spezifische Informationsmittel, die den Bedürfnissen des jeweiligen Kantons angepasst sind, erfolgen.

Wie die Untersuchung von Battaglia und Junker (2001: 68ff.) zeigt, sind die entsprechenden Zusammenhänge generell jedoch eher schwach. So haben zwar in jenen Kantonen, die Impfkampagnen durchführen, die schriftlichen Empfehlungen zur Konsultation des Privatärztes zugenommen. Dagegen ist keine eigentliche Verhaltensänderung der angesprochenen Politikbetroffenen selber festzustellen, die auf die Informationstätigkeit der Kantone zurückzuführen ist. Ebenso verhält es sich bei der Verwendung von eigenen kantonalen Informationsmitteln. Zwar korreliert deren Einsatz mit der Empfehlung, bei Impflücken den Privatarzt aufzusuchen. Dagegen lässt sich keine Verhaltensänderung der Politikbetroffenen selber nachweisen.

Wie einzelne Kantone zeigen, hat die Beurteilung der Unterversorgung eines Teils von Schülern aus der Gesamtpopulation eine wichtige Bedeutung bei der Wahrnehmung des Problems der Impfungen im Schulalter und steht auch in einem Zusammenhang mit der

Informationstätigkeit. Von den erhobenen Kantonen ist der Kanton Wallis der einzige, der für Schüler aus den erfragten Risikopopulationen ein Konzept zur Nachimpfung - unter dem Aspekt der Gleichberechtigung - bei Eintritt in die Schule umgesetzt hat. Teil des Konzepts sind Informationsmittel in den verschiedenen Sprachen, die sich direkt an die Eltern der potenziell gefährdeten Schüler richten.

7. Die staatliche Vollzugsperformanz nimmt ab, je mehr Kinder von einem neben- oder hauptamtlichen Schularzt betreut werden müssen.

Bei der Untersuchung der Frage nach dem Einfluss der Behördenstruktur auf die Leistungserbringung zeigt sich einerseits ein negativer Zusammenhang von Schularztdichte und Abbau von Schüleruntersuchungen. So wurden in jenen Kantonen, in denen die Dichte eher tief ist, die Schüleruntersuchungen reduziert, während bei eher hoher Dichte zwar keine Zunahme, aber auch kein Abbau feststellbar ist. Ein weiterer Zusammenhang besteht zwischen der Schularztdichte und dem Ort der erfolgten Impfung. Bei einer hohen Schularztdichte ist eine bessere Versorgung gewährleistet und die Zahl der privatärztlich erbrachten Impfungen nimmt ab. In jenen Kantonen mit eher hoher Dichte bleiben die schulärztlich erbrachten Impfungen unverändert.

Auch bezüglich des Behördenarrangements zeigt sich somit eine gewisse Eigendynamik des Privatarztmodells auf Kosten des schulärztlichen Systems. Die Einrichtung des Privatarztmodells zieht nicht allein die logische Abnahme von schulärztlich erfolgten Impfungen, sondern eine generelle Abnahme der Schüleruntersuchungen nach sich. Dagegen ist beim Schularztmodell keine Zunahme der entsprechenden Leistungen zu verzeichnen, sondern lediglich eine Beibehaltung des bereits vorhandenen Leistungsniveaus.

5 Screening-Mammographie

Basis der Fallstudie 'Screening-Mammographie' bildet der Bericht "Gesamtschweizerisches Programm für Mammographie-Screening" der Stiftung zur Früherkennung von Krebs (Gisler 2000), der die wichtigsten Informationen über die Arbeiten zum Aufbau eines nationalen Programms zusammenstellt und die wesentlichsten Probleme aus Sicht der nationalen Ebene beleuchtet. Weitere Informationen über diese Arbeiten konnten bei einem Treffen mit der Leiterin des nationalen Brustbekämpfungsprogramms der Schweizerischen Krebsliga eingeholt werden. Ergänzend wurden ausserdem zwei Evaluationsstudien konsultiert: Eine Teilstudie im Rahmen der Gesamtevaluation der vier Krebsbekämpfungsprogramme von Bachmann et al. (2000) und eine im Auftrag der SKL und des BAG erstellte Studie des IfSPM Zürich (Faisst und Ricka 2001), welche sich explizit mit der Umsetzung von Mammographie-Screenings in der Schweiz befasst.

5.1 Ausgangslage

In der Schweiz sterben jährlich etwa 45 von 100'000 Frauen an Brustkrebs (BFS 2000: 78), was eine im europäischen Vergleich relativ hohe Sterberate darstellt (Bachmann et al. 2000: 21). Im Rahmen der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Krebsliga (SKL) initiierten nationalen Krebsbekämpfungsstrategie, die auf Anregung der Weltgesundheitsorganisation WHO entstanden ist, befasst sich denn auch eines der vier prioritären nationalen Krebsbekämpfungsprogramme mit dem Brustkrebs⁹. Da zur Zeit keine spezifischen Präventivmassnahmen verfügbar sind, mit denen das Risiko einer Brustkrebserkrankung vermindert werden kann, stand in dessen Mittelpunkt die Einführung eines nationalen Früherkennungsprogramms, um mittels eines systematischen Mammographie-Screenings die Mortalitätsrate zu senken. Eine Reihe von internationalen Studien deutet darauf hin, dass dies möglich ist, wenn bei Frauen ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre eine Mammographie durchgeführt wird. Diese stellt ein Verfahren dar, welches eine frühzeitige Diagnosestellung ermöglicht und die Wahrscheinlichkeit zur Anwendung nicht-invasiver Behandlung erhöht (Gisler 2000). Die Evidenz der vorsorglichen Mammographie ist jedoch nur dann nachgewiesen, wenn sie im Rahmen eines organisierten Screening-Programms stattfindet, das hohen qualitativen Anforderungen genügt und einen möglichst grossen Anteil – die entsprechende Fachliteratur spricht von 60% – der potenziell von Brustkrebs betroffenen Bevölkerung abdeckt. Nur unter diesen Bedingungen ist eine systematische Evaluation möglich.

In der Schweiz wird die Mammographie als diagnostische Massnahme seit längerer Zeit angewendet und von vielen Radiologen angeboten. Anlässlich der Gesundheitsbefragung 1997 gaben 35% aller Frauen über 20 an, mindestens einmal eine Mammographie gemacht zu haben (BFS 2000: 79). Erste Erfahrungen mit einem organisierten Programm wurden im Kanton Waadt gesammelt, wo eine 1990 eigens gegründete Stiftung (Fondation pour le

⁹ Die anderen Programme widmen sich dem Darmkrebs, dem Hautkrebs und dem Lungenkrebs.

dépistage du cancer du sein) von 1993 bis 1997 in drei Bezirken ein Pilotprojekt betrieb (De Landtsheer et al. 1998) und danach ein Programm einrichtete, das die ganze weibliche Kantonsbevölkerung zwischen 49 und 69 Jahre erfasst (Gisler 2000: 26). Dieser Initiative sind die Kantone Genf (Programmstart 1. Mai 1999) und Wallis (1. Oktober 1999) gefolgt.

Auf Anträge des Kantons Waadt und der SKL wurde per 1. Januar 1998 die Screening-Mammographie von der Eidgenössischen Leistungskommission (ELK) als Pflichtleistung der Krankengrundversicherung deklariert. Die Vergütungspflicht wurde gemäss Art. 77 Abs. 3 KVV an das Vorliegen eines gesamtschweizerischen Qualitätssicherungsvertrags gebunden. Da bis zum 1. Januar 1999 kein derartiger Vertrag abgeschlossen wurde, legte der Bundesrat die Richtlinien in der "Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie" (SR 832.102.4) fest. Damit wurde die Screening-Mammographie per 1. Juli 1999 kassenpflichtig unter der Auflage, dass sie im Rahmen eines kantonalen oder nationalen Screening-Programms vorgenommen wird, welches die in der Verordnung festgehaltenen Qualitätsanforderungen erfüllt (vgl. Art. 12 Bst. o KLV)¹⁰. Diese Regelung ist befristet und gilt während einer Versuchsphase bis zum 31. Dezember 2007, danach soll der Nutzen dieser Programme evaluiert und über eine Fortführung entschieden werden (Bachmann et al. 2000: 23f.; Faisst und Ricka 2001).

Die Bindung einer medizinischen Massnahme an ein systematisches Programm ist Ausdruck des Versuches, eine ursprünglich individuell nachgefragte und erbrachte ambulante Leistung als Public Health-Massnahme und damit als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens zu definieren. Mit der Screening-Mammographie wurde erstmals ein Public Health-Programm für nicht übertragbare Krankheiten in den Pflichtleistungskatalog des KVG aufgenommen (Faisst und Ricka 2001: 8).

Parallel zur Regelung der Vergütungspflicht durch den Bund bereitete die im Mai 1999 gegründete Stiftung zur Früherkennung von Krebs¹¹ die Einführung eines nationalen Mammographie-Screening-Programms vor. Ihre Aufbauarbeiten bestanden u.a. darin, die übrigen Kantone über die Ziele des nationalen Brustkrebsbekämpfungsprogramms zu informieren, sie für den Nutzen der organisierten Früherkennung zu sensibilisieren und die kantonalen Krebsligen in ein Netzwerk einzubinden, um auf sie als regionale Partner bei der Umsetzung zurückgreifen zu können. Der Fokus auf ein gesamtschweizerisches Programm ergab sich aus der Überlegung heraus, dass auf diese Weise eine einfachere Administration, eine zentrale Koordination, die Einhaltung der Qualitätsrichtlinien und eine einheitliche Evaluation sowie ein flächendeckendes Leistungsangebot gewährleistet wären (Gisler 1999).

Diese Bemühungen wurden verschiedenorts unterstützt durch Arbeitsgruppen medizinischer Fachpersonen, die sich auf kantonaler oder regionaler Ebene für den Aufbau von

¹⁰ Kassenpflichtig ist auch die diagnostische Mammographie, auf welche diejenigen Frauen Anspruch haben, deren Mutter, Tochter oder Schwester ein Mammakarzinom aufweisen (Art. 12 Bst. o KLV).

¹¹ Die Trägerschaft dieser Stiftung setzt sich zusammen aus der Schweizerischen Krebsliga (SKL), der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK).

Mammographie-Screening-Programmen einsetzen und bereits vor den Bestrebungen für ein nationales Programm mit der Ausarbeitung konkreter Projekte beschäftigt waren. An- dernorts existierten zwar Arbeitsgruppen, deren Aufbauarbeiten jedoch weniger weit fort- geschritten waren. Weitere Regionen zeigten sich vorerst abwartend oder gar nicht interes- siert (Gisler 1999).

Die Verwirklichung eines gesamtschweizerischen Programms scheiterte schliesslich primär daran, dass auf nationaler Ebene kein Tarifvertrag zwischen Krankenversicherern und Lei- stungserbringern abgeschlossen werden konnte. Ein Vertragsentwurf zwischen der Stiftung zur Früherkennung von Krebs und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversiche- rer (KSK) sah eine Entschädigung von 130 Franken pro Mammographie vor, während sei- tens der Radiologen ein Tarif von 180-185 Franken gefordert wurde (Gisler 2000: 53). In dieser Frage konnte keine Einigung erzielt werden und es fand sich keine andere Möglich- keit zur Deckung dieser Finanzierungslücke. Die Stiftung stellte in der Folge ihre Tätigkei- ten per März 2000 ein (Gisler 2000: 45). Damit besteht nun "in der Schweiz erstmals die Situation, dass eine Pflichtleistung nach KVG nicht in der vom Bund vorhergesehenen Form in der ganzen Schweiz angeboten wird" (Faisst und Ricka 2001: 4). Systematische Programme zur Früherkennung von Brustkrebs gemäss Art. 12 Bst. o KLV existieren vor- erst nur in den Kantonen Waadt, Genf und Wallis.

Da eine nationale Lösung zwar angestrebt wurde, aber nicht rechtlich vorgeschrieben ist, steht es prinzipiell einzelnen Kantonen frei, eigene Mammographie-Screening-Programme einzurichten und zu betreiben. Seit dem Scheitern einer nationalen Umsetzung sind auf kantonaler Ebene denn auch verschiedene Entwicklungen zu beobachten, die bisher jedoch zu keinem weiteren Programm geführt haben.

5.2 Einordnung ins Untersuchungsrastrer

5.2.1 Ebene Bund

Die Akteurkonstellation bei der Aufnahme des Mammographie-Screenings in den Pflichtleistungskatalog umfasste folgende Akteure:

- Der *Bund* hat das *BAG* und die Schweizerische Krebsliga mit der Erarbeitung und Um- setzung einer nationalen Krebsbekämpfungsstrategie beauftragt. Über den Pflichtlei- stungskatalog des KVG will er gleichzeitig den Zugang zu präventivmedizinischen Mass- nahmen fördern. Das *BSV* fungiert als Aufsichtsorgan, während die *ELK* die im Pflicht- leistungskatalog enthaltenen Leistungen auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirt- schaftlichkeit überprüft.
- Die *Kantone* sind für das Leistungsangebot ihres Gesundheitswesens und für die öffent- liche Gesundheitspflege verantwortlich, stehen jedoch meist unter Spardruck und ver- suchen, die Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens möglichst gering zu halten, so- wie die Übernahme neuer Aufgaben weitgehend zu vermeiden.

- *Gesellschaftliche Akteure* (Schweizerische Krebsliga, Stiftung zur Früherkennung von Krebs) verfolgen das Ziel der Krebsbekämpfung und setzen sich für flächendeckende und qualitativ hochstehende Massnahmen zur Früherkennung ein.
- *Leistungserbringer* (Radiologen) nehmen bereits seit einiger Zeit diagnostische Mammographien vor. Auch sie verfolgen das Ziel der Krebsbekämpfung und sind an entsprechenden Früherkennungsmassnahmen interessiert, verlangen jedoch einen kostendeckenden Tarif. Bei Zustandekommen eines Programms sind sie z.T. mit höheren Qualitätsanforderungen konfrontiert und hätten Gewinneinbussen zu erwarten, weil Screening-Mammographien billiger ausfallen würden als diagnostische (Gisler 2000: 26)¹².
- Die *Krankenversicherer* übernehmen nur diejenigen Kosten, zu denen sie gesetzlich verpflichtet sind (Art. 25 bis 31 KVG) und haben dabei Anspruch auf wirtschaftliche Leistungstarife (Art. 32 KVG). Sie wehren sich tendenziell gegen einen Ausbau des Leistungskataloges, weil ihnen dadurch höhere Kosten entstehen.

Auf Bundesebene lassen sich aus dieser Konstellation folgende zwei grundsätzliche Konfliktlinien herausarbeiten: einerseits zwischen Leistungserbringern und Versicherern, die sich nicht auf einen Tarifvertrag einigen können, andererseits zwischen denjenigen gesellschaftlichen Akteuren, die sich für den Aufbau eines Screening-Programms einsetzen und potenziellen Geldgebern (Kantone, Versicherer) um die Finanzierung der von der obligatorischen Krankenversicherung nicht gedeckten Programmkosten. Der grundsätzliche Streitpunkt liegt damit bei der Finanzierung der Leistung 'Screening-Mammographie'.

Das Politikkonzept des Bundes ergibt sich generell aus Art. 26 KVG (vgl. Kap. 2) und ist bezüglich des Brustkrebses in den Zielen der nationalen Krebsbekämpfungsstrategie festgehalten: Senkung der Mortalität, Senkung der Inzidenz und Verbesserung der Lebensqualität der von Brustkrebs betroffenen Frauen (Bachmann et al. 2000: 26). Im Vordergrund steht die Früherkennung des Brustkrebses mittels qualitätsgesicherter Massnahmen, welche den KVG-Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

Vor diesem Hintergrund wurde die vorsorgliche Mammographie per 1. Januar 1998 als Massnahme der Prävention gemäss Art. 26 KVG in den Pflichtleistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung aufgenommen. Damit wurde sie zum Gegenstand politischer Regelung. Deren Ziele und wesentliche Umsetzungselemente (Policy-Design) sind in zwei Rechtstexten festgehalten: Art. 12 Bst. o KLV umschreibt die Bedingungen der Vergütungspflicht. Jede Frau ab dem 50. Lebensjahr hat alle zwei Jahre Anspruch auf eine Screening-Mammographie, sofern diese im Rahmen eines Programms zur Früherkennung von Brustkrebs erfolgt. In Anwendung von Art. 64 Abs. 6 Bst. d KVG hat der Bundesrat auf den 1. Januar 2001 die Screening-Mammographie von der Franchise befreit (AS 2000 2818).

Die Anforderungen an derartige Programme sind in der bundesrätlichen Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mam-

¹² Laut einer Direktauskunft des BSV, Sektion Tarife und Leistungserbringer, fallen bei einer diagnostischen Mammographie zusätzliche Kosten im Rahmen der ärztlichen Konsultation an.

mographie festgehalten. Diese Verordnung gilt als nationaler Qualitätssicherungsvertrag und stellt hohe qualitative Ansprüche. So darf in einem kantonale oder interkantonal bestimmten Gebiet nur ein einziges Programm durchgeführt werden, dessen Betrieb über eine Mindestdauer von acht Jahren gewährleistet werden kann. Wichtige qualitative Richtlinien betreffen die Ausbildung der Leistungserbringer (Radiologen), die Mindestanzahl von Screening-Mammographien, welche diese durchzuführen und zu lesen haben, sowie die Förderung der Qualität der Lesungen und der technischen Infrastruktur. Ausserdem stellt die Verordnung hohe Anforderungen an die Programmadministration: die Frauen in der Zielgruppe sollen schriftlich zur Teilnahme am Programm eingeladen werden und haben Anrecht auf ein Beratungs- und Aufklärungsgespräch. Der Programmorganisation obliegen zudem auch die Abwicklung der Lesungen, die Übermittlung der Resultate, die Evaluation und die vorgesehenen Massnahmen der Qualitätsförderung.

Die organisatorischen Vorgaben des Bundes gegenüber den Akteuren, welche Mammographie-Screening-Programme aufbauen und betreiben (Behördenarrangement), sind weniger klar: Weder die KLV noch die bundesrätliche Qualitätssicherungsverordnung beinhalten konkrete Aussagen darüber, ob die Umsetzung der Massnahme auf nationaler oder kantonaler Ebene erfolgen soll und wer dafür zuständig ist. Es fehlen jegliche konkrete Delegationsnormen oder Anreize, die einen oder mehrere Akteure zur Durchführung eines Mammographie-Screening-Programms verpflichten oder anregen könnten. Festgelegt ist lediglich, dass die Mammographie nur von in medizinischer Radiologie ausgebildeten Ärzten, welche die Qualitätsrichtlinien der Bundesratsverordnung erfüllen, vorgenommen werden darf.

Gemäss der Verordnung wird ein Früherkennungsprogramm von einer nicht näher bezeichneten Organisation durchgeführt. Dieser Organisation sind verschiedene Aufgaben übertragen: sie akzeptiert die Beteiligung von entsprechend ausgebildeten Leistungserbringern am Programm, ist für die Einladung und Information der anspruchsberechtigten Frauen, für die Durchführung der Zweit- und evt. Drittlösungen der Mammographien, die Übermittlung der Resultate an die Frauen und für die Durchführung der Qualitätssicherung zuständig. Damit eine Organisation ein Früherkennungsprogramm betreiben darf, muss sie von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam anerkannt werden und nachweisen können, dass sie über die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Mittel verfügt (Art. 3 Abs. 1 Bundesratsverordnung). Damit ist nach wie vor ein interkantonales oder nationales Programm möglich, das allerdings von jedem Kanton einzeln anerkannt werden müsste.

Im Falle der vorsorglichen Mammographie stellen Finanzierungsfragen einen zentralen Teil des Behördenarrangements dar. Die Finanzierung medizinischer Leistungen wird auf Bundesebene über das KVG geregelt. Aus der Bestimmung, dass Screening-Mammographien nur kassenpflichtig sind, wenn sie im Rahmen von Früherkennungsprogrammen erfolgen, ergibt sich allerdings ein grundsätzliches Problem: Public Health-Programme beinhalten nicht nur medizinische, sondern auch administrative Kosten für die

Programmlogistik¹³. Letztere werden von den Versicherern nicht übernommen, weil die Programmadministration einer 'Organisation' gemäss Bundesratsverordnung obliegt, und nicht Leistungserbringern im Sinne von Art. 35 KVG. Nicht-medizinische Leistungen, die ausserhalb von Leistungserbringern und Versicherern anfallen oder von Dritten erbracht werden, sind im KVG jedoch nicht geregelt (Gisler 2000: 51). Dazu gehören auch die für Aufbau und Betrieb eines Früherkennungsprogrammes erforderlichen Investitionsleistungen. Laut Gisler (2000: 45) sind die Initiativen der verschiedenen kantonalen Arbeitsgruppen hauptsächlich an der Frage der ungeklärten Programmfinanzierung gescheitert.

Als Output auf Bundesebene können die in Art. 12 Bst. o KLV festgehaltene Leistungspflicht der Krankenversicherer und die bundesrätliche Qualitätssicherungsverordnung bezeichnet werden, die das Policy Design für die Kantone verbindlich vorgeben. Der eigentliche Output ist aber das Politikendprodukt seitens der Kantone, nämlich die Anerkennung der Programmorganisation einerseits und eines Tarifvertrags andererseits. Da die Kantone jedoch nicht mit der konkreten Umsetzung der Massnahme beauftragt werden, gehört die Durchführung eines Programms nur dann zum Output der Kantonsbehörden, wenn sie in irgend einer Form daran beteiligt sind. Weil kein nationales Mammographie-Screening-Programm existiert, werden der Output und damit auch allfällige Verhaltensänderungen seitens der Politikadressaten (Impact) auf Kantonsebene gemessen. Der angestrebte Impact besteht darin, dass in einzelnen oder mehreren Kantonen Mammographie-Screening-Programme eingerichtet, anerkannt und betrieben werden. Wer vom Bund aus gesehen die konkreten *Politikadressaten* sind, geht aus dem Policy Design nicht eindeutig hervor. Bei den *Politikbetroffenen* schliesslich handelt es sich um die Frauen zwischen dem 50. und dem 70. Lebensjahr, denen die Möglichkeit geboten werden soll, sich einer regelmässigen Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung unterziehen zu können.

5.2.2 Ebene Kantone

Bei der Analyse des politischen Entscheids zum Politikkonzept auf kantonaler Ebene gilt es zu differenzieren zwischen den Kantonen, die von sich aus Früherkennungsprogramme aufgebaut und damit ein eigenes Politikkonzept entwickelt haben, und solchen, die im Rahmen der Aktivitäten der Krebsliga dasjenige des Bundes übernehmen sollten und in der Umsetzung unterschiedlich weit fortgeschritten sind. Das kantonale Politikkonzept der Screening-Mammographie ist zudem auch im Kontext der jeweiligen Gesundheitsvorsorge- und Präventionspolitiken zu sehen, welche unterschiedliche Aktivitätsniveaus und Schwerpunktsetzungen in der öffentlichen Gesundheitspflege zur Folge haben. Die eigenständige Initiative der drei Programmkantone deutet auf eine hohe Bedeutung der Präventivmedizin und eine hohe Bereitschaft der betreffenden Kantone, diese zu unterstützen, hin, während in den anderen Kantonen diese Bereitschaft und die Bedeutung der Prävention als geringer eingeschätzt werden muss. Hier lokalisieren Faisst und Ricka (2001: 41) eine kulturelle Komponente. Sie kommen zur Einschätzung, die Westschweiz sei im Vergleich zur restlichen Schweiz bevölkerungsbezogenen, präventiven Massnahmen gegenüber grundsätzlich positiver eingestellt.

¹³ Die Stiftung zur Früherkennung von Krebs beziffert diese Administrativkosten auf 30 bis 45 Franken pro Mammographie (Gisler 2000: 39).

Grundsätzlich sind an der Umsetzung des Mammographie-Screenings auf kantonaler Ebene dieselben Akteure beteiligt wie auf Bundesebene: Kantonsbehörden, gesellschaftliche Akteure, Leistungserbringer und Versicherer. Den Konfliktkonstellationen auf kantonaler Ebene wurde in den Expertengesprächen nachgegangen, die in drei Kantonen geführt wurden. Über deren Ergebnisse berichtet Abschnitt 5.4. Gemäss Gisler (2000: 45) stellt nicht die Tarifffrage, sondern die Programmfinanzierung die hauptsächliche Konfliktlinie in den Kantonen dar. Faisst und Ricka (2001: 5) identifizierten ausserdem auch Zweifel am wissenschaftlich gesicherten Wirkungsnachweis, die Frage der Zuständigkeit der Programmlogistik und den fehlenden politischen Willen als Probleme bei der Umsetzung von Public Health-Programmen.

Die bundesrätliche Qualitätssicherungsverordnung gibt allen Kantonen dieselben inhaltlichen Vorgaben zum Policy Design vor. Sie weist eine hohe Regelungsdichte auf und lässt wenig Spielraum in der Ausgestaltung des Vollzugs. Hingegen bleibt die Organisation der Umsetzung in Form eines Behördenarrangements, also die Entscheidung über die Erbringung einer eigenen Leistung (Programmadministration) oder deren Auslagerung, die Ressourcenzuteilung, die Organisation der Aufbau- und Ablaufstrukturen und die Regelung der finanziellen Unterstützung, Sache der Kantone.

Die Verordnung geht prinzipiell von einem parastaatlichen Vollzugsmuster, d.h. von einer verwaltungsexternen, unabhängigen Programmorganisation aus, die von den kantonalen Behörden lediglich anerkannt wird. Damit ist jedoch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass ein Kanton von sich aus aktiv wird und ein Mammographie-Screening-Programm aufbaut. In den Kantonen Waadt, Genf und Wallis obliegt die Federführung über die Programme Stiftungen, die eigens zu diesem Zweck gegründet wurden und mit den verschiedenen involvierten Akteuren (kantonale Ärztesgesellschaft, Krankenversicherer, Kantonsbehörden) Verträge abgeschlossen haben (Gisler 2000: 26ff.).

Die Finanzierung der Programme erfolgt in den drei Kantonen ähnlich: In der Waadt und in Genf übernehmen die Versicherer jeweils die medizinische Leistung und ca. 40% der Administrativkosten, den Rest, d.h. ca. 20% der Gesamtkosten, bezahlt der Kanton. In Genf leistet zusätzlich die Loterie Suisse Romande einen Beitrag an die Infrastruktur der Geschäftsstelle. Im Wallis werden die Mammographie und die ersten beiden Lesungen von den Versicherern übernommen, während die restlichen Kosten, d.h. vor allem die Administration, vom Fonds "Timbre tuberculose/santé" übernommen werden¹⁴ (alle Angaben aus Gisler 2000).

Als messbare Outputs werden einerseits die drei anerkannten kantonalen Programme in Genf, Waadt und Wallis betrachtet, andererseits der Stand der Diskussion in jenen Kantonen, in denen Vorbereitungen für ein kantonales Mammographie-Screening-Programm im Gange sind oder waren. Der Impact auf der kantonalen Ebene, d.h. die Beteiligung der angesprochenen Frauen, ist abhängig von der Existenz eines kantonalen Output und kann nur dort gemessen werden, wo ein Mammographie-Screening-Programm existiert. Zu den

¹⁴ Zusätzlich ist anzumerken, dass im Kanton Wallis die teilnehmenden Frauen auch von der Kostenbeteiligung gemäss KVG befreit sind (Gisler 2000: 28). Die Kosten für den Selbstbehalt der Frauen konnten mit Einnahmen aus der Billesteuer kompensiert werden (Faisst und Ricka 2001: 32).

Beteiligungsraten in den Kantonen Waadt, Genf und Wallis sind allerdings zur Zeit keine Daten verfügbar.

Zusammenfassend kann die Fallstudie 'Screening-Mammographie' wie folgt in das Untersuchungsrastrer eingeordnet werden:

Tabelle 3: Übersicht über die Datenlage zur Screening-Mammographie

Variablen	Ebene Bund	Ebene Kantone
• Akteur- und Machtkonstellationen	X	X
• Entscheidung über Politikkonzept	X	X
• Policy Design	X	
• Behördenarrangement		X
• Output		X
• Impact		

5.3 Hypothesenbildung

Anhand dieser Ausgangslage werden entlang den Untersuchungsfragen der Prozess- und der Wirkungsanalyse folgende Hypothesen für die Fallstudie Mammographie-Screening formuliert:

a) Prozess

1. Aufgrund der konfliktuellen Akteur- und Machtkonstellationen auf Bundesebene wurde kein verbindliches Politikkonzept (Regelung der Finanzfrage, Entscheidung über nationale oder kantonale Programmorganisation) entschieden.
2. Da das Behördenarrangement auf Bundesebene nicht festgelegt worden ist, hängt das Zustandekommen eines kantonalen Screening-Programmes von den lokalen Akteurkonstellationen ab, d.h. von den Kantonsbehörden, den Leistungserbringern, den Versicherern und den gesellschaftlichen Akteuren, die gegenüber der Screening-Mammographie positiv oder negativ eingestellt sind, bzw. davon, ob ein gesellschaftlicher Akteur existiert, der die Leadership übernimmt und sowohl die Anforderungen an eine Programmorganisation erfüllt als auch eine Einigung in den umstrittenen Fragen erreichen kann.

3. Ein Behördenarrangement für ein kantonales Mammographie-Screening-Programm kommt in dieser Situation nur zustande, wenn entweder (a) die Finanzierungsfrage nur geringes Konfliktpotenzial birgt oder (b) der Kanton als Entscheidungsinstanz einen Tarifvertrag verfügt.

b) Wirkung

4. Da das Policy Design sehr konkret vorgegeben ist, spielen primär die Merkmale der beteiligten Akteure eine Rolle für die Outputperformanz. Screening-Programme werden nur in jenen Kantonen umgesetzt, in denen sie für die beteiligten Akteure keine grossen Abweichungen zum Status quo bedeuten, d.h. keine hohen Investitionen erfordern oder Gewinneinbussen mit sich bringen, und in denen die Akteure vom Nutzen der Screening-Mammographie überzeugt sind.
5. Da das Policy Design sehr konkret vorgegeben ist, spielt die Ausgestaltung des Behördenarrangements kaum eine Rolle für die Outputperformanz, d.h. Unterschiede in den Behördenarrangements haben keine Unterschiede in der Politikproduktion zur Folge.

5.4 Fallbeispiele aus drei exemplarischen Kantonen

Um die Validität dieser Forschungshypothesen zu überprüfen und allfällige weitere Erkenntnisse über die Auswirkungen der Aufnahme der Screening-Mammographie in den Pflichtleistungskatalog des KVG und die Schwierigkeiten bei ihrer Umsetzung zu gewinnen, wurden Primärerhebungen auf Kantonsebene vorgenommen. Untersucht wurden drei Kantone mit unterschiedlich weit fortgeschrittenen Aktivitäten: Basel-Stadt, wo eine Arbeitsgruppe die Projektierung eines Programms weitgehend abgeschlossen hatte, der Kanton jedoch eine politische und finanzielle Unterstützung ablehnte; St. Gallen, wo sich eine Arbeitsgruppe konstituiert hatte, bisher jedoch zu keinem Ergebnis gelangte; und Luzern, wo keine Arbeitsgruppe bestand und keine Aktivitäten bekannt waren. Bei der Auswahl dieser Kantone wurde auch darauf geachtet, dass sie hinsichtlich ihrer strukturellen Rahmenbedingungen mit den drei Programmkantonen vergleichbar sind. Als Pendant zum Stadtkanton Genf bot sich Basel-Stadt an, als Vergleichskanton zum Wallis wurden St. Gallen und zur Waadt der Kanton Luzern ausgewählt.

In diesen drei Kantonen wurden jeweils der Kantonsarzt sowie eine Fachperson, die sich für die Einrichtung eines Mammographie-Screening-Programms eingesetzt hat, mittels halb-standardisierter Interviews befragt (vgl. Liste im Anhang). In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse dieser Expertengespräche in jedem Kanton kurz zusammengefasst. Besonderes Augenmerk gilt dabei den hauptsächlichen Schwierigkeiten bei der Planung und Umsetzung von Mammographie-Screening-Programmen, den Zusammenhängen zwischen den Aktivitäten auf kantonaler und nationaler Ebene sowie kantonsspezifischen

Faktoren, welche möglicherweise zur Erklärung der unterschiedlichen Entwicklungen und Aktivitäten herangezogen werden können. Das Erkenntnisinteresse richtete sich somit vor allem auf strukturelle Aspekte der Einführung derartiger Programme und nur in zweiter Linie auf Unterschiede in den Prozessen.

5.4.1 Kanton Basel-Stadt

Auf Initiative der Leiterin des ISPM Basel und des Leiters des Radiologieinstituts des Basler Kantonsspitals begannen 1997 die Vorarbeiten zum Aufbau eines Mammographie-Screening-Programms in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land. Die Initianten standen in engem Kontakt mit den Verantwortlichen des Waadtländer Programms und nahmen die Arbeit auf, bevor die Screening-Mammographie in den KVG-Pflichtleistungskatalog aufgenommen wurde. Um die notwendige Abdeckung zu erreichen, wurde ein Projekt erarbeitet, das von den beiden Basler Kantonen getragen werden sollte, und dem sich später auch die Kantone Jura und Solothurn anschliessen sollten. Als Trägerin der Programmorganisation war das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel vorgesehen. Die Leistungserbringer waren am Planungsprozess beteiligt, während die Krankenversicherer nicht in die Arbeitsgruppe eingebunden wurden, weil sie gemäss KVG zur Vergütung der Screening-Mammographie verpflichtet sind und von ihnen kein zusätzliches finanzielles Engagement zu erwarten war.

Im Januar 1999 wurde das Projekt den Sanitätsdirektionen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Land vorgestellt mit dem Ziel, die Anerkennung und Unterstützung der öffentlichen Hand zu gewinnen. Nachdem im Januar 2000 das Mammographie-Screening in der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) thematisiert worden und auf breite Skepsis gestossen war¹⁵, erfolgte eine Stellungnahme der Basler Gesundheitsdirektorin, in welcher sie eine Beteiligung des Kantons an einem Programm ausschloss. Da sich die Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Land offenbar weitgehend am Nachbarkanton orientierte, übernahm sie dessen ablehnende Haltung. Seither sind die Aktivitäten der Arbeitsgruppe sistiert.

Auch der Kanton hat sich seither nicht weiter mit dem Thema befasst. Er sieht keinen Handlungsbedarf, da es sich bei der Screening-Mammographie um eine Pflichtleistung nach KVG handelt, welche von spezialisierten Radiologen erbracht und von den Krankenversicherern finanziert werden müsste. Die Finanzierung der ungedeckten Kosten lehnt der Kanton ab, da dafür keine Rechtsgrundlage besteht. Die Gesundheitsförderung stellt zwar einen Schwerpunkt der Basler Gesundheitspolitik dar, sie steht jedoch noch am Anfang und erfordert weitere Sensibilisierung in Politik und Öffentlichkeit. Die Public Health-Perspektive soll künftig verstärkte Beachtung finden, zur Zeit kommt einem Mammographie-Screening-Programm nur eine relativ geringe Priorität zu. Bemerkenswert ist der Umstand, dass Basel-Stadt als einziger Schweizer Kanton über kein Gesundheitsgesetz verfügt

¹⁵ Die SDK – die über keine Entscheidungskompetenzen verfügt – enthielt sich einer Empfehlung an die Kantone (Faisst und Ricka 2001: 25). Ein in der medizinischen Fachzeitschrift "The Lancet" publizierter Artikel, der die Ergebnisse von Studien zum Nutzen von Mammographie-Screenings anzweifelte (vgl. dazu ausführlicher Gisler 2000: 47), hatte offenbar in politischen Kreisen starke Bedenken gegenüber dieser präventivmedizinischen Leistung ausgelöst.

und finanzielle Beiträge an Präventionsprogramme über den normalen Budgetierungsprozess beantragt werden müssen. Bisher sind keine politischen Vorstösse erfolgt, welche dies verlangt hätten. Wenn der politische Wille und die Überzeugung vom Nutzen eines Screening-Programms vorhanden wären, sei ein kantonales Engagement durchaus denkbar. Dazu sei es notwendig, das Meinungsfeld bei den Entscheidungsträgern möglichst frühzeitig positiv zu beeinflussen. Public Health-Akteure sind jedoch zu wenig einflussreich, um präventivmedizinische Anliegen in den politischen Prozess einzuspeisen.

Von behördlicher Seite wird die Erreichung der kritischen Beteiligungsquote als grösstes Problem bei der Umsetzung wahrgenommen. In dieser Hinsicht wird eine interkantonale Zusammenarbeit, so wie sie auch vorgesehen war, als sinnvoll und erstrebenswert erachtet. Der hohe administrative und logistische Aufwand wird als abschreckend empfunden, ist jedoch nicht das Problem des Kantons. Hauptgrund für das vorläufige Scheitern des Projekts ist aber die ungelöste Frage der Programmfinanzierung. Während der Kanton eine Beteiligung ablehnt, wobei der negativen Haltung der SDK grosse Bedeutung zukommt, sind sich beide Interviewpartner einig, dass private Akteure zur Durchführung bzw. Finanzierung eines Mammographie-Screening-Programms kaum fähig wären. Die kantonale Krebsliga würde offenbar über entsprechende Mittel verfügen, sei aber nicht bereit, die Programmorganisation zu übernehmen.

Während die Aufnahme der Screening-Mammographie in den Pflichtleistungskatalog des KVG die Projektierungsaktivitäten im Kanton Basel-Stadt nicht direkt tangiert, aber erleichtert hat, wurden die Bemühungen der Stiftung zur Früherkennung von Krebs um ein nationales Screening-Programm seitens der Arbeitsgruppe anfänglich als eine gewisse Konkurrenz empfunden. Als eher ambivalent zeigt sich die Einschätzung der momentanen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen. Für den Kanton ist klar, dass bei einer nationalen Lösung Koordination und Finanzierung vom Bund übernommen werden müssen. Er ist weder bereit, eine vom Bund verordnete zusätzliche Aufgabe zu übernehmen, noch ein Programm in Eigeninitiative zu betreiben. Ginge ein nationales Screening-Programm vom BAG aus, würde der Kanton eine Teilnahme prüfen. In den Augen der Arbeitsgruppe besteht Klärungsbedarf. Sie bedauert, dass dem Bund bzw. dem BAG die Kompetenzen fehlen, um ein nationales Programm durchzusetzen. Die regionale Umsetzung von medizinischen Leistungen, die gesamtschweizerisch verfügbar sein sollten, werde von den föderalistischen Strukturen und der ausgeprägten Autonomie der Kantone im Gesundheitsbereich verhindert. Weil die Initiative nun bei den Kantonen liege, diese aber keine Mittel freimachen wollen, sei die Umsetzung der Leistung weitgehend blockiert.

Da die Bundesratsverordnung lediglich inhaltliche Richtlinien enthalte, jedoch keine strukturellen oder finanziellen Entscheide trifft, gehe aus ihr vordergründig kein Handlungsbedarf hervor. Ein solcher werde bloss von Fachleuten gesehen, was aber auch von der persönlichen Einstellung und der Interessenkonstellation abhängig sei. Die Ausgestaltung des präventivmedizinischen Angebots in einem Kanton sei ohnehin weitgehend vom Interesse und Engagement der involvierten Personen abhängig.

Interessanterweise wurde von beiden Befragten die Frage aufgeworfen, weshalb sich die Krankenversicherer nicht stärker für die Einrichtung von Screening-Programmen engagie-

ren, da sie längerfristig von einem Gesinnungswechsel profitieren und Kosten einsparen könnten.

5.4.2 Kanton St. Gallen

Im Kanton St. Gallen wurde die Screening-Mammographie 1998 erstmals thematisiert, als sich das Zentrum für Tumordiagnostik und Prävention (ZeTuP) im Rahmen der Vorarbeiten für ein gesamtschweizerisches Screening-Programm als Pilotzentrum in St. Gallen anbot. Während die Stiftung für Früherkennung von Krebs die nationalen Strukturen und die Finanzierung erarbeiten sollte, bemühte sich der Leiter des ZeTuP in Zusammenarbeit mit den kantonalen Radiologen, der Ostschweizerischen Krebsliga und dem Kantonsarzt um die Schaffung der lokalen politischen und medizinischen Strukturen. In diesem Rahmen blieben die Frage der Finanzierung und der Programmadministration noch ungeklärt.

Im November 1999 wurde im St. Galler Kantonsparlament eine Motion (42.99.13) eingereicht, welche die Regierung zur Schaffung gesetzlicher Grundlagen für ein Mammographie-Screening analog zum Walliser Modell einlud. Wegen fachlicher Vorbehalte der Regierung und aus finanziellen Überlegungen trat das Parlament allerdings gar nicht erst darauf ein.

Die Kantonsbehörden, welche über die regionalen Informationsveranstaltungen der Stiftung zur Früherkennung von Krebs auf die Screening-Mammographie aufmerksam wurden, zeigen sich skeptisch gegenüber der Realisierung eines Programms und verzichten auf ein Engagement in dieser Sache. Die Skepsis wird vor allem durch den kritischen "Lancet"-Artikel genährt, welcher die politischen Behörden und insbesondere die SDK verunsicherte und an der Evidenz von Mammographie-Screening-Programmen zweifeln lässt. Nachdem die SDK Ostschweiz derartigen Programmen mit offener Ablehnung gegenübergetreten ist und die Vorarbeiten auf gesamtschweizerischer Ebene sistiert wurden, sind die Aktivitäten seit Februar 2000 auch im Kanton St. Gallen eingeschlafen. Mangels eines Tarifvertrags musste auch das ZeTuP seine Ambitionen auf ein regionales Pilotzentrum begraben.

Als hauptsächlicher Hinderungsgrund bei der Errichtung eines Programms erwies sich die Finanzierungslücke bei den Programmkosten, die sich aus der Bundesregelung ergibt. Obwohl ein Konsens darüber besteht, dass die Programmadministration prinzipiell beim Kanton zu liegen kommen müsste, sind die Kantonsbehörden nicht bereit, diese Aufgabe zu übernehmen. Zum einen sind die Entscheidungsträger vom Nutzen des Mammographie-Screenings nicht überzeugt, zum anderen wehren sie sich vehement dagegen, eine Leistung umzusetzen, die auf Bundesebene verordnet wurde, deren Finanzierung jedoch auf Dritte abgewälzt wird. Ausserdem ist kein Kanton zur Umsetzung verpflichtet.

Private Organisationen, das ZeTuP und die Ostschweizerische Stiftung für Klinische Krebsforschung (OSKK), hatten sich bereit erklärt, die Programmadministration zu übernehmen bzw. sich an den Aufbaukosten für ein Programm zu beteiligen. Eine alleinige Trägerschaft würde die privaten Akteure jedoch überfordern, stiesse in der Öffentlichkeit kaum auf breite Akzeptanz und würde von Leistungserbringern des öffentlichen Gesundheitswesens als Konkurrenz angesehen. Diese Aspekte und der grosse Verwaltungsaufwand stellen auch aus der Sicht des Kantons zusätzliche Hindernisse dar.

Die Realisierung eines Screening-Programms wird weiter dadurch erschwert, dass nur wenige Radiologen die hohen Qualitätsanforderungen erfüllen könnten, und diese vor allem in den dichtbesiedelten Regionen des Kantons tätig sind. Einer vollständigen Abdeckung der Kantonsbevölkerung stünden somit bereits die strukturellen Gegebenheiten im Weg. Ein weiteres Problem wird darin gesehen, dass der Nutzen eines Programms nur bei einer hohen Beteiligung erwiesen ist, jedoch sowohl dessen Zielpublikum als auch die Ärzteschaft gegenüber Bestrahlungen und Vorsorgeuntersuchungen eher skeptisch eingestellt sind und somit ein Screening-Angebot vermutlich nur schwach genutzt würde.

St. Gallen verfügt als einziger Kanton neben dem Kantonsarzt über einen zusätzlichen Präventionsarzt und misst der Prävention einen hohen Stellenwert zu, wie auch ein entsprechender Artikel im Gesundheitsgesetz zeigt. Trotzdem ist die Stellung der Präventivmediziner, wie offenbar in der Ostschweiz generell, eher schwach einzuschätzen. Der Präventionsausschuss der kantonalen Ärztesgesellschaft ist jedenfalls kaum aktiv, auch die regionale Krebsliga übt offenbar keinen relevanten Einfluss auf die Geschehnisse im Kanton aus. Das Gesundheitswesen werde weitgehend von den Kurativmedizinerinnen beherrscht, die sich gegen jede Ausweitung der Präventivmedizin wehren.

Auch seitens der Krankenversicherer ist kein Engagement zugunsten von Früherkennungsmassnahmen zu erwarten. Sie wurden in der Anfangsphase der Diskussionen um ein Programm kontaktiert, zeigten aber kein Interesse an einer Beteiligung. Abgesehen davon, dass in der Ostschweiz das Klima zwischen Ärzteschaft und Versicherern eher schlecht sei, wehren sich letztere vehement gegen regionale Projekte. Zusätzliche Kosten würden sie erst übernehmen, wenn eine gesamtschweizerische Lösung gefunden werden kann. In dieser Konstellation scheint eine regionale Lösung der national noch ungeklärten Tariffrage in weiter Ferne, zumal die Radiologen ihre Beteiligung an einem Programm von einem kostendeckenden Tarif abhängig machen. Seitens der Ärzteschaft wird ausserdem auf die relativ grosse Verunsicherung im Zusammenhang mit der noch unklaren TARMED-Einführung verwiesen, welche ebenfalls zu Verteilungskämpfen führen und Tarifdiskussionen weiter erschweren dürfte.

Die Aufnahme der Screening-Mammographie in den Pflichtleistungskatalog des KVG hatte auf die Aktivitäten der Arbeitsgruppe offenbar keinen relevanten Einfluss. Aus der Sicht des Kantons war sie jedoch ein grosser Fehler und hat die Akzeptanz der Leistung noch weiter sinken lassen. Es wird kritisiert, dass auch die Bundesratsverordnung die Programmfinanzierung nicht regle und den Kantonen eine Aufgabe zumute, zu deren Erfüllung sie weder verpflichtet noch fähig seien. Der Leiter des ZeTuP beklagt die Anbindung an politische und föderalistische Strukturen, welche lokale Lösungen verunmöglicht und von der kantonalen Anerkennung abhängig macht. Konkreten Handlungsbedarf leiten die Akteure aus der Verordnung allerdings nicht ab.

Generell besteht ein Zusammenhang zur generellen Stimmung in der schweizerischen Gesundheitspolitik. Der Kanton wehrt sich gegen jegliche Eingriffe des Bundes in seine Autonomie und stellt sich weitgehend hinter die Position der SDK, in der eine Konsenslösung aussichtslos scheint. Ein Alleingang des Kantons St. Gallen ist in dieser Situation ausgeschlossen. Wenn ein Screening-Programm erarbeitet würde, dann sicher gemeinsam mit den beiden Appenzeller Kantonen, mit denen im Gesundheitsbereich eine gute Zusammen-

arbeit besteht. Dafür müssten aber erst die offenen Fragen auf Bundesebene geklärt werden und ein akzeptabler Finanzierungsmodus gefunden werden, der die Kantone nicht zusätzlich belastet.

5.4.3 Kanton Luzern

Im Kanton Luzern haben – wie in der Innerschweiz generell – die Bemühungen zur Errichtung eines gesamtschweizerischen Mammographie-Screening-Programms keine Früchte getragen. Einzig der Chefradiologe des Kantonsspitals hat sich im Rahmen seiner Tätigkeit im Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie, die auch einen Mammographie-Ausschuss gebildet hat, mit dem Thema befasst. Er und der Chefarzt Gynäkologie des Kantonsspitals standen in Kontakt mit der Stiftung zur Früherkennung von Krebs und mit dem Luzerner Kantonsarzt, konnten jedoch aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen kein Programmprojekt erarbeiten. Es existieren auf lokaler Ebene keine privaten Akteure, die sich finanziell und/oder logistisch engagieren und derartige Bestrebungen unternehmen oder unterstützen könnten. Die Krankenversicherer würden erst in die Diskussionen einbezogen, wenn ein konkretes Projekt erarbeitet worden ist. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass sie sich gegen einen Ausbau des Leistungskatalogs wehren und sich nicht an allfälligen Aufbau- oder Investitionskosten beteiligen würden.

Da die einzigen Aktivitäten bisher vom Kantonsspital, d.h. einer Institution des öffentlichen Gesundheitswesens, ausgehen, sind sie aufgrund der strukturellen Rahmenbedingungen nicht sehr weit fortgeschritten. Ein Mammographie-Screening-Programm könnte zwar projektiert, aber nicht umgesetzt werden. Das Kantonsspital wäre bereit, die Funktion eines Pilotzentrums zu übernehmen, doch fehlen ihm dazu die personellen und finanziellen Mittel sowie der entsprechende Auftrag. Ein solcher müsste politisch definiert werden, was jedoch in der heutigen Situation aussichtslos erscheint. Einerseits zweifeln die Entscheidungsträger an der Evidenz derartiger Programme, andererseits fallen ihre Kosten-Nutzen-Abwägungen negativ aus. Hinzu kommt, dass die Gesundheitsdirektion bereits in der heutigen Situation stark beansprucht wird und nicht bereit ist, zusätzliche personelle und finanzielle Ressourcen für ein Anliegen bereitzustellen, das sie nicht als prioritär erachtet.

Der grosse administrative Aufwand und vor allem die Frage der Federführung über ein Früherkennungsprogramm sind im Kanton Luzern die wichtigsten Gründe, weshalb bisher keine Aufbauarbeiten erfolgt sind. Die unklare Finanzierungssituation stellt noch nicht das Hauptproblem dar, weil schon die Rahmenbedingungen für ein Programm nicht gegeben sind und das Thema bisher noch kaum offen thematisiert worden ist. Ein kostendeckender Tarif ist aber auch in Luzern Voraussetzung für das Zustandekommen eines Programms. Ist diese nicht gegeben, würden die Radiologen die Leistungserbringung ablehnen und der Kanton sie zu verhindern suchen, um nicht das Budget des Kantonsspitals weiter zu belasten.

Die Zuständigkeit für die Programmadministration wird zwischen Gesundheitsdirektion und Kantonsspital hin und her geschoben. Das Spital erklärt sich lediglich für die Leistungserbringung zuständig, während die Behörde einerseits fehlende Ressourcen geltend macht und andererseits Leistungserbringung und Administration am selben Ort ansiedeln würde, um den Koordinationsbedarf gering zu halten. Da die Prävention und somit auch

die Screening-Mammographie als individualmedizinische Angelegenheit angesehen wird, sei es sinnvoller, wenn sich die praktizierenden Akteure damit befassen, da sie der Zielgruppe näher stehen als die Kantonsbehörden. Eine Unterstützung von Public Health-Programmen wird gemäss dem sich zur Zeit in Revision befindenden Gesundheitsgesetz möglich sein, der Kanton zieht es jedoch vor, seine knappen Stellenpunkte auf grundsätzliche Aspekte der Gesundheitsförderung zu konzentrieren. Er möchte gesamtheitliche Prävention anbieten und nicht auf einzelne Leistungen wie die Screening-Mammographie abstellen, von der nur wenige Betroffene profitieren können.

Im Gegensatz zu anderen Kantonen hat in Luzern die Aufnahme der Screening-Mammographie in den Pflichtleistungskatalog keine eigentliche Konfliktkonstellation zur Folge gehabt. Dieser Schritt hat zwar eine gewisse Aufbruchstimmung ausgelöst und zu Gesprächen zwischen dem Chefradiologen und dem Kantonsarzt geführt, aber keine weiteren Auswirkungen gehabt. Die gleichzeitig erlassene Qualitätssicherungsverordnung ist vom Kanton nicht wahrgenommen worden, während sie seitens des Radiologen als inhaltlich klare Richtlinie angesehen wird, die allerdings sehr hohe qualitative Anforderungen vorgibt. Diese könnten nur von wenigen Radiologen im Kanton erfüllt werden. Konkreter Handlungsbedarf wird aus der Verordnung nicht abgeleitet, unabhängig davon wird aber am Ausbau und der Qualitätsförderung der diagnostischen Mammographie gearbeitet.

Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitsbereich wird grundsätzlich als nicht ideal angesehen, wie sich am Beispiel der vorsorglichen Mammographie zeigt. Die föderalistischen Strukturen erschweren Lösungen auf nationaler Ebene, doch wenn der Bund die Umsetzung von medizinischen Leistungen deshalb an die Kantone delegiere, ohne aber deren Finanzierung sicherzustellen, sei der Widerstand der Kantone, deren Belastung im Gesundheitswesen sowieso laufend steige, schon vorprogrammiert. Gleichzeitig sind aber beide Gesprächspartner der Meinung, der Bund müsse mehr Aufgaben übernehmen und könnte die Umsetzung von Screening-Programmen durch eine gesamtschweizerische Lösung, d.h. insbesondere einen Tarifvertrag, wesentlich vorantreiben. Die stark regionalistischen Strukturen seien kostentreibend und verhindern effiziente, überregionale Lösungen in der Gesundheitspolitik.

Auch im Kanton Luzern wurde die Position der SDK angesprochen, die aufgrund des umstrittenen "Lancet"-Artikels dem Mammographie-Screening mit klarer Ablehnung entgegentritt. Diese Konstellation mache es höchst unwahrscheinlich, dass ein einzelner Kanton von sich aus die Vorreiterrolle übernimmt.

5.5 Analyse

Anhand der in den Expertengesprächen gewonnenen Erkenntnisse können nun die in Abschnitt 5.3 aufgestellten Hypothesen in folgende Schlussfolgerungen überführt werden:

1. Aufgrund der konfliktuellen Akteur- und Machtkonstellationen auf Bundesebene wurde kein verbindliches Politikkonzept (Regelung der Finanzfrage, Entscheidung über nationale oder kantonale Programmorganisation) entschieden. Die Umsetzung eines nationalen Screening-Programms ist an diesen Umständen gescheitert.

Die Umsetzung einer Bundesregelung in den Kantonen ist auf ein vollständiges Vollzugsprogramm angewiesen, was gemäss den Vorgaben des KVG den Abschluss eines national oder kantonally anerkannten Tarifvertrags zwischen Leistungserbringern und Versicherern voraussetzt (Art. 43 Abs. 4 und Art. 46 Abs. 4 KVG). Die Vergütung der Screening-Mammographie wurde ausserdem gemäss Art. 58 Abs. 3 KVV an das Vorhandensein eines nationalen Qualitätssicherungsvertrags gebunden. Weil auf nationaler Ebene weder ein solcher noch ein Tarifvertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern abgeschlossen werden konnte, erliess der Bundesrat eine Qualitätssicherungsverordnung, damit die vorsorgliche Mammographie in den Pflichtleistungskatalog des KVG aufgenommen werden konnte. Diese Verordnung umreisst das Policy Design relativ eng, gibt jedoch kein Behördenarrangement vor und impliziert zwar (inter-)kantonale Lösungen, schliesst aber ein gesamtschweizerisches Programm nicht aus. Ein solches ist jedoch von der Zustimmung jedes einzelnen Kantons abhängig.

Die Umsetzung der Leistung 'Screening-Mammographie' entspricht somit dem Muster des Vollzugsföderalismus, wobei jedoch aus dem Policy Design keine Delegationsnormen hervorgehen, die eine Umsetzung gewährleisten oder verlangen. Eine Bundeslösung würde von den kantonalen Behörden als Eingriff in ihre Autonomie im Gesundheitswesen betrachtet, zumal für die Leistungserbringung weitgehend auf die Infrastruktur der öffentlichen Spitäler zurückgegriffen werden müsste. Unter der vorliegenden Regelung bleibt die Entscheidungsautonomie der Kantone gewahrt, sie sind jedoch weder zur logistischen oder finanziellen Unterstützung noch zur Anerkennung von Programmen verpflichtet. Der Bund beschränkt sich darauf, das Handlungsfeld abzustecken und die darin geltenden Regeln zu definieren, und überträgt den Kantonen die Sanktionsgewalt über allfällige Aktivitäten, überlässt die konkrete Initiative aber interessierten Akteuren, die sich selber konstituieren und von sich aus tätig werden müssen. Auf Bundesebene hat die Stiftung zur Früherkennung von Krebs eine Katalysatorrolle wahrgenommen und ein gesamtschweizerisch koordiniertes, aber dezentral aufgebautes Programm angestrebt, das jedoch an den vielen ungeklärten Fragen scheiterte. Auf kantonaler oder lokaler Ebene haben sich diverse Arbeitsgruppen gebildet, deren Arbeiten jedoch unterschiedlich weit fortgeschritten sind.

Kernpunkt der gescheiterten Diskussionen bildet die Finanzierung. Auf Bundesebene wurde bisher kein Tarifvertrag für die vorsorgliche Mammographie abgeschlossen. Einerseits konnten sich Versicherer und Radiologen nicht über die Höhe der Entschädigung einigen, andererseits ist ein Tarif auch von regionalen Gegebenheiten abhängig und sollte deshalb kantonally unterschiedlich ausgestaltet sein, was einer gesamtschweizerischen Lösung zusätzlich im Weg stehen dürfte. Können sich auf kantonaler Ebene die Tarifpartner nicht auf einen Vertrag einigen, wird er, gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG, von der Kantonsregierung verfügt. Damit setzt das KVG die bei der Erbringung einer Public Health-Leistung invol-

vierten Akteure unter Verhandlungsdruck: können sich die Vertragspartner nicht einigen und legt der Kanton keinen Tarif fest, kommt auch kein Output zustande. Im vorliegenden Fall sind bisher lediglich in den Kantonen Waadt, Genf und Wallis Tarifverträge abgeschlossen worden, an denen sich nebst den Versicherern und den Leistungserbringern auch die Kantonsbehörden und private Akteure (Stiftungen oder Fonds) beteiligten.

Da die Finanzierung von Public Health-Programmen im bestehenden Politikkonzept nicht berücksichtigt wurde und auf die KVG-Mechanismen beschränkt blieb, ergibt sich ein grundsätzliches Problem: Ein Tarifvertrag regelt die Abgeltung für medizinische Leistungen, die gemäss KVG erbracht werden. Bei Früherkennungsprogrammen fallen jedoch weitere Kosten an, die nicht unter das KVG fallen. Diese beziehen sich vor allem auf die Programmadministration, d.h. auf die Einladung der Frauen, die Organisation der Lesungen, die Mitteilung der Resultate etc., beinhalten aber auch die Investitionskosten Für die Entschädigung dieser allgemeinen Programmkosten konnte bisher keine Lösung gefunden werden (vgl. Gisler 2000: 50ff.).

Infolge der blockierten Situation auf gesamtschweizerischer Ebene verlagerte sich die Frage der Programmfinanzierung auf die Ebene der Kantone, obwohl diese nicht zur Beteiligung an den Programmkosten verpflichtet werden können. Da die Brustkrebsfrüherkennung als Anliegen des öffentlichen Gesundheitswesens angesehen wird, erwarten die diversen Arbeitsgruppen ein Engagement der Kantonsbehörden im Rahmen ihrer Präventionspolitik. Aufgrund der grundsätzlichen Zweifel der Sanitätsdirektorenkonferenz an der Evidenz des Mammographie-Screenings ist ein solches jedoch zur Zeit unwahrscheinlich. Nachdem die Überzeugungsfrage zusätzlich mit finanziellen Aspekten verknüpft wurde, sank die Bereitschaft der Kantone, deren Rolle sich im Prinzip auf die Anerkennung der Programmorganisation beschränkt, ein nationales Mammographie-Screening-Programm mitzutragen, weiter. Sie sind nicht dazu bereit, eine vom Bund verordnete Pflichtleistung des KVG mitzutragen, solange deren Finanzierung nicht auf Bundesebene geregelt werden kann. Unter diesen Voraussetzungen mussten die Bemühungen um ein gesamtschweizerisches Programm scheitern.

2. Da das Behördenarrangement auf Bundesebene nicht festgelegt worden ist und einzelne gesellschaftliche Akteure zwar die Leadership übernehmen können, jedoch nicht über die notwendigen Ressourcen verfügen, um ein Programm aufbauen zu können, hängt das Zustandekommen eines kantonalen Screening-Programmes von der lokalen Akteurkonstellation (Kantonsbehörden, Leistungserbinger, Versicherer und gesellschaftliche Akteure) ab. Die Einrichtung eines Programm kann dann erfolgen, wenn ein gesellschaftlicher Akteur existiert, der die Organisation übernimmt und die Kantonsbehörden diesen in seinen Bestrebungen aktiv unterstützen. Diese Voraussetzungen sind aber zur Zeit in keinem der drei untersuchten Kantone gegeben.

Unabhängig von der Wahrscheinlichkeit einer nationalen Lösung steht es einzelnen Kantonen frei, ein Mammographie-Screening-Programm anzubieten. Ein solches ist gemäss der gesetzlichen Regelung unabhängig von politischen Strukturen, könnte prinzipiell ohne Beteiligung der öffentlichen Hand betrieben werden und benötigt lediglich deren Anerkennung. Wie aus den Expertengesprächen hervorgeht, präsentiert sich die Situation jedoch faktisch so, dass in keinem der untersuchten Kantone ein privater Akteur existiert, der die Programmadministration und –finanzierung sowie die Aufbauarbeiten ohne staatliche Beteiligung leisten und übernehmen könnte, weil diese mit einem relativ grossen Aufwand verbunden sind. Auch politische und Akzeptanzüberlegungen sprechen eher für eine Unterstützung durch die öffentliche Hand. Diesbezüglich ist eine Diskrepanz zwischen der gesetzlich vorgesehenen Form der Umsetzung und den tatsächlichen Möglichkeiten festzustellen, was den Befund eines unvollständigen und inkohärenten Policy Designs nahelegt.

Die Kantone verweisen jedoch darauf, dass sie nicht für die Erbringung von Pflichtleistungen gemäss KVG verantwortlich sind, und begründen ihre ablehnende Haltung zusätzlich mit negativ ausfallenden Kosten-Nutzen-Überlegungen, ungenügender medizinischer Evidenz, knappen Ressourcen und dem fehlenden politischen Auftrag, derartige Programme zu unterstützen oder gar selber aufzubauen. Versuche, die Umsetzung von Mammographie-Screening-Programmen auf politischem Weg anzuregen, waren in den untersuchten Kantonen entweder keine zu beobachten oder von vornherein erfolglos (St. Gallen). Leadership ist somit von privater Seite aus strukturellen, seitens der Kantone aus politischen Gründen nicht zu erwarten.

Das Beispiel der Kantone Waadt, Genf und Wallis zeigt, dass ein Screening-Programm dann umgesetzt werden kann, wenn sich alle involvierten Akteure – Kantonsbehörden, Leistungserbringer, Versicherer und Public Health-Organisationen – auf eine Konsenslösung einigen können und sich finanziell und/oder logistisch daran beteiligen. In den drei anderen untersuchten Kantonen war jedoch festzustellen, dass dem – unterschiedlich starken – Engagement von Leistungserbringern und Public Health-Akteuren eine vehemente Abwehr der Versicherer und eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Skepsis der Kantonsbehörden entgegenstand. Nicht das Behördenarrangement ist demzufolge ausschlaggebend für die Umsetzung von Screening-Programmen, sondern die politische Interessen- und Machtkonstellation, die der Diskussion um die Programmstrukturen und -finanzierung vorgelagert ist.

3. Ein Behördenarrangement für ein kantonales Mammographie-Screening-Programm kommt bei Vorhandensein einer potenziellen Programmorganisation nur zustande, wenn die Finanzierungsfrage gelöst werden kann und die präventionspolitische Aufgabenteilung zwischen den Kantonsbehörden und den Leistungserbringern bzw. privaten Akteuren geklärt ist.

Die Situation in den drei untersuchten Kantonen deutet darauf hin, dass Fragen des Behördenarrangements, d.h. der Programmadministration, in der Tat von finanziellen, aber auch von politischen Gesichtspunkten abhängig sind. Konsenslösungen, an denen sich alle potenziell an einem Programm beteiligten Akteure administrativ und/oder finanziell betei-

gen, sind aufgrund der ablehnenden Haltung der Krankenversicherer und der kantonalen Behörden zur Zeit weitgehend ausgeschlossen. In zwei von drei Kantonen bietet sich eine Institution als 'Organisation' gemäss Bundesratsverordnung an, kann jedoch die Finanzierung des Programms nicht alleine sicherstellen. In diesem Umstand ist das Grundproblem zu suchen: Es gibt auf kantonaler Ebene keine Akteure, welche die Aufgabe der Programmadministration selbständig wahrnehmen könnten und gleichzeitig von den Kantonsbehörden als Trägerorganisation anerkannt würden.

Im Kanton Luzern wird die Frage des Behördenarrangements unter institutionellen Aspekten thematisiert. Zur Frage der Ressourcen, die auch hier zentral ist, gesellt sich die Diskussion um die Aufgabenteilung zwischen Staat und Leistungserbringern im Bereich der präventivmedizinischen Leistungen. Diese grundsätzlichen Überlegungen kamen in den anderen beiden Kantonen nicht zur Sprache.

Insofern ist die ursprüngliche Arbeitshypothese bestätigt: ein Behördenarrangement kommt nur bei einer Einigung in der Finanzierungsfrage zustande, wobei auch zusätzliche Aspekte hinsichtlich der Aufgabenteilung zwischen Staat und Leistungserbringern bzw. privaten Akteure mitspielen. Die Tarifffrage hingegen wurde in den Kantonen bisher noch nicht thematisiert und hat auch keinen Einfluss auf die institutionelle Programmadministration. Weil das Vorliegen eines Tarifvertrags noch kein Behördenarrangement zur Folge hat, sondern dessen Zustandekommen hauptsächlich vom politischen Willen der Kantone abhängt, stellt die Verfügung eines Tarifvertrags durch die Kantonsregierung kein Instrument dar, um in der Frage des Behördenarrangements eine Einigung zu erzielen.

4. Da das Policy Design sehr konkret vorgegeben ist, spielen primär die Merkmale der beteiligten Akteure eine Rolle für die Outputperformanz. Screening-Programme werden nur in jenen Kantonen umgesetzt, in denen sie für die beteiligten Akteure keine grossen Abweichungen zum Status quo bedeuten, d.h. keine hohen Investitionen erfordern oder Gewinneinbussen mit sich bringen, und in denen die Akteure vom Nutzen der Screening-Mammographie überzeugt sind und entsprechenden politischen Willen vorfinden.

In allen näher untersuchten Kantonen stellen Tarifstreitigkeiten zwischen Radiologen und Versicherern, der hohe finanzielle und logistische Aufwand für die Programmadministration, die hohen Anforderungen an die Qualitätssicherung seitens der Leistungserbringer und erhebliche Zweifel an der Evidenz der Screening-Mammographie seitens der Politik und teilweise innerhalb der Ärzteschaft grosse Hürden für die Einrichtung von Früherkennungsprogrammen dar. Ein Mammographie-Screening-Programm hat dann gute Realisierungschancen, wenn alle potenziell daran beteiligten Akteure von dessen Nutzen überzeugt sind und keine Negativanreize geltend machen.

Wie das Beispiel des Kantons Basel-Stadt zeigt, erweist sich die Unterstützung der politischen Entscheidungsträger als notwendige Erfolgsbedingung, weil verwaltungsexterne Akteure selbst bei vorhandenem Behördenarrangement eine eigenständige Programmdurchführung ohne eine finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand nicht gewährleisten kön-

nen. Der politische Wille der Entscheidungsträger stellt somit in der jetzigen Konstellation eine Schlüsselgrösse dar, solange der Betrieb von Früherkennungsprogrammen ohne staatliche Beteiligung nicht möglich ist. In diesem Zusammenhang stellt sich die interessante Frage, ob dem immer noch so wäre, wenn die Krankenversicherer sich ideell und finanziell für die Einrichtung derartiger Programme einsetzen würden.

5. Da das Policy Design sehr konkret vorgegeben ist, spielt die Ausgestaltung des Behördenarrangements kaum eine Rolle für die Outputperformanz, d.h. Unterschiede in den Behördenarrangements haben keine Unterschiede in der Politikproduktion zur Folge.

Da aufgrund der Untersuchungsanlage keine Primärerhebungen in den Programmkantonen vorgenommen wurden, muss diese Hypothese anhand der vorliegenden Informationen diskutiert werden. Aus Gisler (2000: 26ff) geht hervor, dass sich alle drei bestehenden Programme an den EU-Guidelines orientieren und die Vorgaben der bundesrätlichen Verordnung erfüllen. Im Kanton Genf hat allerdings die Vorschrift, die Überprüfung der technischen Infrastruktur sei gemäss den EU-Richtlinien vorzunehmen, zu einem Konflikt zwischen dem BAG und den Programmverantwortlichen geführt.

Die drei Programme unterscheiden sich hauptsächlich hinsichtlich der Adressbeschaffung für den Versand der Einladungen, der Organisation der Lesungen, der Abwicklung der finanziellen Transaktionen und der Kostenbeteiligung, was aber keinen Einfluss auf das Politikendprodukt, d.h. das Leistungsangebot und die Anerkennung von Programmorganisation und Tarifvertrag durch den Kanton hat. Über ihre Performanz, gemessen an der Beteiligungsrate, d.h. dem Anteil der effektiv von den Programmen erfassten Frauen, kann mangels vorliegender Daten keine Aussage gemacht werden.

Wird die Outputperformanz anhand der zeitlichen Verzögerung der Politikproduktion gemessen so zeigt sich in den Interviews, dass in anderen Kantonen bisher hauptsächlich wegen eines fehlenden Behördenarrangements keine Programme zustande gekommen sind. Obwohl sich unterschiedliche Akteure als Trägerorganisationen angeboten haben, scheiterte die Programmumsetzung jeweils an der ungelösten Finanzierung und an der fehlenden Unterstützung der politischen Entscheidungsträger. Bisherige Programme sind nur mit aktiver Beteiligung von Kantonsbehörden und Versichern entstanden, weshalb die Folgerung naheliegt, dass ein Output nur bei einem Behördenarrangement, das beide umfassend einbindet, erfolgt. Insofern wirken sich unterschiedliche Behördenarrangements nicht auf die konkrete Ausgestaltung des Outputs, jedoch stark auf die Wahrscheinlichkeit seines Zustandekommen aus.

6 Cervix-Abstrich

Die Fallstudie 'Cervix-Abstrich' basiert auf drei Dokumenten: einem Expertenbericht zur zytologischen Methode (SIAK 2000), einem Berichtsentwurf über wichtige Prinzipien für das Cervix-Screening (Somaini et al. 2000) und der bundesrätlichen Antwort auf eine Interpellation von Nationalrat Grobet (Nr. 99.3322) zum Intervall gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen.

6.1 Ausgangslage

Der Krebsabstrich dient der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses (Cervix-Karzinom). An dieser Krebsart sterben in der Schweiz jährlich rund 11 von 100'000 Frauen (BFS 2000: 78), was eine relativ niedrige Mortalität darstellt. Seit einigen Jahren werden allerdings vor allem bei jüngeren Frauen zunehmend häufiger Vorstufen des Krebses entdeckt (Antwort auf Interpellation Grobet). Bei frühzeitiger Erkennung der Krankheit bestehen allerdings gute und wenig eingreifende Behandlungsmöglichkeiten. Die Früherkennung mittels Zellabstrich ist relativ einfach durchführbar und stellt eine Routinemassnahme im Rahmen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung dar. Der Krebsabstrich ist eine medizinisch unumstrittene Massnahme, die sowohl von Allgemeinpraktikern als auch von Gynäkologen ambulant durchgeführt und von den Krankenkassen auch vor der KVG-Revision von 1996 meist ungefragt vergütet wurde. Als Früherkennungsmassnahme ist sie bei Frauen und Ärzten breit akzeptiert (Somaini et al. 2000: 5) und allgemein verbreitet: gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 wurde bei lediglich 23% aller über 20jährigen Frauen noch nie ein Krebsabstrich vorgenommen (BFS 2000: 78).

Als anlässlich der KVG-Revision mit Art. 26 neu auch präventivmedizinische Massnahmen Aufnahme in den Leistungskatalog fanden, wurde der Krebsabstrich in Art. 12 KLV übernommen, der als Positivliste eine abschliessende Aufzählung der von den Versicherern zu vergütenden Präventionsleistungen enthält (vgl. Kap. 2). Mit diesem Schritt wurde der Krebsabstrich von einer ambulanten ärztlichen Untersuchung zu einer gesetzlich geregelten präventivmedizinischen Leistung, welche einer gewissen Steuerung durch den Bund unterliegt. Die zur Zeit geltende Bestimmung besagt, dass von der Grundversicherung die ersten beiden Vorsorgeuntersuchungen in jährlichem Intervall, die weiteren alle drei Jahre übernommen werden müssen. Dies gilt bei normalem Befund, andernfalls ist das klinische Ermessen massgebend (Art. 12 Bst. c KLV). Die schweizerische Regelung folgt dabei international anerkannten Empfehlungen und stellt eine gewisse Einschränkung der bisher gängigen Praxis, den Krebsabstrich jährlich durchzuführen und zu vergüten, dar (vgl. Antwort auf Interpellation Grobet).

Bei einem Untersuchungsintervall von drei Jahren stellt sich aus Public Health-Sicht das optimale Verhältnis zwischen dem Mitteleinsatz und dem präventiven Nutzen ein. Die Mortalität nimmt gesamthaft gesehen bei einem einjährigen Intervall gegenüber dem dreijährigen nur minim ab (Delaloye und Grandi 1998: 911) und verringert die Häufigkeit von

falsch-positiven Befunden, welche weitere Untersuchungen und damit verbundene Folgekosten sowie eine grosse Verunsicherung der betroffenen Frauen mit sich bringen.

Der Krebsabstrich wird in der Schweiz spontan auf Wunsch der Frauen oder auf Empfehlung des Arztes durchgeführt (Somaini et al. 2000: 9). Somit handelt es sich dabei um eine Screening-Untersuchung, die nicht systematisch, sondern opportunistisch im Sinne eines 'case finding' erfolgt (vgl. Bucher und Morabia 1999: 199). Ein organisiertes Programm, wie es vor allem skandinavische Länder kennen (Somaini et al. 2000: 9), existiert in der Schweiz nicht und wurde bisher auch nicht angestrebt. Im nationalen Krebsbekämpfungsprogramm kommt dem Gebärmutterhalskrebs infolge seines relativ seltenen Vorkommens keine Priorität zu¹⁶. Ein weiterer Grund könnte in der Tatsache zu finden sein, dass in der Schweiz bisher noch keine medizinischen Richtlinien (Guidelines) den 'State of the art' in der Diagnostik und Therapie des Cervix-Karzinoms festhalten (Somaini et al. 2000: 4). Bislang ist die Qualitätssicherung Sache der ärztlichen Fachgesellschaften und nicht gesetzlich geregelt. Damit sind zur Zeit auch die Voraussetzungen für ein optimales Früherkennungsprogramm nicht gegeben (Delaloye und Grandi 1998: 911).

Weil so die Bedingungen für eine systematische Evaluation des Krebsabstrichs nicht gegeben sind, ist die Qualitätskontrolle bei einem dreijährigen Untersuchungsintervall nicht gewährleistet und die geltende Regelung bezüglich der Wirksamkeit umstritten (vgl. Delaloye und Grandi 1998). Wie die Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 zeigen, wird die Vorsorgeuntersuchung allerdings öfters als im vorgesehenen Dreijahresrhythmus durchgeführt. Bei den meisten Frauen liegt der letzte Cervix-Abstrich weniger als zwei Jahre zurück, wobei das Alter eine wesentliche Rolle zu spielen scheint: die Untersuchungshäufigkeit nimmt mit steigendem Alter ab. Aus Public Health-Sicht ist letzteres störend, da zwei Drittel der durch Gebärmutterhalskrebs verursachten Todesfälle Frauen über 65 Jahren betreffen (BFS 2000: 78).

In der Tat bestehen gewisse Unterschiede in der Inanspruchnahme dieser Leistung. Neben der aus KVG-Sicht bezüglich des Untersuchungsintervalls bestehenden Überversorgung von Frauen mittleren Alters ist offenbar bei Frauen unter 25 und über 75 Jahren, bei Frauen ohne Berufsbildung und Ausländerinnen, sowie bei Frauen in der Genferseeregion und im Espace Mittelland ein unzureichender Abdeckungsgrad festzustellen. Diese Situation scheint sich seit 1992 nicht wesentlich verändert zu haben (Antwort auf die Interpellation Grobet).

Um die präventive Wirkung des Krebsabstrichs zu erhöhen, müsste somit nicht das Untersuchungsintervall gesenkt, sondern die Versorgung der Risikogruppen (ältere und sozioökonomisch schlechter gestellte Frauen) sichergestellt werden. Ob dies im Rahmen eines organisierten Programms oder mittels anderer Massnahmen erfolgen soll, ist eine ungeklärte Frage, die unseres Wissens zur Zeit nicht Gegenstand von Diskussionen ist.

Eine andere Möglichkeit, die Wirksamkeit zu steigern und damit die Mortalität an Gebärmutterhalskrebs zu senken, liegt in der Verbesserung der Qualität der Untersuchungen selber, d.h. der Zuverlässigkeit der angewandten Testverfahren. Für die Durchführung des

¹⁶ Direktauskunft von Andreas Biedermann, Gesamtleiter der nationalen Krebsbekämpfungsprogramme der Schweizerischen Krebsliga.

Krebsabstrichs stehen verschiedene zytologische Methoden zur Verfügung, wovon hauptsächlich der traditionelle Papanicolau-Test und die neuere sogenannte thin-layer-Methode (Dünnschichtzytologie) zu nennen sind. Die beiden Techniken unterscheiden sich primär hinsichtlich der Art der Durchführung und der Testsensitivität (vgl. SIAK 2000). Letztere hat vor allem einen Einfluss auf die Notwendigkeit von Nachfolgeuntersuchungen und damit auf die mit dem Krebsabstrich verbundenen Kosten. Die beiden Abstrichmethoden stellen zudem unterschiedliche Anforderungen an den Ausbildungsstand der Ärzte: Je höher die Testsensitivität ist, desto anspruchsvoller wird die Interpretation des Resultats, weil damit die Wahrscheinlichkeit falsch-positiver Befunde steigt.

Nachdem die Kassenpflicht ursprünglich auf den Papanicolau-Test beschränkt war, wurde per 1. Juli 2000 die entsprechende Bestimmung in Art. 12 Bst. c KLV abgeändert, so dass die Vergütung mittlerweile von der Untersuchungsmethode unabhängig ist (AS 2000 2546). Dieser Schritt erfolgte vermutlich aufgrund der Tatsache, dass die neueren Technologien an Zuverlässigkeit gewonnen haben und dass in der Schweiz gemäss dem zytologischen Gutachten des SIAK ohnehin bereits 42% der Abstriche mit der Dünnschicht-Methode und 58% mit dem traditionellen Papanicolau-Test durchgeführt werden. Offenbar konnten jedoch schon vor dieser Verordnungsänderung die Versicherer mangels Informationen über die angewandte Testmethode diese Praxis nicht einhalten und bezahlten auch mit anderen Methoden durchgeführte Untersuchungen (SIAK 2000: 3). Konkrete Angaben dazu liegen allerdings nicht vor. Die KLV-Änderung von 2000 war somit allein eine Anpassung des Rechts an die Praxis.

6.2 Einordnung ins Untersuchungsrastrer

Die Einordnung der Fallstudie 'Cervix-Abstrich' in das Untersuchungsrastrer geschieht nur auf Bundesebene, da die Leistung im Rahmen des Privatarztsystems erbracht wird und kein föderaler Vollzug vorgesehen ist. Die Kantone sind deshalb am Vollzug dieser KLV-Regelung nicht beteiligt und haben auch keinen Einfluss darauf.

Die wichtigsten Akteure bei der Umsetzung des Cervix-Abstrichs sind die *praktizierenden Ärzte und ihre Verbände* sowie die *Krankenversicherer*. Erstere haben Interesse an einer zuverlässigen und leicht durchführbaren Untersuchungsmethode, welche für sie keinen Zusatzaufwand (Infrastruktur, Weiterbildung etc.) und möglichst hohe Einkommenschancen bringt, letztere an einem ausgeglichenen Kosten-Nutzen-Verhältnis der Leistung, an möglichst niedrigen Tarifen und an der Einhaltung der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Ein weiterer Akteur ist der *Bund*, der den Krebsabstrich als präventive Massnahme in den Leistungskatalog aufgenommen hat und in dieser Frage durch das *BSV* bzw. die *ELK* vertreten wird, welche für die Umsetzung des KVG und die Ausgestaltung des Pflichtleistungskatalogs verantwortlich sind.

Als weitere Interessenträger können die *Akteure im Public Health-Bereich* und *präventivmedizinische Fachorganisationen* betrachtet werden, deren Anliegen generell ein optimales Präventionsangebot zu Handen der ganzen Bevölkerung und im Besonderen die Krebsbekämpfung sind, wozu auch die Früherkennung gehört. Dieses Interesse scheint hinsichtlich des Krebsabstrichs noch nicht sehr stark ausgeprägt zu sein. Die Schweizerische Krebs-

liga z.B. hat den Gebärmutterhalskrebs zwar thematisiert, ihn aber nicht in ihre Krebsbekämpfungsstrategie aufgenommen. Sie verfolgt momentan keine Aktivitäten, welche diese Krebsart zum Thema haben (Direktauskunft von Andreas Biedermann, SKL).

Da es sich beim Krebsabstrich um eine grundsätzlich unbestrittene präventive Pflichtleistung handelt, ist die Konfliktsituation schwierig einzuschätzen. Aus den Dokumenten, die der Fallstudie zugrunde liegen, gehen vorderhand keine potenziellen Konfliktlinien hervor, die sich auf Strukturen und Modalitäten der Leistungserbringung beziehen. Auf politischer Ebene wurde bisher einzig das gesetzlich vorgesehene Vergütungsintervall thematisiert (Interpellation NR Grobet, 99.3322). Dieser Vorstoss hatte jedoch keine direkten Konsequenzen.

Hinsichtlich der Machtsituation ist davon auszugehen, dass der Einfluss der Leistungserbringer, d.h. der Gynäkologen und Allgemeinpraktiker am grössten ist, da sie beim Krebsabstrich über Angebot, Häufigkeit und Qualitätsrichtlinien bestimmen und über die direkteste Beziehung zu ihren Patientinnen verfügen. Die Präventivmediziner nehmen in dieser Hinsicht eine eher schwache Stellung ein, da sie weder auf das Patientinnenverhalten noch auf dasjenige der Ärzte einen nachhaltigen Einfluss nehmen können. Dasselbe gilt für die Krebsliga. Die Macht der Versicherer beruht auf ihrer Funktion, die Vergütungspraxis zu kontrollieren. Bund und Kantone nehmen mangels Einfluss auf den ambulanten Bereich der Medizin ebenfalls eine marginale Stellung ein.

Das Politikkonzept des Bundes geht grundsätzlich aus den Überlegungen hervor, die bei der Aufnahme von Art. 26 ins KVG im Vordergrund standen. In Bezug auf den Krebsabstrich sieht es vor, mittels wirksamer, wirtschaftlicher und zweckmässiger Früherkennungsmassnahmen die Mortalität der Frauen an Gebärmutterhalskrebs zu senken. Dies beinhaltet die Gewährleistung eines flächendeckenden Angebot ohne Zugangshürden einerseits, einer möglichst hohen Qualität der Untersuchung andererseits. Durch Auflistung des Krebsabstrichs als Präventivmassnahme im Pflichtleistungskatalog des KVG erhofft sich der Bund eine hohe Abdeckung der Frauen mit dieser Vorsorgeuntersuchung und weitgehende Versorgungsgerechtigkeit: die Kassenpflicht soll sicherstellen, dass keine Frau aus ökonomischen Gründen von der Inanspruchnahme dieser Präventivleistung ausgeschlossen wird. Gleichzeitig soll aber auch eine übermässige Inanspruchnahme vermieden werden, weshalb die grundsätzliche Vergütungspflicht durch die Festlegung eines Intervalls etwas eingeschränkt wurde.

Das Policy Design geht aus den allgemeinen Grundsätzen des KVG und der Leistungsverordnung (KLV) hervor und beinhaltet lediglich Bestimmungen über die Vergütungspflicht im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung. Gemäss Art. 12 Bst. c müssen die Krankenversicherer bei normalen Befunden die ersten beiden Vorsorgeuntersuchungen im Jahresintervall und danach alle drei Jahre übernehmen, sonst die Untersuchungen nach klinischem Ermessen. Über das Steuerungsinstrument der Regelung in Art. 12 Bst. c KLV bietet der Bund nachfrageseitig einen positiven ökonomischen Anreiz, indem er die Leistung kassenpflichtig erklärt hat. Den Frauen, die sich der Vorsorgeuntersuchung unterziehen, entstehen so einzig die Kosten im Rahmen der üblichen Kostenbeteiligung. Angebotsseitig besteht der Versuch, die Qualitätssicherung zu gewährleisten, indem die Vergütungspflicht nur für wirksame, wirtschaftliche und zweckmässige Abstrichmethoden gilt (Art. 32

KVG). Nachdem die ELK diese Voraussetzungen bei den neueren Methoden der Dünnschicht-Zytologie ebenfalls als gegeben erachtete, änderte sie die bisherige Regelung der KLV ab. Seither ist die Kassenpflicht des Krebsabstrichs von der angewandten Methode unabhängig. Indem der Untersuchungsrythmus auf drei Jahre festgelegt wurde, was Fachkreise hinsichtlich des präventiven Nutzens als sinnvoll erachten, soll ausserdem die Überversorgung vermieden werden, was ebenfalls ein angebotsseitiges Steuerungsinstrument darstellt.

Weitere Instrumente kommen von politischer Seite offenbar nicht zur Anwendung, um den präventiven Nutzen der bestehenden Regelung zu erhöhen. Zumindest auf nationaler Ebene existieren weder Informations- und Aufklärungskampagnen zum Gebärmutterhalskrebs, noch Ansätze eines organisiertes Screeningprogramms.¹⁷ Die seit 1. Januar 2001 geltende Bestimmung, dass der Bundesrat einzelne präventivmedizinische Leistungen von der Franchise ausnehmen kann (Art. 64 Abs. 6 Bst. d KVG), hat auf den Cervix-Abstrich keinen Einfluss, da sie nur für Leistungen gilt, die im Rahmen von national oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen erbracht werden.

Da es sich beim Krebsabstrich um eine etablierte Früherkennungsmassnahme handelt, die im Rahmen des Privatarztsystems ambulant erbracht wird und somit behördlichem Einfluss weitgehend entzogen ist, umfasst das Behördenarrangement nur wenige Akteure, nämlich die Leistungserbringer – Gynäkologen und Allgemeinpraktiker – und die Krankenversicherer. Da weder Bund noch Kantone auf die Leistungserbringung Einfluss nehmen, sondern diese weitgehend dem Markt überlassen, liegt die Verantwortung bei den entsprechenden Fachgesellschaften¹⁸. Auf die Qualitätssicherung hat der Bund nur via das Kriterium der Wirksamkeit über die ELK einen gewissen Einfluss, grundsätzlich wird sie jedoch von den Leistungserbringern selbst wahrgenommen und von den Versicherern im Rahmen der abgeschlossenen Tarifverträge kontrolliert. Die Umsetzung folgt somit dem Muster des parastaatlichen Vollzugs und unterliegt der Selbstregelung der daran beteiligten Fachgesellschaften und der Krankenversicherer.

Die Finanzierung des Cervix-Abstrichs erfolgt im üblichen Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung. Die Leistung wird von den Krankenkassen abgegolten, wobei sich die untersuchten Frauen im üblichen Rahmen (Selbstbehalt und Franchise) an den Kosten beteiligen. Weil es sich um eine individuell nachgefragte und angebotene Leistung handelt, sind keine weiteren finanziellen Beiträge von dritter Seite her erforderlich.

Als Output des politisch-administrativen Entscheidungsprozesses kann bisher lediglich Art. 12 Bst. c der KLV, der die Krankenkassen zur Kostenübernahme verpflichtet, bezeichnet werden. Als *Politikadressaten* sind einerseits die Leistungserbringer und die Krankenversicherer zu betrachten, welche als Teil des parastaatlichen Behördenarrangements den

¹⁷ Ein organisiertes Screeningprogramm wird von Somaini et al. (2000: 10) als Notwendigkeit erachtet, um auch die von der Vorsorgeuntersuchung kaum erfassten Risikogruppen zu erreichen und dadurch die Mortalität zu senken. Organisierte Screenings seien ausserdem kosteneffizienter und würden das festgelegte Untersuchungsintervall von 3 Jahren rechtfertigen.

¹⁸ Dies geht auch aus Art. 26 KVG hervor, der festhält, dass die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet werden müssen. Andere Akteure sind folglich nicht vorgesehen.

Krebsabstrich anbieten und durchführen bzw. bezahlen. Implizit gehören auch die verschiedenen Organisationen, die sich in der Krebsbekämpfung und -vorsorge engagieren, dazu; sie werden allerdings vom bestehenden Policy Design nicht angesprochen. Andererseits sind die Frauen, welche die angebotene Leistung in der vorgesehenen Art und Weise in Anspruch nehmen sollen, die *Politikbetroffenen*. Der Output, der bei ihnen eine Verhaltensänderung oder -konsolidierung bewirken soll, besteht in der Verfügbarkeit der Leistung und in den konkreten Anreiz (Information und finanzielle Anreize), die durch die parastaatlichen Vollzugsträger, also den Politikadressaten, erbracht werden.

Das vorliegende Verwaltungsprogramm und dessen Outputs schreiben weitgehend die bestehenden Verhältnisse fest und dienen dazu, die Ärzte zur flächendeckenden Durchführung der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung und die Krankenversicherer zu deren Vergütung zu veranlassen. Verhaltensänderungen (Impacts) werden einerseits insofern angestrebt, als dass der Krebsabstrich lediglich alle drei Jahre von den Politikadressaten vorgenommen werden soll und nicht mehr jährlich, wie bisher. Andererseits wird bei den Politikbetroffenen, also den Frauen, eine Verhaltensänderung bzw. -konsolidierung in Form einer ausgeglichenen Inanspruchnahme der Leistung angestrebt.

Zusammenfassend kann die Fallstudie Cervix-Abstrich wie folgt in das entwickelte Untersuchungsrastrer eingeordnet werden:

Tabelle 4: Übersicht über die Datenlage zum Cervix-Abstrich

Variablen	Ebene Bund	Ebene Kantone
• Akteur- und Machtkonstellationen		X*
• Entscheidung über Politikkonzept		X
• Policy Design		X
• Behördenarrangement		X
• Output		X
• Impact		X

6.3 Hypothesenbildung

Aufgrund der aus den Basisdokumenten der Fallstudie hervorgehenden Datenlage lassen sich entlang der Untersuchungsfragen der Prozess- und der Wirkungsanalyse folgende Hypothesen für die Fallstudie Cervix-Abstrich formulieren:

a) Prozess

1. Wenn eine neu im Pflichtleistungskatalog aufgenommene Leistung bereits etabliert ist, ist der Spielraum des Bundes bei der Regelung der organisatorischen und inhaltlichen Implementierungsstrukturen nur sehr klein. Weil es sich beim Krebsabstrich um eine bereits vor der Revision etablierte Präventivleistung handelt, um die herum die Positionen feststanden und die Zuständigkeiten bereits geklärt waren, wurde in der KVG-Revision
 - das Policy Design zum Cervix-Abstrich nur unwesentlich verändert (Einführung des Versicherungsobligatoriums).
 - das Behördenarrangement zum Cervix-Abstrich nur unwesentlich verändert (parastaatliches Vollzugsmuster unter Beibehaltung des Privatarztsystems).
2. Das bestehende parastaatliche Behördenarrangement mit Privatarztsystem führt zu einer untergeordneten Rolle des Bundes bei der Entscheidung zum Politikkonzept, d.h. die Regelung der Implementierungsstrukturen wird von den Leistungserbringern dominiert.

b) Wirkung

3. Wenn die Implementierungsstrukturen einer Präventivleistung kein staatliches Leadership beinhalten, kommt es eher zu Vollzugsdefiziten (Output: mangelnde Versorgungsqualität; Impact: mangelnde Nachfragequalität).
 - Die Beschränkung auf passive ökonomische Anreize im Policy Design (d.h. der Verzicht auf Persuasivmassnahmen wie Informationskampagnen sowie auf verbindlichere Massnahmen wie die Verpflichtung der Leistungserbringer zu standardisiertem Vorgehen bei Versorgungslücken) führt weder in der Outputperformanz noch in der Impactperformanz zu einer Veränderung der bestehenden Defizite.
 - Die Beibehaltung eines parastaatlichen Behördenarrangements mit Privatarztsystem (d.h. der Verzicht auf staatlichen Vollzug) führt weder in der Outputperformanz noch in der Impactperformanz zu einer Veränderung der bestehenden Defizite.

6.4 Ergebnisse der Expertengespräche

Die auf den Grundlagendokumenten der Fallstudie beruhende Informationsbasis wurde mittels verschiedener Expertengespräche erweitert. Anhand eines strukturierten Gesprächsleitfadens, der auch auf die Arbeitshypothesen einging, wurden Vertreter dreier Fachgesellschaften und der Krankenversicherer befragt (vgl. Liste im Anhang). In diesen Gesprächen wurden die Strukturen und Modalitäten der Leistungserbringung und –

vergütung sowie aktuelle Themen und laufende Aktivitäten, die auf allfällige Veränderungen in der Praxis des Cervix-Abstrichs hinführen, diskutiert, wobei vor allem auch die wichtigsten Anliegen und Interessen der verschiedenen Akteure ermittelt werden sollten. Anhand der so gewonnenen Erkenntnisse lassen sich die allgemeine Problemlage illustrieren sowie die oben vorgestellten Arbeitshypothesen erhärten.

Aus den Expertengesprächen geht hervor, dass es sich beim Krebsabstrich in der Tat um eine grundsätzlich unumstrittene Untersuchung handelt, deren Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog im Prinzip lediglich die gesetzliche Ausformulierung der schon vorher gängigen Praxis darstellt. An den Strukturen oder Modalitäten der Leistungserbringung wurde nichts verändert, weil es keinen Anlass dazu gab. Allerdings stellt die Festlegung des dreijährigen Vergütungsintervalls einen Kompromiss zwischen präventivmedizinischen und gynäkologischen Positionen dar: Erstere vertreten die Ansicht, eine Untersuchung alle drei Jahre sei ausreichend, wenn die Qualität gewährleistet sei, letztere sehen durch diese Regelung ihre gängige Lehrmeinung unterlaufen und plädieren für ihren langjährig entwickelten und etablierten State of the art, welcher eine jährliche Vorsorgeuntersuchung inklusive Krebsabstrich vorsieht.

Zwischen diesen beiden Meinungen scheint die grundsätzliche Konfliktlinie in Bezug auf den Cervix-Abstrich zu verlaufen. Wie eine entsprechende Frage in den Expertengesprächen zeigte, ist der zentrale Diskussionspunkt die Qualitätssicherung, welche vom Untersuchungsintervall und von der angewandten Methode abhängig ist. Bezüglich der Untersuchungshäufigkeit stellen sich die praktizierenden Ärzte auf den Standpunkt, die Evidenz des Dreijahresrhythmus' sei noch nicht erwiesen, die Gefahr, ein Karzinom nicht zu entdecken, sei noch zu gross. Weil die Leistung nicht im Rahmen eines Programms erbracht wird, könne auch keine systematische Evaluation erfolgen, weshalb die bisherige Praxis weiterzuverfolgen sei (vgl. auch Delaloye und Grandi 1998: 911). Aus der Sicht der Präventivmedizin ist hingegen ein dreijähriges Intervall, verbunden mit verstärkten Anstrengungen im Bereich der Qualitätssicherung, gerechtfertigt. Die gängigen Abstrichmethoden führen noch zu oft zu unklaren Befunden, was die betroffenen Frauen verunsichert und Nachfolgeuntersuchungen erfordert, welche mit entsprechenden Kosten verbunden sind. Beides könnte durch eine Reduktion der falsch-positiven Testresultate vermieden werden, was durch strengere Qualitätsrichtlinien und entsprechend vorgeschriebenen Ausbildungsmassnahmen erreicht werden könnte. Die neuen Methoden der Dünnschicht-Zytologie werden diesbezüglich kritisiert, weil sie von den Ärzten aufgrund der leichteren Anwendung bevorzugt werden, hinsichtlich der Interpretation der Testresultate jedoch höhere Anforderungen an die Ärzte stellen (vgl. SIAK 2000; Somaini et al. 2000).

Weil die Qualitätssicherung den Fachgesellschaften obliegt und nicht gesetzlich geregelt ist, bestehen kaum Möglichkeiten, diese von aussen zu beeinflussen. Für die Krankenversicherer stellt denn auch ein kantonales oder nationales Konzept zur Erfassung epidemiologischer und statistischer Daten zur Gewährleistung der Qualitätssicherung ein vordergründiges Anliegen dar. Diese müsste auch bei den Labors ansetzen, welche die Testergebnisse auswerten und interpretieren. Die Fachgesellschaften wehren sich jedoch gegen von oben verordnete Qualitätssicherungsmassnahmen und sind der Meinung,

Konzeption und Durchführung müssten fachlich breit abgestützt sein und daher den Fachkreisen überlassen werden.

Die einzige Möglichkeit der Einflussnahme seitens des Bundes ergibt sich aus Art. 12 Bst. c KLV, der durch die ELK abgeändert werden könnte. Der Bund kann über diese Bestimmung die Modalitäten der Leistungserbringung verordnen, hat jedoch keinen Einfluss auf ihre Umsetzung. Eine gewisse Steuerungsfunktion kommt den Krankenversicherer zu, da sie zur Vergütung des Krebsabstrichs verpflichtet sind und mit den Leistungserbringern Tarifverträge abschliessen. Ihr Einfluss ist jedoch zumindest hinsichtlich des Untersuchungsintervalls eingeschränkt, da sie bei der Vergütung der Leistung über keine Kontrollmöglichkeiten verfügen. Gemäss den Vertretern der Ärzteschaft wird die Vorsorgeuntersuchung von vielen Frauen selber bezahlt, da sie relativ geringe Kosten verursacht und deshalb häufig noch unter die Jahresfranchise fällt. Ausserdem besteht hinsichtlich des in Art. 12 Bst. c KLV enthaltenen "klinischen Ermessens" ein relativ grosser Handlungsspielraum für die Ärzte, da beispielsweise ein häufiger Wechsel der Sexualpartner ausreicht, um ein erhöhtes Krebsrisiko und damit eine vergütungspflichtige Untersuchung zu begründen. Die Versicherer haben aber kaum eine Möglichkeit, diese Umstände näher zu überprüfen, wenn sie von den Ärzten geltend gemacht werden.

Weil die praktizierenden Ärzte den Krebsabstrich in der Regel nach wie vor jährlich empfehlen und auch durchführen, ergibt sich eine Diskrepanz zwischen der vorherrschenden Praxis und der geltenden gesetzlichen Bestimmung. Eine Veränderung zeichnet sich indes kaum ab, weil das jährliche Untersuchungsintervall lediglich von den Präventivmedizinern kritisiert wird, welche jedoch kaum einen Einfluss auf die Modalitäten der Leistungserbringung haben. Weder Gynäkologen noch Allgemeinpraktiker sehen einen Anlass, ihr Verhalten zu ändern, solange sie die Sicherheit des dreijährigen Intervalls nicht als erwiesen erachten. Die Versicherer, die zumindest aus finanzieller Sicht ein Interesse an der Durchsetzung der verordneten Regelung hätten, können mangels der dazu notwendigen Information ihre Kontrollfunktion nicht wahrnehmen.

Angebotsseitig zeichnet sich eine gewisse Veränderung ab, da die SGGG zur Zeit mit der Ausarbeitung von Richtlinien beschäftigt ist, welche Mindestanforderungen an die Ärzte, die den Cervix-Abstrich vornehmen, beinhalten. Die Leistungserbringung durch Allgemeinpraktiker könnte dadurch künftig eingeschränkt werden, wenn diese die gestellten Ausbildungsanforderungen nicht erfüllen können. Auch die Einführung des ambulanten Arzttarifs (TARMED) könnte dazu führen, dass einige Allgemeinpraktiker von der Durchführung des Krebsabstrichs ausgeschlossen werden. Auf der Ebene der Fachgesellschaften stellt diese Diskussion allerdings offenbar kein vordergründiges Thema dar, eine gewisse Verunsicherung ist vielmehr auf die noch unklaren generellen Folgen des TARMED zurückzuführen.

Eine grundsätzliche Änderung in den Strukturen der Leistungserbringung, wie z.B. die Einbindung des Krebsabstrichs in ein organisiertes Programm auf kantonaler oder nationaler Ebene, zeichnet sich zur Zeit nicht ab. Zum einen gehen von keiner Seite irgendwelche Anreize aus, die eine Praxisänderung bewirken könnten, zum anderen verfügen offenbar präventivmedizinische Akteure über zu wenig Einfluss, um ihrer Position, die in der gelten-

den KVG-Regelung festgehalten ist, auch bei den praktizierenden Ärzten Nachachtung zu verschaffen. Da der Krebsabstrich im Rahmen des Privatarztsystems ambulant erbracht wird, sind auch die Gestaltungsmöglichkeiten staatlicher Akteure sehr eingeschränkt. Während die Kantone im ambulanten Bereich grundsätzlich keinen Einfluss haben, bliebe dem Bund die Möglichkeit, die Vergütung des Cervix-Abstrichs an das Vorhandensein eines organisierten Screening-Programms oder von Qualitätsrichtlinien zu knüpfen.

Derartige Eingriffe in die Praxis müssten aber fachlich gut abgestützt sein und mit den vollziehenden Akteuren frühzeitig abgesprochen werden, ansonsten sie bei der Umsetzung auf geringe Akzeptanz stossen würden. Während medizinische Guidelines mittlerweile in Arbeit sind, scheint sich in der Schweiz grundsätzlich niemand für die Einrichtung eines Cervix-Screening-Programms stark zu machen.

6.5 Analyse

Auf der Basis der in den Expertengesprächen gewonnenen zusätzlichen Informationen können die in Abschnitt 6.3 vorgestellten Arbeitshypothesen in folgende Ergebnisse überführt werden:

1. Weil es sich beim Krebsabstrich um eine unbestrittene und im Rahmen des ambulanten Arztsystems erbrachte Präventivleistung handelt, bei welcher der Spielraum des Bundes bei der Regelung der organisatorischen und inhaltlichen Implementierungsstrukturen nur sehr klein ist, wurde bei der Regelung der Kassenpflicht im Rahmen der KVG-Revision
 - das Policy Design zum Cervix-Abstrich lediglich geringfügig gemäss präventivmedizinischen Gesichtspunkten angepasst (Ausdehnung des vorgesehenen Untersuchungsintervalls von einem auf drei Jahre), und
 - das Behördenarrangement zum Cervix-Abstrich nur unwesentlich verändert (Beibehaltung des parastaatlichen Vollzugsmusters über das Privatarztsystem, implizite Steuerungsfunktionen der Krankenversicherer und der ELK).

Der Spielraum des Bundes beschränkt sich auf die Ausgestaltung der Bestimmung über die Vergütungspflicht der Leistung 'Cervix-Abstrich' im Rahmen des KVG. Im Laufe des Prozesses der Einführung von Art. 26 KVG, der die Vergütungspflicht auf Präventionsmassnahmen ausgedehnt hat, wurde der medizinisch unumstrittene Krebsabstrich in Art. 12 KLV aufgenommen, der die präventivmedizinischen Leistungen abschliessend auflistet. Weil es aus Sicht der dafür zuständigen Arbeitsgruppe keinen Anlass dazu gab, diese Leistung zu hinterfragen, wurde die gängige Praxis in die gesetzliche Regelung übernommen. Die einzige Veränderung des Policy Designs, die gegenüber dem vorherigen Zustand eine gewisse Steuerungsfunktion entfalten sollte, bestand in der Einschränkung der Vergütungspflicht auf ein dreijähriges Intervall. Eine zusätzliche Veränderung erfolgte 2000, als die Vergütungspflicht auf sämtliche Abstrichmethoden ausgedehnt wurde. Diese Anpas-

sung stellt jedoch wie gesehen eher einen Nachvollzug der herrschenden Verhältnisse als eine bewusste Lenkungsmaßnahme dar.

Hinsichtlich des Behördenarrangements bestand ebenfalls kein Grund zu einer Anpassung, da die Leistung im Rahmen des Privatarztsystems ambulant erbracht wird, was aufgrund der Ärztedichte eine breite Abdeckung ermöglicht und den direkten Kontakt zwischen Leistungserbringer und Zielgruppe sicherstellt. Zudem bestehen keine sinnvollen Alternativen zu diesen bewährten Strukturen. Die Vergütung wird weiterhin über die – mittlerweile obligatorische – Krankenversicherung abgewickelt, was die Kontrolle über Einhaltung der geltenden Vergütungsregeln den Versicherern auferlegt. Die einzige strukturelle Veränderung bestand darin, dass der Krebsabstrich politischer Regelung via ELK unterstellt wurde, womit diese künftig darauf zu achten hat, dass diese Leistung die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt (vgl. auch Art. 37d Abs. 1 KVV).

2. Ein bestehendes parastaatliches Behördenarrangement mit Privatarztsystem führt zu einer untergeordneten Rolle des Bundes bei der Entscheidung zum Politikkonzept, d.h. die Regelung der Implementierungsstrukturen wird von den Leistungserbringern dominiert.

Dieser Hypothese kann in dieser Form weitgehend zugestimmt werden. Die Steuerungsmöglichkeiten des Bundes beschränken sich auf die Regelung der Vergütungspflicht und der Rahmenbedingungen des KVG. Die Strukturen und Modalitäten der Leistungserbringung und der Qualitätssicherung werden von den Fachgesellschaften gestaltet. Als Beleg für diesen Befund können die Veränderungen hinsichtlich der Zulassung von Gynäkologen und Allgemeinpraktikern zur Leistungserbringung herangezogen werden, die sich im Rahmen der TARMED-Einführung und aufgrund der sich in Arbeit befindenden SGGG-Richtlinien abzeichnen. In beiden Fällen findet die Diskussion auf der Ebene der Fachgesellschaften, aber ohne Beteiligung des Bundes statt. Allfällige Konflikte und Interessengegensätze, die sich aus dieser Entwicklung ergeben, unterliegen damit hauptsächlich der Selbstregelung der beteiligten Akteure.

Bei einem derartigen parastaatlichen Behördenarrangement findet üblicherweise ein effizienter Vollzug dann statt, wenn die Direktbeteiligten die gesetzgeberische Lösung bereits nachhaltig vorstrukturieren (Linder 1987: 134). Bei der Regelung des Cervix-Abstrichs war dies weitgehend der Fall. Die einzige Änderung gegenüber der etablierten Modalitäten besteht im Versuch, mittels einer Ausweitung der Vergütungsintervalle eine gewisse Einschränkung der gängigen Praxis zu bewirken. Dass dieser Versuch bis heute wirkungslos geblieben ist und sich der Status quo erhalten hat, deutet auf eine dominante Stellung der Leistungserbringer hin, während der Bund aufgrund der vorliegenden Strukturen keinen Einfluss nehmen kann.

3. Wenn die Implementierungsstrukturen einer Präventivleistung kein staatliches Leadership beinhalten, kommt es eher zu Vollzugsdefiziten (Output: mangelnde Versorgungsequität; Impact: mangelnde Nachfrageequität). Weder in der Outputperformanz noch in der Impactperformanz kam es bisher zu einer Veränderung der bestehenden Defizite, weil
- sich das Policy Design auf passive ökonomische Anreize beschränkt (d.h. auf Persuasivmassnahmen oder auf verbindlichere Massnahmen wie die Verpflichtung der Leistungserbringer zu standardisiertem Vorgehen bei Versorgungslücken verzichtet), und
 - das parastaatliche Behördenarrangement mit Privatarztsystem beibehalten und auf einen staatlichen Vollzug verzichtet wird.

Als Hauptergebnis der Expertengespräche zeigt sich bezüglich des Untersuchungs- bzw. Vergütungsintervalls eine auffallende Diskrepanz zwischen der gängigen Praxis und der gesetzlichen Regelung. Dieser Befund geht auch aus den Daten der Gesundheitsbefragung hervor. Daraus resultiert aus der Sicht des KVG ein Vollzugsdefizit, da der Krebsabstrich nicht im Sinne der geltenden Regelung erbracht und der angestrebte Impact nicht erreicht wird. Auf der einen Seite ist eine übermässige Inanspruchnahme derjenigen Frauen die sich der jährlichen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung unterziehen, festzustellen. Auf der anderen Seite zeigt sich die gängige Praxis als ungeeignet, gerade diejenigen Frauen anzusprechen und zu erfassen, bei denen eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, und die in diesem Sinne unterversorgt sind. Somit werden zur Zeit tendenziell die falschen Frauen untersucht.

Das vorliegende Policy Design zur Umsetzung des Krebsabstrichs enthält als einziges Steuerungsinstrument die Regelung des Vergütungsintervalls. Indem die Leistung nur noch alle drei Jahre von den Kassen bezahlt werden muss, soll vor allem die Überversorgung vermieden werden. Die relativ niedrigen Kosten dieser Untersuchung werden häufig von den Frauen selber übernommen und stellen daher keinen ökonomischen Anreiz zur Verhaltensänderung dar. Das Policy Design enthält ausserdem keine Instrumente, welche die Ärzte in ihrer Leistungserbringung einschränken würden. Das relativ weit interpretierbare "klinische Ermessen", gemäss welchem eine Untersuchung gerechtfertigt ist, lässt ihnen hingegen einen grossen Spielraum und trägt so zur Leistungsausweitung bei. Medizinische Richtlinien, welche eine gewisse Standardisierung herbeiführen könnten, sind zur Zeit keine vorhanden und somit auch nicht Teil des Verwaltungsprogramms.

Andererseits gehen aus dem Policy Design keine Bestrebungen hervor, das Verhalten der unterversorgten Gruppen zu ändern und sie zur vermehrten Inanspruchnahme dieser präventivmedizinischen Leistung zu bewegen. Der Aufbau eines organisierten Screening-Programms wird nicht als prioritäres Anliegen angesehen. Als Massnahme, die sich auf die Zielgruppe richtet, stellt die Kostenübernahme durch die Krankenkassen im Prinzip einen gewissen positiven ökonomischen Anreiz dar, der hier jedoch aus dem bereits oben erwähnten Grund gerade nicht zum Tragen kommt. Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass selbst bei völliger Kostenbefreiung die Nachfrage nicht wesentlich zunimmt (vgl. Somaini et al. 2000: 6). Die ungenügende Integration gewisser Gruppen in die Präventions-

mechanismen des Gesundheitswesens ist insofern nicht ökonomisch begründet, sondern muss anderswo gesucht werden, beispielsweise bei einer weniger stark ausgeprägten gesundheitlichen Selbstverantwortung (vgl. Abelin und Jeanneret 1998: 41f.). An der Unterversorgung zeigt sich das grundsätzliche Public Health-Dilemma: es müssen an sich gesunde Personen, die kaum einen persönlichen Nutzen davon haben, zur Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung bewegt werden. Weder die Ärzteschaft noch die Versicherer werden in irgendeiner Form dazu angeregt, die Versorgungslücken zu schliessen.

Auch das vorliegende Behördenarrangement trägt nicht zur Behebung der diagnostizierten Vollzugsdefizite bei. Die festgestellte Überversorgung ist grösstenteils auf die strukturellen Gegebenheiten bei der Umsetzung von Art. 12 Bst. c KLV zurückzuführen. Da der Bund auf die Selbstregelung durch die vollziehenden Akteure, d.h. des Privatarztsystems und der Krankenversicherer, setzt, zeichnen sich vorderhand keine Veränderungen ab. Die Ärzte sehen einerseits keinen Anlass, ihren langjährig entwickelten 'State of the art' aufzuweichen und von der jährlichen Vorsorgeuntersuchung abzukommen, die Versicherer andererseits, die ein Interesse daran hätten, ihre Zahlungen einzuschränken, können ihre Steuerungsfunktion mangels Kontrollmöglichkeiten nicht wahrnehmen. Sie betreiben zwar eine gewisse Aufklärung via Informationsmassnahmen, deren Wirkung kann jedoch kaum eingeschätzt werden.

Insofern verfügen weder andere Akteure über die Macht, die Leistungserbringer zu einer Praxisänderung zu bringen, noch bestehen positive oder negative Anreize, die eine solche auslösen könnten. In diesem Zusammenhang stellt sich jeweils die zentrale Frage der Innovations- und Lernfähigkeit parastaatlicher Umsetzungsstrukturen (vgl. Linder 1987: 135). Im vorliegenden Fall stehen einer erfolgreichen Umsetzung die umstrittene fachliche Evidenz des dreijährigen Untersuchungsintervalls und die damit verbundenen notwendigen Anpassungen in der Qualitätssicherung im Weg. Solange diese Diskussion nicht eindeutig entschieden ist und es keinem Akteur gelingt, die Leistungserbringer zu einer Praxisänderung zu bewegen, wird die Diskrepanz zwischen gesetzlicher Regelung und tatsächlicher Leistungserbringung bestehen bleiben.

Auch seitens der betroffenen Frauen ist vorderhand keine Verhaltensänderung zu erwarten. Da die Evidenz des dreijährigen Untersuchungsintervalls fachlich noch umstritten ist, berufen sich die Ärzte auf das hohe Risiko, was tendenziell eher zur weiteren Verunsicherung der um ihre Gesundheit besorgten Frauen beiträgt und sie davon abhält, die Vorsorgeuntersuchung lediglich alle drei Jahre vornehmen zu lassen.

Bezüglich der Unterversorgung der Risikogruppen ist festzuhalten, dass die praktizierenden Ärzte die Schliessung der Versorgungslücken als Aufgabe der Präventivmediziner ansehen, da es sich primär um ein Public Health-Anliegen handelt. Diese sind allerdings offenbar zu wenig einflussreich, um die entsprechenden Zielgruppen zu erreichen. Hingegen lässt das Behördenarrangement ein Engagement der Krankenversicherer oder staatlicher Akteure durchaus zu, doch zeigen diese kaum ein Interesse an präventivmedizinischen Kampagnen. Hier eröffnet sich am ehesten eine Möglichkeit zur Veränderung: Sofern bei diesen Akteuren ein Bewusstseinswandel stattfindet, der sich auch in der Bereitschaft, präventivmedizinische Anliegen verstärkt zu unterstützen, äussert, könnten sie unter Umständen wesentlich zu Verhaltensänderungen innerhalb der Bevölkerung beitragen.

7 Zusammenführung der Ergebnisse und Beantwortung der Ausgangsfragen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden drei Fallstudien erörtert, die sich mit den folgenden exemplarisch ausgewählten präventivmedizinischen Leistungen befassen:

- *Impfungen im Schulalter*: Diese unter dem KUVG von den Kantonen wahrgenommene Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege wird seit der Einführung des neuen KVG teilweise durch die Krankenversicherung finanziert, was in einigen Kantonen zu Strukturveränderungen in der Leistungserbringung geführt hat.
- *Screening-Mammographie*: Unter der Bedingung, dass sie im Rahmen eines systematischen Früherkennungsprogrammes erbracht wird, wurde die Screening-Mammographie neu in den Pflichtleistungskatalog des KVG aufgenommen. Die Einführung auf gesamtschweizerischer Ebene ist jedoch an dieser Auflage gescheitert, weshalb diese Leistung zur Zeit lediglich in drei Kantonen verfügbar ist.
- *Krebs- oder Cervixabstrich*: Diese Massnahme hat sich bereits unter altem Recht als gängige gynäkologische Praxis etabliert und wurde von vielen Krankenversicherungen auf Vertragsbasis freiwillig vergütet. Der Krebsabstrich wurde anlässlich der KVG-Einführung als präventivmedizinische Leistung in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen und somit der Regelung durch das KVG unterstellt.

In diesem Kapitel wird die Brücke vom angewandten Untersuchungsraaster zurück zu den Ausgangsfragen geschlagen. Die Erkenntnisse aus den Hypothesen werden zurück übersetzt und die Ausgangsfragen beantwortet. Dabei werden für jede der vier Untersuchungsfragen die Erkenntnisse aus den drei Fallstudien zusammengetragen und ein vergleichendes Fazit gezogen. Die Synthese erfolgt in Kapitel 8, in dem die Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen formuliert werden.

7.1 Verfügbarkeit der Leistung/Versorgungsgerechtigkeit

Die erste Untersuchungsfrage bezieht sich auf den Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit:

Welche Leistungen der Prävention (individuelle präventivmedizinische Leistungen, öffentliche Gesundheitspflege) stehen heute zur Verfügung? Wie werden sie finanziert? Ist die Forderung der Chancengleichheit v.a. zwischen Bewohnern verschiedener Kantone erfüllt? Wo hat sich die Situation, verglichen mit dem Zustand vor der Einführung des KVG, verändert? Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Kantonen?

Die Fallstudien ergaben zu dieser Frage folgende Ergebnisse:

Impfungen im Schulalter: Schulimpfungen werden in allen Kantonen angeboten, Unterschiede bestehen in der Art der Versorgung. "In insgesamt 13 Kantonen und damit in mindestens der Hälfte der Kantone der Schweiz wird die Mehrzahl der Impfungen aktuell privatärztlich durchgeführt. Die Mehrzahl der Impfungen im schulärztlichen System erbrin-

gen NW, SH, TG, VD und VS. Ausgeglichen zwischen schulärztlichen und privatärztlichen Impfungen sieht das Bild in den Kantonen AR und SG aus. Die verbleibenden 4 Kantone in unserer Untersuchung (AG, BE, BS, JU) können in dieser Frage nicht eindeutig zugeordnet werden" (Battaglia und Junker 2001: 73f.).

Mit dem Übergang zum Privatarztsystem in sehr vielen Kantonen ändert sich die Verfügbarkeit im Rahmen des Schularztsystems, das komplementären Charakter aufweist. Es dient dazu, die Lücken im Impfstatus bei Schulkindern auszugleichen. Wenn diese Aufgabe jedoch nur mehr darin besteht, schriftliche Empfehlungen abzugeben, ist die Sicherheit, dass die angestrebte Abdeckung erfolgt, geringer. So zeigt sich zwar ein Einfluss von Informationen auf das Verhalten von Ärzten, nicht aber auf das Verhalten von Politikbetroffenen, also der zu impfenden Kinder bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter. Die komplementäre Leistung ist somit nur dort tatsächlich vorhanden, wo sie direkt durch den Schularzt bei Feststellen von Lücken im Impfstatus erbracht wird. Die grundsätzliche Verfügbarkeit ist also in allen Kantonen gegeben, die Kontrolle über die tatsächliche Inanspruchnahme dagegen bereits nicht mehr.

Screening-Mammographie: Zur Zeit existieren in der Schweiz drei Programme in den Kantonen Waadt, Genf und Wallis. Diese Programme wurden auf kantonaler Ebene lanciert, wobei diejenigen in Waadt und Genf bereits vor, dasjenige im Wallis kurz nach Inkrafttreten der bundesrätlichen Qualitätssicherungsverordnung gestartet wurden. Nachdem die Bemühungen um ein gesamtschweizerisches Programm vorläufig gescheitert waren, hat sich der Fokus auf die kantonale Ebene verlagert, wo schon verschiedentlich Aktivitäten im Gang waren. Diese gingen hauptsächlich von interessierten Radiologen und/oder Präventivmedizinern aus und sind je nach Kanton unterschiedlich weit fortgeschritten. In keinem anderen Kanton der Schweiz ist jedoch bisher ein Mammographie-Screening-Programm zustande gekommen. Versorgungsgerechtigkeit ist somit eindeutig nicht gegeben.

Cervix-Abstrich: Wie aus den Daten der Gesundheitsbefragungen von 1992 und 1997 hervorgeht (Antwort auf Interpellation Grobet; BFS 2000), hat die KVG-Revision hinsichtlich Verfügbarkeit und Versorgungsgerechtigkeit des Krebsabstrichs kaum Veränderungen zur Folge gehabt. Die Leistung wurde und wird sowohl von Allgemeinpraktikern als auch von Gynäkologen erbracht und kann somit weitgehend flächendeckend in Anspruch genommen werden. Während sich die meisten Frauen jedes oder jedes zweite Jahr dieser Untersuchung unterziehen, ist bei gewissen Gruppen ein unzureichender Abdeckungsgrad festzustellen: Frauen über 65, mit niedrigem sozioökonomischen Status, Ausländerinnen und Frauen aus der Genferseeregion und dem Espace Mittelland sind unterversorgt. Diese Tatsache hat sich jedoch seit 1992 kaum verändert und scheint nicht von einem ungenügenden Angebot abhängig zu sein, sondern eher vom Gesundheitsverhalten der betroffenen Frauen, welche das bestehende Angebot nicht in Anspruch nehmen.

In Zukunft sind gewisse Einschränkungen in der Leistungserbringung zu erwarten, welche die Verfügbarkeit des Krebsabstrichs reduzieren werden. Diese Verschiebungen in der Versorgung sind jedoch nicht direkte Folge der Regelung des Cervix-Abstrichs in der KLV, sondern ergeben sich aus der TARMED-Einführung und den sich in Arbeit befindenden gynäkologischen Guidelines. Davon werden vor allem Frauen in ländlichen Gebieten mit niedrigerer Gynäkologendichte betroffen sein. Diese Auswirkungen lassen sich noch nicht

näher beziffern, da die Details der Übergangsregelungen noch nicht bekannt sind. Es zeichnet sich aber eine Stärkung der Position der Gynäkologen ab. Auf die Untersuchungshäufigkeit wird diese Verschiebung in der Aufgabenteilung jedoch kaum einen Einfluss haben.

Zusammenfassend lässt sich zur Frage der Verfügbarkeit aus dem Vergleich der drei untersuchten Leistungen festhalten, dass jene Präventivleistungen equitär bereitgestellt werden, die schon vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog angeboten wurden, d.h. die Impfungen im Schulalter und der Cervix-Abstrich. Bei der 'neuen' Leistung Screening-Mammographie dagegen ist Versorgungsgerechtigkeit nicht gegeben, sie steht bisher lediglich in den drei Kantonen Waadt, Genf und Wallis zur Verfügung. Veränderungen hinsichtlich Chancengleichheit sind bei jener Leistung zu finden, die vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog öffentlich getragen wurde: Für gewisse Risikogruppen ist die Verfügbarkeit von Impfungen im Schulalter im Privatarztsystem gegenüber der Impfung beim schulärztlichen Dienst umständlicher und damit geringer. Die Aufnahme der Screening-Mammographie in den Pflichtleistungskatalog hatte lediglich in drei Kantonen die Lancierung entsprechender Programme zur Folge, während dieser Schritt auf gesamtschweizerischer Ebene und in den anderen Kantonen die Bereitstellung dieser Massnahme nicht gefördert hat. Keine Unterschiede bestehen bei der 'alten', also bereits im Privatarztsystem etablierten Leistung Cervix-Abstrich, bei der sich die bestehende Unter- und Überversorgung nicht verändert haben.

7.2 Strukturen

Die zweite Ausgangsfrage der Untersuchung bezieht sich auf die Strukturen der Umsetzung:

Haben sich die Strukturen im Bereich der präventiven Leistungen mit der Einführung des KVG verändert? Sind diesbezüglich gesetzliche Grundlagen in den Kantonen angepasst worden? Sind Leistungen der Prävention von einer Säule in die andere verschoben worden (individuelle präventivmedizinische Leistungen, öffentliche Gesundheitspflege)? Wie haben sich die Säulen entwickelt: Sind sie ausgebaut oder abgebaut worden? Sind Aufgabenteilungen gesucht und gefunden worden? Bestehen Unterschiede zwischen Kantonen bzw. Landesteilen?

Die Fallstudien ergaben zu dieser Frage folgende Ergebnisse:

Impfungen im Schulalter: Im Nachgang zur Einführung des KVG ist in sehr vielen Kantonen eine Veränderung der Strukturen zu beobachten. Es kann festgehalten werden, dass der zusätzliche Handlungsspielraum, der den Kantonen aus der Aufnahme der vorgängigen Public Health-Leistung Impfungen im Schulalter in den Pflichtleistungskatalog erwachsen ist, von diesen auch genutzt wurde. Häufig standen dabei finanzielle Überlegungen im Vordergrund, da sich die Kantone mit dem Übergang zum Privatarztsystem einer öffentlichen Aufgabe entledigen konnten. In acht Kantonen wurden die Impfungen im Schulalter voll-

ständig in den privatärztlichen Rahmen verlagert. In vier dieser Kantone wurde die Durchführung der Leistung im Schularztdienst vollständig eingestellt, bei den übrigen wird mehrheitlich beim Privatarzt geimpft. Fünf Kantone führten das individuelle privatärztliche System teilweise schon vor dem Inkrafttreten des KVG ein, zwei von ihnen bieten nur noch eine privatärztliche Leistungserbringung an. Der Wechsel ist in diesen Kantonen nicht allein auf das KVG zurückzuführen, sondern auf generelle Entwicklungen in der Verwaltungsorganisation wie NPM-Reformen. Verschiedentlich wurden Mischformen entwickelt, doch geht aus der Untersuchung von Battaglia und Junker (2001: 77) hervor, dass die Vollzugsstrukturen bei zunehmender Einheitlichkeit an Performanz gewinnen, wobei sich das Privatarztsystem als jenes mit der grösseren Zugwirkung erweist. Regionale Unterschiede wurden nicht beobachtet, hingegen ist eine teilweise horizontale Harmonisierung zwischen Nachbarkantonen festzustellen.

Screening-Mammographie: Nach der Aufnahme der Screening-Mammographie in den Pflichtleistungskatalog des KVG sind in drei Kantonen Früherkennungsprogramme aufgebaut worden, welche von eigens dazu gegründeten Stiftungen betrieben werden. An diesen Stiftungen sind die Kantonalverbände der Krankenversicherer, die Kantonsbehörden und die kantonalen Ärztesellschaften bzw. die kantonale Spitalvereinigung und die kantonale Lungenliga beteiligt. In zwei der drei anderen untersuchten Kantone waren Bemühungen, die für die Umsetzung von Früherkennungsprogrammen notwendigen Strukturen zu schaffen, im Gang. Die Aufbauarbeiten scheiterten jedoch überall an der ungelösten Finanzierungsfrage, weshalb es bisher zu keinen beobachtbaren Struktureffekten gekommen ist. Die KVG-Regelung der Screening-Mammographie hat jedoch teilweise heftige Auseinandersetzungen über die Rolle der Kantonsbehörden bei Public Health-Massnahmen ausgelöst. Für die Erbringung der medizinischen Leistung sollen unbestrittenermassen die geeigneten und dafür ausgerüsteten Spezialisten zuständig sein, während die Frage der Programmadministration sowie der Beteiligung der öffentlichen Hand an Früherkennungsprogrammen noch weitgehend ungelöst ist. Die Aufgabenteilung zwischen Staat und Leistungserbringern bzw. privaten Akteuren wird bisher unterschiedlich thematisiert und vor allem unter Aspekten des gesetzlichen Auftrags, der verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen, der vorhandenen Infrastruktur und der Legitimation der jeweiligen Akteure diskutiert. Krankenversicherer lehnen eine Beteiligung an Früherkennungsprogrammen, die über die im KVG geregelte Finanzierung hinausgeht, kategorisch ab, während Leistungserbringer ihre Unterstützung generell von kostendeckenden Tarifen abhängig machen.

Cervix-Abstrich: Da es sich beim Krebsabstrich um eine unbestrittene medizinische Untersuchung handelt, wurde bei der Ausarbeitung des Katalogs der nach Art. 26 KVG kassenpflichtigen Präventionsleistungen nichts an den bestehenden Strukturen der Leistungserbringung geändert. Zuständig sind nach wie vor Allgemeinpraktiker und Gynäkologen bzw. ihre jeweiligen Fachgesellschaften, die SGAM und die SGGG. Weil es sich um eine ambulant erbrachte Leistung handelt, haben die Regelungsinstanzen des öffentlichen Gesundheitswesens kaum einen Einfluss auf diese Strukturen. Für eine Veränderung bestand bisher kein Anlass: zum einen bieten sich keine sinnvollen Alternativen an, zum anderen wurde die Frage eines organisierten Screening-Programms noch kaum angesprochen. Neue Aufgabenteilungen wurden somit keine gesucht und drängen sich vorerst nicht auf.

Zur Frage nach den Struktureffekten lässt sich aus dem Vergleich der drei Präventivleistungen festhalten, dass mit der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog bei der 'alten', also bereits im Privatarztsystem etablierten Leistung Cervix-Abstrich keine Anpassungen bestehender Umsetzungsstrukturen erfolgten. Bei der 'neuen' Leistung Screening-Mammographie kam in drei Kantonen das zur Umsetzung notwendige Behördenarrangement zustande, während entsprechende Bemühungen in den restlichen Kantonen entweder noch gar nicht erfolgten oder an der Finanzierungsfrage scheiterten. Hingegen lassen sich markante Struktureffekte bei den Impfungen im Schulalter feststellen, wo die Bewegung weg vom Schularztsystem zum Privatarztsystem oder einer Mischform geht. Die Einrichtung des Privatarztsystems lässt sich zwar nicht allein auf das KVG zurückführen, da bereits vorher entsprechende Wechsel des Vollzugsarrangements stattfanden. Jedoch wurde der mit der Aufnahme der Schulimpfungen in den Pflichtleistungskatalog entstandene Handlungsspielraum, wo er wahrgenommen worden ist, stets zur Abkehr vom Schularztsystem genutzt.

7.3 Finanzielle Auswirkungen

Die dritte Untersuchungsfrage betrifft finanzielle Aspekte:

Wie sieht die Aufteilung der Finanzierung auf die öffentliche Hand, Versicherer und Selbstzahler mit spezieller Berücksichtigung kantonaler Unterschiede aus? Hat eine Verschiebung der Finanzströme von einem zu einem anderen Finanzierer stattgefunden?

Folgende Erkenntnisse lassen sich zu dieser Frage aus den Fallstudien zusammentragen:

Impfungen im Schulalter: Der zusätzliche Handlungsspielraum, der den Kantonen aus der Aufnahme der Schulimpfungen in den Pflichtleistungskatalog erwuchs, war vor allem aus finanziellen Gründen von Interesse. "Aus allen Interviews mit den nebenamtlichen Schulärzten und aus verschiedenen Dokumenten geht hervor, dass die Impfungen im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen finanziell wenig attraktiv sind und deswegen ein Anreiz zur Verlagerung der Leistungserbringung in die Privatpraxis besteht. (...) Kostenseitig wird die Leistungserbringung von den Interviewpartnern im privatärztlichen System als etwa 2 bis 2,5 Mal teurer bezeichnet. Dies umfasst Impfstoffpreis und ärztliche Leistung" (Battaglia und Junker 2001: 80f.). Die Aufteilung zwischen Kantonen und Versicherern ist in Vereinbarungen geregelt, die allerdings in jenen Kantonen wegfallen, in denen ausschliesslich privatärztlich geimpft wird. Umfassende Verträge finden sich nur noch in fünf Kantonen. "Eine Mehrzahl der Kantone kennt Vereinbarungen pauschal für eine oder mehrere Impfungen beziehungsweise eine Kombination von Abmachungen zum Impfstoffpreis und der ärztlichen Leistung, welche insgesamt schwächer sind als die Vereinbarungen in (den Kantonen mit umfassenden Verträgen). Häufig wird hier nur der Einkauf des Impfstoffes für die Verwendung im Rahmen der Schüleruntersuchungen koordiniert und die finanzielle Entschädigung aufgrund von kantonalen und kommunalen Verordnungen mit der Definition von Taxpunkten, die sich häufig auf das System der SUVA abstützen, ausgerichtet. Es sind vor allem diese Verordnungen, welche im Rahmen der Änderung des KVG

in den Kantonen revidiert wurden" (Battaglia und Junker 2001: 80). Wie die Autoren weiter festhalten, ist eine genaue Aufarbeitung der Aufwendungen für die Schulimpfungen auf Stufe Kanton aufgrund der Bedeutung der Gemeinden in der Schulgesundheitspflege nicht möglich. Für eine Schätzung der entsprechenden Kosten wäre eine repräsentative Erhebung auf kommunaler Ebene erforderlich.

Screening-Mammographie: Die ungelöste Finanzierungsfrage stellt den Hauptgrund für die noch nicht erfolgte Umsetzung dar. Während in den Kantonen, die ein Programm anbieten, die Finanzierung gemeinsam von Versicherern und der öffentlichen Hand, z.T. auch von Fonds getragen wird (vgl. Gisler 2000: 26ff.), ist es in anderen Kantonen bisher nicht gelungen, einen Finanzierungsmodus zu finden, der von allen an einem Programm beteiligten Parteien akzeptiert wird. Zum einen existiert kein Tarifvertrag, weil das Angebot der Versicherer den Radiologen nicht kostendeckend erscheint, zum anderen müssen die Kosten für die Programmlogistik gedeckt werden, die im KVG nicht geregelt sind. Sowohl Kantone als auch Versicherer wehren sich gegen jegliche Übernahme von zusätzlichen Kosten, für die keine Rechtsgrundlage besteht, und pochen auf eine Lösung auf Bundesebene. Private Akteure sind entweder zu wenig finanzkräftig oder ebenfalls nicht zur Programmfinanzierung bereit. Die Frage der strukturellen Aufgabenteilung ist hauptsächlich von deren finanziellen Auswirkungen für die jeweiligen Akteure abhängig.

Cervix-Abstrich: An den Strukturen der Finanzierung wurde anlässlich der KVG-Revision nichts verändert. Zuvor erfolgte die Vergütung über die freiwillige Krankenversicherung auf der Basis von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern, wobei meist eine Untersuchung pro Jahr bezahlt wurde. Seit 1996 wird der Krebsabstrich über die obligatorische Grundversicherung abgegolten, wobei sich die Frauen im üblichen Rahmen an den Kosten zu beteiligen haben. Offenbar wird die Untersuchung meist von den Frauen selber bezahlt, da sie häufig noch unter die Jahresfranchise fällt. Diese Feststellung lässt sich jedoch mangels vorliegender Daten nicht näher beziffern.

Mit der Vergütungspflicht wurde allerdings auch das vorgesehene Untersuchungsintervall auf drei Jahre festgelegt, was nicht der bisher gängigen Praxis entspricht. Damit wurde den Versicherern ein Steuerungsinstrument in die Hand gegeben, welches sie allerdings kaum nutzen können, da sie keine Informationen über die Häufigkeit der Inanspruchnahme und über die Einschätzung des klinischen Ermessens des Arztes, welches mehrere Untersuchungen rechtfertigen kann, besitzen.

Seit dem 1. Januar 2001 kann der Bundesrat präventivmedizinische Leistungen von der Franchise ausnehmen (Art. 64 Abs. 6 Bst. d KVG), sofern sie im Rahmen eines organisierten Programms erbracht werden. Diese Bedingung wird vom Cervix-Abstrich nicht erfüllt, weshalb diese neue Bestimmung im vorliegenden Fall nicht zum Tragen kommt und keine Wirkung entfaltet.

Zur Frage nach den finanziellen Auswirkungen geht aus dem Vergleich der drei präventivmedizinischen Leistungen hervor, dass eine Veränderung, die auf das KVG zurückgeführt werden kann, wiederum allein bei jener Leistung zu beobachten ist, die vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog von der öffentlichen Hand in den Kantonen getragen wurde, d.h. bei den Impfungen

im Schulalter. Während hier die Kantone den vergrösserten finanziellen Handlungsspielraum zu ihrer Entlastung nutzten, ist bei der Screening-Mammographie zu konstatieren, dass die im KVG nicht geregelten Programmkosten das zentrale Argument gegen die Einrichtung eines Früherkennungsprogramms darstellen. Keine Veränderungen gegenüber dem Zustand vor der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog sind beim Cervix-Abstrich auszumachen. Die Leistung fällt in den meisten Fällen in die Jahresfranchise und wird somit von den betroffenen Frauen selbst getragen.

7.4 Impact

Die vierte Untersuchungsfrage richtet sich auf die Beanspruchung der neu aufgenommenen Präventivleistungen:

Gingen die Änderungen in der Kostenübernahme mit Änderungen in der Inanspruchnahme einher, und zwar generell, bezogen auf spezifische Untergruppen der Zielbevölkerung sowie im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Kantonen? Gibt es Hinweise dafür bzw. dagegen, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Inkrafttreten des KVG und Änderungen in der Inanspruchnahme besteht? Werden die neu aufgenommenen präventivmedizinischen Leistungen 'lege artis' (zielgruppenorientiert, verbunden mit der Information der Zielbevölkerung und der Evaluation, mit einer sinnvollen Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Säulen) durchgeführt? Gibt es Beobachtungen, dass die Selbstbeteiligung die Inanspruchnahme in gefährdeten Gruppen erschwert?

Aus den Fallstudien können die folgenden Beobachtungen zusammengetragen werden:

Impfungen im Schulalter: Die Untersuchung von Battaglia und Junker (2001: 75) gibt Grund zur Annahme, dass mit dem Übergang vom Schularzt- zum Privatarztsystem auch eine Veränderung in der Inanspruchnahme verbunden ist. Allerdings fehlen hierzu statistische Daten. "Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme der Leistung durch eine Verlagerung vom schulärztlichen in das privatärztliche System insgesamt zurückgeht. Diese Entwicklung wurde in den diversen Interviews von den Leistungserbringern auf kantonaler Ebene bestätigt. Hier spielen gemäss Aussagen von Seiten der nebenamtlichen Schulärzte Faktoren wie eine höhere Schwelle durch die schriftliche Empfehlung an Stelle der direkten Impfung, der schlechtere Zugang der Privatärzte zu Jugendlichen im Schulalter im Vergleich zu Kindern im Vorschulalter, als auch häufiges Vergessen der Empfehlungen eine Rolle." Eine Einschätzung der Kantone bezüglich der Gefahr eines differentiellen Rückgangs der Inanspruchnahme bei einzelnen Risikogruppen fällt dagegen uneinheitlich aus, so dass hierzu keine Aussage gemacht werden kann. Jedoch zeigt sich an dieser Frage das unterschiedliche Verhalten der kantonalen Behörden im Umgang mit dem gewachsenen Handlungsspielraum. So sind es jene Kantone, die sich aktiv um Informationen über allfällige systematische Lücken bemühen, die dazu tendieren, das Schularztsystem beizubehalten. Bei einer zentralen Sammlung und Auswertung der Impfdaten finden sich häufiger vertragliche Vereinbarungen für die schulärztliche Abgeltung der Impfungen. Ein Kanton, der als Leistungserbringer aktiv bleibt, kann auch mit einer grösseren Inanspruchnahme

der Leistung rechnen, da die Verantwortlichkeit nicht an die gesetzlichen Vertreter delegiert wird, sondern verbindlich beim Schularzt bleibt.

Battaglia und Junker (2001: 76) nennen neben diesen Gründen, die als KVG-Effekt interpretiert werden können, aber noch einen generelleren Einflussfaktor, der berücksichtigt werden muss: "Neben der Abnahme des Angebotes der Impfungen im schulärztlichen Dienst, welche deutlich nachweisbar ist, muss eine verminderte Nutzung durch die Zielbevölkerung aber auch aufgrund von anhaltenden (...) Strömungen der Betonung des Individuums in der Gesellschaft als auch in der Medizin diskutiert werden. Kollektive Einrichtungen und Leistungen werden allgemein kritisch betrachtet, häufig medial attackiert und ab und zu auch diffamiert. Dabei werden der Nutzen und auch wirtschaftliche Vorteile einer kollektiven Lösung übersehen. (...) Wie stark diese Einflüsse der Individualmedizin aktuell zu einer Abnahme der Nutzung der Impfungen im Schulalter beitragen, ist schwierig abzuschätzen."

Screening-Mammographie: Eine Inanspruchnahme der Screening-Mammographie ist zur Zeit nur in den Kantonen möglich, die aus Eigeninitiative ein Programm aufgebaut haben. Über die Versorgungsgerechtigkeit und Zielgruppenerfassung innerhalb dieser Kantone können mangels verfügbarer Daten keine Aussagen gemacht werden. Aus dem bestehenden Policy Design gehen keine Anreize hervor, welche den Aufbau eines Mammographie-Screening-Programms auf kantonaler Ebene stimulieren. Ob ein solches verfügbar ist, hängt aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse weitgehend vom politischen Willen der Entscheidungsträger in den Kantonsbehörden sowie von der Existenz eines verwaltungsexternen Akteurs, der sich für den Aufbau eines Programms einsetzt, ab. Da bisher in keinem weiteren Kanton als Waadt, Genf und Wallis ein Programm gestartet werden konnte, muss bezüglich der Screening-Mammographie von einer impactlosen Politik gesprochen werden, die mangels eines den Umständen angepassten Policy Designs und mangels eines verbindlich festgelegten Behördenarrangements nicht geeignet ist, die angestrebte Umsetzung dieser präventivmedizinischen Leistung sicherzustellen.

Da sowohl ein nationales Programm als auch eine regionale Umsetzung zur Zeit in weiter Ferne liegen, ergibt sich als Nebeneffekt dieser Situation, dass die vom Nutzen der vorsorglichen Mammographie überzeugten Ärzte ihren medizinischen Interpretationsspielraum nutzen und die Zielgruppe der diagnostischen Mammographie ausdehnen, um auf diese Weise ein opportunistisches Screening vorzunehmen. Weil bei derartigen unsystematischen Früherkennungsmassnahmen aber die Wirksamkeit nicht erwiesen ist, machen sie aus Public Health-Sicht wenig Sinn. Nicht zuletzt fallen auf diese Weise für die Krankensicherer vermehrt höhere Kosten an, da sie "bei klinischem Ermessen" zur Vergütung einer diagnostischen Mammographie verpflichtet sind (Art. 12 Bst. o KLV).

Cervix-Abstrich: Primäres Ziel der Neuregelung der Kassenpflicht des Cervix-Abstrichs ist es, dass bei jeder Frau alle drei Jahre eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wird, um so das präventivmedizinisch sinnvolle Kosten-Nutzen-Verhältnis bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs einzuhalten. Die Neuregelung in Art. 12 Bst. c KLV stellt somit eine gewisse Einschränkung der bisher üblichen Praxis dar, indem es mit der Empfehlung der praktizierenden Ärzte für eine jährlich Durchführung kontrastiert. Aufgrund der vorliegenden Informationen hat diese Einschränkung kaum Wirkung gezeigt

und somit ihr Ziel verfehlt. Während das jährliche Untersuchungsintervall noch immer am weitesten verbreitet zu sein scheint, hat sich an der Unterversorgung der Risikogruppen kaum etwas verändert. Die angestrebten Verhaltensänderungen sind demnach weder bei den untersuchten Frauen, bei den praktizierenden Ärzten noch bei den Krankenversicherern zu beobachten.

Aus der vergleichenden Analyse der drei Fallstudien kann zur Frage der Inanspruchnahme präventivmedizinischer Leistungen festgehalten werden, dass die Veränderungen in Abhängigkeit der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog unterschiedlich ausfallen. Bei den Impfungen im Schulalter kann in jenen Kantonen von einer potenziellen Abnahme der Inanspruchnahme bei den Risikogruppen ausgegangen werden, in denen sich die Behörden nicht aktiv um Informationen zum Durchimpfungsgrad bemühen und aus entsprechenden Auswertungen praktische Schlüsse ziehen, die in gezielteren Bemühungen um diese Gruppen sowie meistens in der Beibehaltung des Schularztsystems bestehen. Bei der Mammographie betreiben einzelne Ärzte aufgrund der Zurückhaltung der Kantone bei der Einrichtung von organisierten Programmen ein opportunistisches Screening über die diagnostische Mammographie, was bei der Aufnahme der Leistung in den Pflichtleistungskatalog nicht vorgesehen war. Der Cervix-Abstrich wird auch nach Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog nur unterdurchschnittlich von den Frauen aus den Risikogruppen beansprucht, während die übertersorgten Frauen mittleren Alters die Leistung weiterhin häufiger als aus Public Health-Sicht sinnvoll durchführen lassen.

8 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Im Schlusskapitel soll die fünfte Frage des Auftraggebers in Form einer abschliessenden Betrachtung abgehandelt werden:

Synthese: Wie werden die Auswirkungen der Aufnahme präventiver Leistungen in den Leistungskatalog insgesamt beurteilt? Welches sind die Voraussetzungen, damit die präventivmedizinischen Leistungen zu Leistungen eines präventiven Programmes werden können?

Aus den in den drei Fallstudien gewonnenen Erkenntnissen können fünf Schlussfolgerungen gezogen werden, die abschliessend in Handlungsempfehlungen zuhanden des BSV überführt werden sollen.

8.1 Schlussfolgerungen

1. Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog führte zu Diskrepanzen zwischen der gesetzlich vorgesehenen Form der Leistungserbringung und der tatsächlich vorherrschenden Praxis. Die angestrebten Veränderungen seitens der Implementationsträger und Leistungserbringer (Politikadressaten) haben sich nicht oder nur unvollständig eingestellt.

Die Aufnahme der präventivmedizinischen Leistungen hatte unterschiedliche Auswirkungen auf die Umsetzungsstrukturen. Im Falle der Mammographie werden ausser in drei Kantonen keine Screening-Programme angeboten. In den anderen Kantonen ist die Aufnahme der Leistung ohne Output und damit defizitär. Beim Cervix-Abstrich führte die Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog weder zu einer Änderung des parastaatlichen Vollzugsmusters noch zu einer Modifikation der Verfügbarkeit der Leistung. Mit der Delegation der Qualitätskontrolle an die privaten Vollzugsinstanzen bleibt die Bereitstellung für bislang unterversorgte Zielgruppen tendenziell eher eingeschränkt, während das bestehende Überangebot für einzelne Gruppen nicht reduziert wird. Es kann somit von Vollzugsdefiziten gesprochen werden. Im Falle der Schulimpfungen, wo Veränderungen in der Vollzugsstruktur stattgefunden haben, hat sich mit dem Übergang vom Schularzt- zum Privatarzt-system die Verfügbarkeit der Leistung für Risikogruppen vermindert.

In den beiden Fällen, in denen die Kantone die Vollzugsinstanz darstellen, wurde der bestehende oder neu geschaffene Handlungsspielraum im Falle der Mammographie und der Schulimpfungen mehrheitlich aus finanziellen Erwägungen für die Vorenthaltung einer Leistung bzw. einen Leistungsabbau genutzt. Beim Cervix-Abstrich erfuhren die privaten Leistungserbringer keine Anreize, ihr Verhalten bezüglich der Bereitstellung der Leistung zu ändern. In diesem Sinne kann von "vorprogrammierten Vollzugsdefiziten" (Knoepfel und Weidner 1982: 92) gesprochen werden.

2. Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog hat seitens der Zielbevölkerung (Politikbetroffene) keine oder nicht die beabsichtigten Verhaltensänderungen ausgelöst.

Die konstatierten Vollzugsdefizite übersetzen sich entweder in unerwünschte Verhaltensänderungen der Politikbetroffenen im Falle der Schulimpfungen und der Screening-Mammographie oder in eine impactlose Politik im Falle des Cervix-Abstrichs. Bei den Impfungen im Schulalter muss eine Abnahme der Inanspruchnahme durch die Risikogruppen in Kantonen mit Privatarztsystem ohne begleitende staatliche Massnahmen angenommen werden. Der Impact ist nicht-intendiert und unerwünscht. Bei der Mammographie hat sich ein nicht-intendierter Impact ergeben, indem aufgrund der Zurückhaltung der Kantone bei der Einrichtung von Screening-Programmen einzelne Ärzte ein opportunistisches Screening über die diagnostische Mammographie betreiben. Da die Wirksamkeit dieses Vorgehens nicht erwiesen ist, handelt es sich zumindest aus Public Health-Sicht um einen unerwünschten Effekt. Gleichzeitig muss festgehalten werden, dass von Seiten der Zielbevölkerung kaum politischer Druck gemacht wurde und wird, die Umsetzung voranzutreiben, um die Frauen zu ihrem Recht kommen zu lassen. Das wäre aus Sicht des Bundes eine zwar nicht angestrebte, aber durchaus positive Nebenwirkung, die sich hätte einstellen können. Beim Cervix-Abstrich haben sich nach Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog weder die mangelnde Inanspruchnahme der Risikogruppen noch die Überversorgung der untersuchten Frauen mittleren Alters geändert.

3. Bei der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog wurde es verpasst, klare Zielsetzungen zu formulieren, was zu einem inkohärenten Politikkonzept führte.

Von Vollzugsdefiziten und mangelnder Effektivität kann im Falle der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen in den Pflichtleistungskatalog nur aufgrund der angesichts der Ziele der sozialen Krankenversicherung objektiv unerwünschten teilweisen Leistungsabnahme und der fehlenden Veränderungen gesprochen werden. Eine eindeutige Unterscheidung von intendierten und nicht-intendierten Effekten ist jedoch nicht möglich, da der Aufnahme der Präventionsleistungen in den Pflichtleistungskatalog kein klares Konzept zu Grunde gelegt war, aus dem eindeutige Zielsetzungen hätten abgeleitet werden können. Die standardisierte Antragsdokumentation, aufgrund derer Präventivmassnahmen nach Begutachtung der ELK in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen werden können, umfasst grundsätzlich dieselben Angaben, die für die übrigen medizinischen Leistungen verlangt werden und die den Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit entsprechen (BSV 2000).

Das fachliche Kriterium der Wirksamkeit entspricht bei Präventivleistungen jedoch nur teilweise den Anforderungen an normale individualmedizinische Leistungen, da fallweise eine flächendeckende *Verfügbarkeit* allein nur eine unzureichende Voraussetzung für die angestrebte Wirkung der Massnahme ist und vielmehr eine flächendeckende *Inanspruchnahme* notwendig ist, damit die Massnahme aus Public Health-Sicht wirksam ist. Am Beispiel der Mammographie zeigt sich diese zusätzliche Anforderung bei Präventivleistungen:

Ein Screening ist nur dann fachlich sinnvoll, wenn es im Rahmen eines Programms durchgeführt wird, was bei der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog zur Auflage für eine Vergütung gemacht worden ist.

Diese Zielsetzung der fachlichen Richtigkeit bei der Aufnahme einer Leistung widerspricht jedoch einer anderen Zielsetzung des KVG, nämlich der Versorgungsgerechtigkeit, in dem Sinne, als dass die medizinisch-technisch motivierte Auflage eine politische Umsetzung der Massnahme durch die Vollzugsträger verhindert. Auch bei den Impfungen im Schulalter ist das Politikkonzept inkohärent, da das Ziel der Versorgungsgerechtigkeit hier mit der Forderung nach einem effizienten und kostengünstigem System kollidiert (Battaglia und Juncker 2001: 32). Die fehlende Zielhierarchie bei der Aufnahme neuer Leistungen in den Pflichtleistungskatalog und die daraus resultierende Inkohärenz des umzusetzenden Politikkonzepts sind zentrale Gründe für die konstatierten Vollzugsdefizite.

4. Die Kriterien, die bei der Aufnahme von präventivmedizinischen Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog zu beachten sind, stellen primär auf fachlich-medizinische und ökonomische Aspekte ab, schenken jedoch den Voraussetzungen der tatsächlichen Umsetzung zu wenig Beachtung.

Mit dem Problem der Inkohärenz verbunden ist die Vernachlässigung von Vollzugsaspekten. Wie bereits erwähnt, waren die Vollzugsdefizite zu einem gewissen Grad absehbar. Die Eröffnung eines Sparpotenzials für die Kantone im Fall der Schulimpfungen, der Verzicht auf eine gesamtschweizerische Regelung der Kosten von Früherkennungsprogrammen und auf weitere positive Anreize zur Einführung eines Screening-Programms bei der Mammographie sowie die unveränderte Übernahme des parastaatlichen Vollzugsmusters und der Verzicht auf jegliche Steuerungsinstrumente beim Cervix-Abstrich hätten zumindest erahnen lassen können, dass die Leistungen nicht überall im Sinne des fachlichen Wirksamkeitskriterium erbracht werden würden. Der mangelnde Einbezug von Vollzugsaspekten äussert sich sowohl in sehr detaillierten Auflagen bezüglich Behördenarrangement und Policy Design als auch im vollständigen Verzicht auf die Festlegung von Mindestnormen bei der Leistungserbringung oder in der de facto föderalen Delegation des Vollzugsarrangements an die Kantone.

Das Fehlen der Umsetzbarkeit als Kriterium ist gerade bei jenen Präventivmassnahmen problematisch, bei denen die Wirksamkeit erst durch die erfolgte Umsetzung entsteht wie bei den Impfungen im Schulalter. Aber auch bei den beiden anderen Leistungen muss die Frage gestellt werden, welchen Nutzen die Erfüllung der drei Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bringt, wenn sie nicht umgesetzt und somit auch nicht angeboten wird, wie es für die Screening-Mammographie in 23 von 26 Kantonen der Fall ist. Der fehlende Einbezug von Umsetzungsfragen bei der Aufnahme der untersuchten Leistungen kann im Falle der Schulimpfungen für die nicht-intendierten Effekte, in den Fällen Mammographie und Cervix-Abstrich für die Impactlosigkeit der Politik verantwortlich gemacht werden. Ein Problem kann somit bei den Kriterien für die Aufnahme einer Präventivleistung in den Pflichtleistungskatalog gesehen werden, in denen Vollzugsaspekte kaum Berücksichtigung finden.

5. Das KVG ist eine ungenügende Rechtsgrundlage für die Finanzierung von Präventionsleistungen, deren Vergütungspflicht an die Einbettung in organisierte Programme geknüpft ist.

Die hauptsächlich finanziellen Schwierigkeiten, die der Einrichtung von Mammographie-Screening-Programmen im Wege stehen, und die bei der Neuregelung der Impfprogramme festgestellte Tendenz der Kantone, den neu entstandenen Handlungsspielraum zur Kostensenkung zu nutzen, zeigen, dass das KVG keine ausreichende Rechtsgrundlage zur Regelung der Finanzierung von Präventionsprogrammen bietet, da die Vergütungspflicht auf von Leistungserbringern durchgeführte medizinische Massnahmen beschränkt ist. Weil Präventionsprogramme jedoch zusätzliche administrative Kosten verursachen, welche das KVG nicht abdeckt, müssen in diesem Bereich andere Lösungen gefunden werden. An Möglichkeiten stehen zur Zeit freiwillige Vereinbarungen zwischen Versicherern und den Programmträgern, die Übernahme der Kosten durch die öffentliche Hand oder aber die Überwälzung der Kosten auf die Versicherten zur Verfügung. Letzteres ist aus politischen Gründen kaum sinnvoll und hinsichtlich der Zielsetzung, eine breite Abdeckung der Bevölkerung mit Präventionsleistungen sicherzustellen, kontraproduktiv, während Verhandlungslösungen und die Kostenübernahme durch den Staat entsprechenden Willen voraussetzen und in zwei der drei untersuchten Fälle nicht zustande gekommen sind.

Obwohl der Bundesrat mit der Franchisebefreiung von Leistungen, die im Rahmen von Programmen erbracht werden, einen Anreiz gesetzt hat, vermehrt Präventionsprogramme anzubieten wird das bestehende Finanzierungsproblem kaum gelöst werden können. Die wegfallende Kostenbeteiligung wird künftig von den Krankenversicherern übernommen werden müssen, was einen nachfrageseitigen Anreiz darstellt und einkommensschwache Zielgruppe zu verstärkter Inanspruchnahme von Präventionsleistungen anregen dürfte. Mit dieser Entscheidung über die Übernahme der Kostenbeteiligung wird die Finanzierungslücke bei Programmen etwas kleiner, dennoch bleibt die Finanzierung der anfallenden Investitions- und Administrationskosten noch immer offen und das festgestellte Dilemma bestehen. Insofern drängt sich eine Lösung auf, ansonsten bei künftigen Präventionsprogrammen entsprechende Vollzugsdefizite bereits vorprogrammiert sind.

8.2 Handlungsbedarf

Aufgrund dieser Schlussfolgerungen werden im Folgenden zwei allgemeine Empfehlungen zu Händen des Bundes formuliert. Die Handlungsansätze sind hierbei pragmatisch gehalten. Es wird von der Empfehlung eines angesichts der Untersuchungsergebnisse teilweise sinnvoll erscheinenden, sanktionsbefähigten Bundesmonitorings der Vollzugsergebnisse abgesehen, da hier die Hoheit der Kantone in Frage gestellt würde. Damit würden sich die Empfehlungen im selben Dilemma wiederfinden, wie es für die präventivmedizinischen Leistungen konstatiert worden ist: Die theoretisch und fachlich sinnvolle Vorgehensweise ist aufgrund der Vetomacht der Vollzugsträger nicht implementierbar. Dieser Zirkelschluss soll vermieden werden.

Eine erste Empfehlung auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse lautet wie folgt:

1. Der Bund einigt sich bei der Aufnahme einer neuen Präventivleistung auf eine Zielhierarchie. Er schafft die Grundlage für diese Zielabstufung, indem er ein Instrument erarbeitet, das mittels einer Definition des Public Health-Begriffs Indikatoren zur Verfügung stellt, mit denen eine Leistung hinsichtlich der Bedeutung der vier Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsgerechtigkeit eingeschätzt werden kann. Die Kriterien für die Aufnahme neuer präventivmedizinischer Leistungen in die Leistungspflicht werden entsprechend ergänzt.

Ein Defizit, das in der vorliegenden Untersuchung identifiziert werden konnte, ist die mangelnde Deutlichkeit der Zielsetzungen bei der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen. Wie am Beispiel der Mammographie gezeigt wurde, sind diese Leistungen nur bedingt mit rein medizinischen Leistungen vergleichbar, da sie nicht auf die Individuen, sondern auf die Gesamtheit der Zielgruppe ausgerichtet sind. Damit verbindet sich bei entsprechenden Leistungen das medizinisch-technische Kriterium der Wirksamkeit mit dem politisch-praktischen der Versorgungsgerechtigkeit. Wenn die KVG-Kriterien 'Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit' nicht nur eine Aufnahmehürde für eine Leistung, sondern auch eine implizite Zielformulierung für die Umsetzung darstellen, so bedeutet das für präventivmedizinische Leistungen, dass beim Entscheid über Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog das zusätzliche Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit berücksichtigt werden muss. Dieses Kriterium zielt auf das Angebot und nicht auf die Nachfrage, die Bedeutung der Vollzugsinstanzen ist somit ungleich höher als bei nachfrageorientierten, individualmedizinischen Leistungen.

Um Vollzugsaspekte in die Regelung einer neuen Leistung zu integrieren, muss der Bund bzw. die ELK über ein Instrument verfügen, das es ihm bzw. ihr erlaubt einzuschätzen, welche präventive Leistung in welcher Form Versorgungsgerechtigkeit als Element des Wirksamkeitskriteriums bedingt. Eine entsprechende Ergänzung müsste Eingang in das "Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen" (BSV 2000) finden. Auszubauen wäre hier vor allem das Kapitel 4 "Grundsatzkriterien zum Nachweis des Nutzens der Komplementär-, Präventiv- und Psychotherapiemethoden" bzw. der Abschnitt 4.2.4 "Darlegung der Wirksamkeit (Teil 2)" zu den präventivmedizinischen Methoden. Während bei einzelnen Leistungen die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund stehen kann, ist es bei anderen primär die Versorgungsgerechtigkeit, die gesichert werden muss. Um diese Zuordnung von Präventivleistungen durchführen zu können, braucht es eine einheitliche Entscheidungsgrundlage, die bislang fehlt. Es wird deshalb dem Bund empfohlen, ein solches Instrument in Zusammenarbeit mit den betroffenen Stellen bei Bund und Kantonen und den föderalen sowie den parastaatlichen und privaten Vollzugsinstanzen zu entwickeln und den Kriterienkatalog im "Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen" entsprechend zu ergänzen.

Einen Ansatz für die Entwicklung eines solchen Instrumentes bildet der Ansatz des Public Health. Die in der Schweiz gültige Definition lautet: "Die Aufgabe von Public Health besteht darin, sich für die Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung einzusetzen, unter welchen die Menschen gesund leben" (Definition im Weiterbildungsprogramm in öffentlicher Gesundheit der Deutschschweizer Universitäten, zit. nach Gutzwiller und Jeanneret 1999: 25). Dabei werden Umsetzungsaspekte unterstrichen, indem für die Erfüllung der Aufgaben "nebst individuellen Aspekten vorwiegend gesellschaftliche Anstrengungen im öffentlichen und privaten Bereich erforderlich" sind (Gutzwiller und Jeanneret 1999: 26). Eine operationalisierbare Definition des Begriffs, die eine Verortung einzelner, präventiver Leistungen auf einem entsprechenden Kontinuum zulässt, fehlt dagegen. Ein solches Instrument sollte einen Kriterienkatalog beinhalten, der für jede Leistung eine standardisierte Zieldefinition sowie die Einschätzung der Bedingungen für die Erreichung dieses Zieles umfasst. Die Zieldefinition ist Teil des Politikkonzepts, in dem Klarheit darüber geschaffen werden muss, inwiefern die Wirksamkeit einer präventiven Leistung Versorgungsgerechtigkeit bedingt. Die Bedingungen für die Umsetzung betreffen einerseits, wie die vorliegende Untersuchung zeigt, das Behördenarrangement, das zwischen den beiden Polen des individualmedizinischen Privatarztsystems und der staatlichen Programmmedizin oszilliert. Eine zweite Dimension ist gemäss der durchgeführten Studie das Policy Design, in dem unterschiedliche Verbindlichkeitsstufen unterschieden werden können, die von einer reinen Nachfrageorientierung über Informationstätigkeiten bis hin zu verbindlicheren Persuasivtätigkeiten wie schriftlichen Einladungen und ökonomischen Anreizen wie der Aufhebung der Franchise reichen.

Entsprechend diesen Ausführungen müsste die Entscheidungsgrundlage für die Regelung bei der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen interdisziplinär von Sozial- und Präventivmedizinern, Gesundheitsökonomern und Politikwissenschaftlern erarbeitet werden. Der Einbezug der genannten Akteure aus der Verwaltung und den betroffenen Interessenorganisationen und Leistungserbringern sollte in Form mehrerer iterativer Rückkopplungsschleifen gewährleistet werden.

Es ist in diesem Zusammenhang generell die Frage anzusprechen, inwieweit der Bund präventivmedizinische Anliegen sowohl bei den vollzugsbeteiligten Kantonsbehörden als auch bei den leistungserbringenden Ärzten bzw. ihren Fachgesellschaften und bei den Krankenversicherern verstärkt verbreiten sollte. Als Ausgangspunkt hierzu könnten die Arbeiten zum Kriterienset dienen. Denkbar ist beispielsweise auch, dass der Bund bei der Gestaltung von Ausbildungsrichtlinien für ärztliche Berufe darauf achtet, dass präventivmedizinische Aspekte vermehrte Beachtung finden, damit das Verständnis für Sinn und Nutzen der Präventivmedizin bei den praktizierenden Ärzten gefördert wird. Langfristig wäre vorstellbar, dass der Bund gestützt auf solche Anstrengungen präventivmedizinische Leistungen nur noch der Vergütungspflicht unterstellt, wenn medizinische Guidelines vorliegen, die präventiven Aspekten wie Qualitätssicherung, Evaluation, Gewährleistung eines hohen Abdeckungsgrades etc. ausreichend Rechnung tragen.

Die zweite Empfehlung an den Bund knüpft an die erste an:

2. Der Bund berücksichtigt bei der Aufnahme einer neuen Präventivleistung unter dem Stichwort der Versorgungsgerechtigkeit auch Vollzugsaspekte. Deren Regelung wird zusammen mit den Vollzugsinstanzen (Kantonen, Leistungserbringern) erarbeitet.

Bei der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen, bei denen das Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit eine Rolle spielt, müssen praktische Vollzugsaspekte Berücksichtigung finden. Von Seiten des Bundes sollte deshalb der Wille zur verbesserten Berücksichtigung von Fragen der Vollzugs- und damit auch der Föderalismustauglichkeit durch die konsequent frühe oder noch besser kontinuierliche Kontaktierung der Vollzugsinstanzen, also der kantonalen Stellen bzw. der parastaatlichen oder privaten Leistungserbringer unterstrichen werden. Da gerade in frühen Phasen mit der Problemdefinition meist auch schon grundlegende Zielbestimmungen und Optionenfestlegungen geschaffen werden, die später nur mehr als gegebene 'Sachzwänge' wahrgenommen werden, muss der Einbezug der Vollzugsträger zu einem möglichst frühen Zeitpunkt geschehen. Besonderes Gewicht muss hierbei der Frage der Finanzierung von künftigen Präventions- und Früherkennungsprogrammen beigemessen werden. Auf der anderen Seite hat dieses Vorgehen auch für den Bund selber Vorteile, zumal in einer frühen Phase der Entwurfsfassung Änderungen mit viel geringerem Aufwand vorgenommen werden können als später. Dies wäre beispielsweise im Falle der Schulimpfungen zum Tragen gekommen, wo die Priorisierung der Versorgungsgerechtigkeit seitens des Bundes gegenüber einer Ausreizung der Handlungsspielräume für Sparmassnahmen durch die Kantone stärker hätte vermittelt werden können.

Gerade im Falle des föderalen Vollzugs durch die Kantone hat diese Forderung aber auch Implikationen für die Kantone. Wenn die Bundesgesetzgebung immer detaillierter wird und die Berücksichtigung lokaler Besonderheiten abnimmt wie im Falle der Mammographie-Screenings, ist es von vordringlicher Wichtigkeit, dass die Kantone das Schwergewicht ihrer Diskussionsbeiträge auf Vollzugsaspekte legen und ihre diesbezügliche Kompetenz unterstreichen. Umsetzungsprobleme, die sich bereits in Programmentwürfen abzeichnen, werden dabei um so besser berücksichtigt, je konkreter sie dargelegt werden. Hierzu ist eine horizontale Absprache unter den Kantonen von grosser Bedeutung. Je besser die Kantone koordiniert sind, umso mehr Gewicht werden sie als Ansprechpartner geniessen, und umso leichter können sie auch angesprochen werden.

Im Falle des parastaatlichen Vollzugs durch private Leistungserbringer ist insofern von einer anderen Voraussetzung auszugehen, indem der Vollzug an Instanzen ausgelagert wird, die über kumuliertes Fachwissen und Expertise verfügen, wovon in den Kantonen nicht ausgegangen werden kann. Es stellt sich hier die Frage nach der Sicherung des Anspruchs auf Versorgungsgerechtigkeit durch den Bund. Das Steuerungspotenzial des Bundes liegt beim parastaatlichen Vollzug darin, die Qualitätssicherung aktiv mitzugestalten und für eine Aufnahme der als zentral erachteten Kriterien zu sorgen. Im Falle des Cervix-Abstrichs würde dies konkret bedeuten, dass sich der Bund in die Diskussion um die neuen Guidelines einschaltet mit der Auflage, die Verfügbarkeit der Leistung auch bei den Risiko-

gruppen zu gewährleisten und die Inanspruchnahme aktiv zu fördern. Da die Kontrolle an die Versicherer delegiert ist, ergibt sich hier aber ein Vollzugsdefizit, da die Abgeltung der Leistung in den meisten Fällen unter die Franchise der behandelten Frauen fällt. Eine Steuerungsmöglichkeit in Form eines finanziellen Anreizes wäre damit die Aufhebung der Franchise - eine Möglichkeit, die mit Inkrafttreten von Art. 64 Abs. 6 Bst. d auf den 1. Januar 2001 allerdings auf Präventionsleistungen, die im Rahmen von Programmen durchgeführt werden, beschränkt ist.

Grundlegend für eine entsprechende Einflussnahme des Bundes auf die Leistungserbringung ist jedoch der vorgängig erwähnte Entscheid im Politikkonzept, inwiefern die Versorgungsgerechtigkeit für die Wirksamkeit der Leistung relevant ist.

Interviews

Fallstudie Impfungen im Schulalter:

- Dres. med. Christoph Junker und Markus Battaglia, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Autoren der Teilstudie 1 'Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog - Impfungen im Schulalter': 22. März 2001, 15 bis 15:30 h, und 29. März 2001, 11 bis 11:30 h

Fallstudie Screening-Mammographie:

- Brigitte Baschung, Leiterin des nationalen Brustkrebskämpfungsprogramms der Schweizerischen Krebsliga: 29. November 2000, 14:00 bis 15:30 h
- Sandra Schneider, BSV, Sektion Leistungserbringer und Tarife: 12. Dezember 2000, 14:30 bis 14:45 h

Kanton Basel-Stadt:

- Prof. Ursula Ackermann-Liebrich, Leiterin des ISPM Basel und Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG): 20. Februar 2001, 14:15 bis 15:00 h
- Dr. med. Paul Vogt, Stv. Kantonsarzt und Dr. med. Bruno Bucheli, Kantonsarzt: 20. Februar 2001, 12:00 bis 13:30 h

Kanton St. Gallen:

- Prof. Dr. Hans-Jörg Senn, Präsident der Ostschweizerischen Stiftung für Klinische Krebsforschung (OSKK) und Leiter des Zentrums für Tumordiagnostik und Prävention (ZeTuP) in St. Gallen: 1. März 2001, 14:15 bis 15:30 h
- Dr. med. Felix Jungi, Kantonsarzt: 13. Februar 2001, 14:00 bis 15:00 h

Kanton Luzern:

- Prof. Dr. Bernhard Allgayer, Chefarzt Röntgeninstitut Kantonsspital Luzern, Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie (SGR): 7. März 2001, 10:00 bis 10:45 h
- Dr. med. Fridolin Holdener, Kantonsarzt: 21. Februar 2001, 9:15 bis 10:15 h

Fallstudie Cervix-Abstrich:

- Andreas Biedermann, Schweizerische Krebsliga (SKL), Leiter Bereich Nationale Krebsbekämpfungsprogramme: 23. November 2000, 10:30 bis 11:00 h
- Prof. Dr. Siegfried Heinzl, Chefarzt Geburtshilfe/Gynäkologie, Kantonsspital Bruderholz, Basel, Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG): 18. Januar 2001, 11:15 bis 11:45 h
- Dr. med. Franziska Zogg, Zug, praktizierende Ärztin, Vertreterin der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM): 24. Januar 2001, 10:45 bis 11:15 h

- Prof. Ursula Ackermann-Liebrich, Präsidentin der Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG), Leiterin des ISPM Basel: 22. Januar 2001, 15:15 bis 15:45 h
- Dr. med. Reto Guetg, Vertrauensarzt des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK): schriftliche Befragung sowie Validierungsgespräch, 26. März 2001, 11:00 bis 11:30 h

Literatur

- ABELIN, Theodor (1998): "Fallbeispiel Public Health: Probleme und Lösungen bei der Übernahme präventiver Leistungen durch das KVG", in EGLI, Michael (Hrsg.): *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. Hünenberg: Trend Care.
- ABELIN, Theodor, und Olivier JEANNERET (1999): "Ethik", in GUTZWILLER, Felix und Olivier JEANNERET (Hrsg.): *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health*. 2. Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 31-45.
- BACHMANN, Nicole, Andrea HÄRTER und Bernhard CLOETTA (2000): *Evaluation der nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase 1, 1999: Studie 3: Konzeptualisierung und Stand der Umsetzung der vier Krebsbekämpfungsprogramme*. Bern: Institut für Sozial und Präventivmedizin.
- BATTAGLIA, Markus, und Christoph JUNKER (2001): *Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog (Wirkungsanalyse KVG). Teilprojekt 'Impfungen im Schulalter'. Schlussbericht*. Bern: BSV.
- BÖHRET, Carl, Werner JANN und Eva KRONENWETT (1988): *Innenpolitik und politische Theorie*. 3., neubearbeitete und erweiterte Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BUCHER, Heiner, und Alfredo MORABIA (1999): "Sekundärprävention: Konzepte und Kriterien", in GUTZWILLER, Felix und Olivier JEANNERET (1999): *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health*. 2. Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber; 198-203.
- BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG (BSV) (1998): "Kriterien für die Beurteilung präventivmedizinischer Leistungen", Entwurf zuhanden der Eidgenössischen Leistungskommission ELK I/98 vom 12. März 1998.
- BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG (BSV) (2000):. *Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen*. Bern: BSV.
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2000): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: BFS.
- BUNDESRAT (1991): *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (91.071)*. Bern: EDMZ.
- BÜTSCHI, Danielle, und Sandro CATTACIN (1994): *Le modèle suisse du bien-être*. Lausanne.
- DE LANDTSHEER, J.P. et al. (1998): "Dépistage organisé du cancer du sein et pratique médicale. L'expérience vaudoise: bilan et perspectives", *Schweizerische Ärztezeitung* Nr. 34; 1615-1619.

- DELALOYE, Jean-François, und Pierre DE GRANDI (1998): "Pour ou contre le frottis cytologique de Papanicolau chaque trois ans", *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1998 128; 909-13.
- DREIFUSS, Ruth (1996): "L'importance de la prévention dans la nouvelle LAMal", *Schweizerische Ärztezeitung* 1996; 2120ff.
- FAISST, Karin, und Regula RICKA-HEIDELBERGER (2001): "Mammographie-Screening in der Schweiz. Eine retrospektive Analyse zur Umsetzung", Rohfassung des Schlussberichts. Zürich: IfSPM Zürich.
- GISLER, Rolf (1999): "Mammographie-Screening", Referat gehalten an der Kantonsärztertagung 18./19. 11. 1999 in Locarno. Schriftliche Fassung (Version 4). Bern: Stiftung zur Früherkennung von Krebs.
- GISLER, Rolf (2000): *Abschlussbericht "Gesamtschweizerisches Programm Mammographie-Screening"*, Version 3.0. Bern: Stiftung zur Früherkennung von Krebs.
- GUTZWILLER, Felix, und Olivier JEANNERET (1999): "Konzepte und Definitionen", in DIES. (Hrsg.). *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health*. 2. Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 23-29.
- KISSLING-NÄF, Ingrid (1997): *Lernprozesse und Umweltverträglichkeitsprüfung - Staatliche Steuerung über Verfahren und Netzwerkbildung in der Abfallpolitik*, Basel.
- KISSLING-NÄF, Ingrid, und Peter KNOEPFEL (1992): "Politikverflechtung dank zentralstaatlichem Immobilismus? Handlungsspielräume kantonaler Vollzugspolitiken im schweizerischen politisch-administrativen System", in ABROMEIT, Heidrun und Werner POMMEREHNE (Hrsg.): *Staatstätigkeit in der Schweiz*. Bern/Stuttgart; 43-69.
- KISSLING-NÄF, Ingrid, und Sandro CATTACIN (1997): "Einleitung: Subsidiäres Staats Handeln in modernen Gesellschaften", *Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft* 3(3); 1-16.
- KISSLING-NÄF, Ingrid, und Sonja WÄLTI (1999): "Der Vollzug öffentlicher Politiken", in KLÖTI, Ulrich et al. (Hrsg.): *Handbuch der Schweizer Politik*. Zürich: NZZ; 651-689.
- KNOEPFEL, Peter, und Helmut WEIDNER (1982): "Formulation and Implementation of Air Quality Control Programmes: Patterns of Interest Consideration", *Policy and Politics* 10(1); 85-110.
- KNOEPFEL, Peter, und BUSSMANN, Werner (1997): "Die öffentliche Politik als Evaluationsobjekt" in: BUSSMANN, Werner, Ulrich KLÖTI und Peter KNOEPFEL (Hrsg.): *Einführung in die Politikevaluation*. Basel/Frankfurt a. M.: Helbing & Lichtenhahn; 58-77.
- LINDER, Wolf (1987): *Politische Entscheidung und Gesetzesvollzug in der Schweiz*. Bern/Stuttgart: Haupt.
- MARTY-NUSSBAUMER, A., et al. (1999): "Vaccination Rates and Sociodemographic Determinants with School Age Children in Zurich 1995/1996", Poster presented in the workshop "Teaching Evidence Based Medicine", Oxford, Juli 1999.
- OERTLE BÜRKI, C. (1999): *Gesundheit 21. Umsetzungsmöglichkeiten ausgewählter WHO-Ziele für den Kinder- und Jugendbereich in der Schweiz*. Bern: SDK.
- SIK (2000): "SIK-Expertise über neue zytologische Methoden für das Cervix-Screening" zuhanden der Eidgenössischen Leistungskommission ELK. Bern: Schweizerisches Institut für angewandte Krebsforschung.
- SOMAINI, Bertino, Michele SCHOOP und Jürg BLEUER (2000). "Wichtige Prinzipien für das Zervix-Screening", Entwurf vom 16.3.2000.

VATTER, Adrian (1999): "Föderalismus", in KLÖTI, Ulrich et al. (Hrsg.): *Handbuch der Schweizer Politik*. Zürich: NZZ Verlag; 77-108.

WIDMER, Thomas (1991): *Evaluation von Massnahmen zur Luftreinhaltung in der Schweiz*. Chur: Rüegger.