

Public Health, Prävention und Föderalismus: Erkenntnisse aus der Umsetzung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

Summary

Public health, prevention and federalism: insights from the implementation of the federal law on health insurance

Objectives: In 1996, the new Swiss law on health care insurance (KVG) introduced the coverage of certain preventive measures. This provided an opportunity to include research-based public health issues in federal health policy. The present article examines the problems with which the realization of those goals in a federalist health care system with strong cantonal autonomy as it is found in Switzerland was confronted.

Method: Comparative qualitative case studies design (vaccination of school age children and screening-mammography).

Results: Switzerland's federalist health care system strongly hinders the realisation of the Confederation's public health goals. Prevention falls into the cantons' autonomy and the federal KVG (Krankenversicherungsgesetz; Health insurance law) only regulates the coverage of the services provided, but does not contain any instruments to assure implementation in consistency with the policy goals. Under those circumstances, conflicts of interest between the implementing actors, varying cantonal preferences, and scarce resources block the implementation of public health goals.

Conclusions: The results imply stronger leadership of the Confederation in prevention policy and an improved consideration of implementation aspects in approving new measures to obligatory insurance coverage.

Keywords: Prevention – Public health – Health care insurance – KVG – Policy implementation – Federalism.

Mit der Revision der schweizerischen Krankenversicherung 1996 fanden erstmals auch Massnahmen der medizinischen Prävention Eingang in das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Dessen neuer Art. 26 verankerte erstmals Elemente der Sozial- und Präventivmedizin auf Bundesebene. Unter der alten Gesetzgebung war keine einheitliche Vergütung von Präventionsmassnahmen vorgesehen, was Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung begünstigte (Abelin 1998). Das mit dem KVG eingeführte Versicherungsobligatorium erlaubt es nun, im Rahmen der Krankenversicherung den Anliegen der Sozial- und Präventivmedizin mehr Beachtung zu schenken. Die Kostenübernahme von individuellen präventivmedizinischen Leistungen hat zum Ziel, in diesem Bereich Versorgungsgerechtigkeit herzustellen und allen Versicherten den Zugang zu denselben Leistungen zu gewährleisten (Bundesrat 1991). Die gesamtschweizerische Leistungspflicht im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung erweitert das Repertoire an politischen Massnahmen der Gesundheitsförderung, was es ermöglicht, die bisher eher vernachlässigten Anliegen und Erkenntnisse der Sozial- und Präventivmedizin in gesundheitspolitische Strategien umzusetzen.

Der in Art. 12 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) enthaltene Katalog an kassenpflichtigen präventivmedizinischen Leistungen ist Ausdruck der Bemühungen, diese neuen Möglichkeiten zu nutzen und die Versorgung mit medizinischer Prävention auszuweiten. Die Verwirklichung von Public-Health-Zielen des Bundes trifft allerdings aufgrund der strukturellen und politischen Eigenheiten des schweizerischen Gesundheitssystems (Kocher 2001; Vatter 2003) auf schwierige Rahmenbedingungen. So fällt die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weitgehend in die Kompetenz der Kantone, die dabei einen hohen Autonomiegrad geniessen. Dies gilt auch für die Prävention, welche der Bund als Sache der Kantone und Facheinrichtungen betrachtet (Bundesrat 1991). Der Bund regelt im Wesentlichen lediglich die Kostenübernahme bestimmter Präventionsmassnahmen durch die Krankenversicherung.

Im Folgenden wird anhand zweier beispielhafter Fallstudien – Impfungen im Schulalter und Screening-Mammographie – aus politologischer Sicht die Frage erörtert, auf welche institutionellen und politischen Probleme die Umsetzung präventivmedizinischer Anliegen unter den gegebenen Rahmenbedingungen trifft, und ob die Aufnahme von Massnahmen der medizinischen Prävention in den Pflichtleistungskatalog des KVG ihr Ziel, Versorgungsgerechtigkeit herzustellen, erreicht hat. Der Artikel gibt die Ergebnisse einer Studie wieder, die im Rahmen der KVG-Wirkungsanalyse im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) erstellt wurde (Sager & Rüefli 2001).

Hypothesen

Es ist eine zentrale Erkenntnis der schweizerischen Vollzugsforschung, dass die Delegation der Politikumsetzung an die Kantone (Vollzugsföderalismus) das Risiko von Vollzugsdefiziten birgt, insbesondere wenn der Bund über keine Möglichkeiten der Vollzugskontrolle verfügt (Linder 1987; Kissling-Näf & Knoepfel 1992; Sager 2003). Im Fall der Präventivmedizin schaffen Vollzugsdefizite Ungleichheiten und Versorgungsungerechtigkeit, was dem Solidaritätsprinzip des KVG und der Zielsetzung von Art. 26 widerspricht. Die Vollzugsforschung betrachtet die Wirkung öffentlicher Politik auf verschiedenen Stufen (Knoepfel & Bussmann 1997). Im Folgenden sollen die beiden Performanzmasse *Output* und *Impact* untersucht und erklärt werden. Unter *Outputs* werden die Endprodukte des politisch-administrativen Entscheidungsprozesses verstanden. Im vorliegenden Fall handelt es sich um das präventivmedizinische Leistungsangebot und dessen Vergütung durch die Krankenversicherung. *Impacts* sind die intendierten und nicht intendierten Verhaltensänderungen, die vom Inkrafttreten einer Massnahme ausgelöst werden. Hier ist damit die effektive Inanspruchnahme der verfügbaren Präventivleistungen gemeint.

Aus den Erkenntnissen der schweizerischen Vollzugsforschung (Linder 1987; Kissling-Näf & Wälti 1999) lassen sich mehrere Hypothesen zur Erklärung der Vollzugsperformance der neu im KVG figurierenden präventivmedizinischen Leistungen ableiten und formulieren.

Erstens muss der Vollzug auf kantonaler Ebene als gesellschaftlicher Prozess verstanden werden, in den die daran beteiligten Akteure ihre divergierenden Interessen einbringen, ohne einen direkten Bezug zur Bundespolitik zu haben (Kissling-Näf & Knoepfel 1992; Kissling-Näf & Wälti 1999). An der Leistungserbringung und -vergütung im Rahmen der Krankenversicherung sind mehrere Akteure mit unterschiedlichen Eigeninteressen beteiligt: Kantonsbehörden,

Ärzte, Krankenversicherer und diverse private Organisationen. Diese Akteure müssen sich auf Tarifverträge einigen, bevor eine Leistung im Rahmen des KVG erbracht werden kann. Auf die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern hat der Bund nur einen beschränkten Einfluss (Schneider 2001). Daraus ergibt sich eine erste Hypothese:

H1: Ein Leistungsangebot kommt nur zustande, wenn sich Leistungserbringer und Finanzierer einigen können. Die den Zielen des KVG entsprechende Umsetzung von Präventionsmassnahmen hängt deshalb von akteur-spezifischen Interessenkonstellationen ab.

Daran anschliessend kann zweitens festgestellt werden, dass Kantone beim Vollzug von Bundespolitiken eine erhebliche Vielfalt von Strategien entwickeln (Linder 1987; Braun 2003). Sie können auf Massnahmen völlig verzichten, sie nur teilweise vollziehen oder für eigene Ziele instrumentalisieren. Es kann mitunter vorkommen, dass die ursprünglichen Ziele der Bundespolitik gerade ins Gegenteil verkehrt werden. Massgebend sind dabei die eigenen Interessen und politischen Strategien der Kantone und ihre Übereinstimmung mit der Bundespolitik. Diese Feststellung führt zu einer zweiten Hypothese:

H2: Die Umsetzung der präventivmedizinischen Bundesregelungen durch die Kantone hängt davon ab, inwieweit sich die bundesstaatlichen Ziele mit eigenen kantonspolitischen Optionen in Einklang bringen lassen oder für die Verfolgung dieser Optionen instrumentalisiert werden können.

Als weitere Faktoren zur Erklärung von Unterschieden im Politikvollzug gelten gemeinhin die Ausgestaltung des Policy Designs, die Umsetzungsinstrumente, die Konstellation der gesellschaftlichen und administrativen Akteure und die Möglichkeit von institutionellen Lernprozessen (Kissling-Näf & Knoepfel 1992; Knoepfel & Bussmann 1997). Zusätzlich zur Akteur- und Machtkonstellation werden deshalb auch die beiden Umsetzungsstrukturen *Policy-Design*, d.h. die konkreten Zielsetzungen, Instrumente und Verfahrensweisen der Politikumsetzung, und *Behördenarrangement*, d.h. die Kompetenzordnung, die Aufgabenverteilung und die verfügbaren Ressourcen der beteiligten Akteure untersucht (Knoepfel & Bussmann 1997). Ihre Ausgestaltung kann den Erfolg einer staatlichen Massnahme begünstigen oder behindern.

Mittels der im Policy-Design enthaltenen Instrumente sollen die Adressaten einer Politik zu Verhaltensänderungen bewegt werden, welche den vorgängig definierten Politikzielen entsprechen. Im vorliegenden Fall stellt die Vergütung einer medizinischen Leistung durch die Krankenversicherung

einen Anreiz dar, diese vermehrt zu erbringen bzw. zu beanspruchen. Das hier untersuchte Policy-Design beinhaltet ausserdem weitere Bestimmungen der Leistungsübernahme, wie die Umschreibung der Zielgruppen oder Vorschriften zum Leistungsumfang und zur Qualitätssicherung (vgl. KLV). Den Einfluss der Anreize und Ausführungsbestimmungen auf die Zielerreichung beschreibt eine dritte Hypothese:

H3: Ungeeignete oder ungenügende Policy-Instrumente sowie ungeeignete, ungenügende oder übermässige Regelungen des Policy-Designs behindern die zielkonforme Umsetzung von Präventionsmassnahmen.

Das Behördenarrangement weist den für die Umsetzung zuständigen Akteuren spezifische Aufgaben und Rollen zu. Die Durchführung der medizinischen Prävention obliegt Akteuren ausserhalb des direkten bundesstaatlichen Einflussbereiches, nämlich privaten Leistungserbringern oder den Kantonen. Diese müssen dafür über entsprechende Kompetenzen und Ressourcen verfügen. Hier stellt sich die Frage der Eignung der Vollzugsstruktur und der Ressourcenverfügbarkeit. Ist einer dieser beiden Faktoren nicht gegeben, ist von einer erschwerten Zielerreichung auszugehen.

H4: Ungeeignete Aufgabenverteilung und/oder ungenügende Ressourcen seitens der Vollzugsbeauftragten erschweren die zielkonforme Umsetzung von präventivmedizinischen Leistungen.

Vorgehen und Methode

Die Frage nach der Vollzugsperformanz der Präventionsmassnahmen im KVG wird mittels eines strukturierten qualitativen Vergleichs von zwei Fallstudien beantwortet, die sich mit exemplarisch ausgewählten präventivmedizinischen Leistungen befassen:

– *Impfungen im Schulalter*: Impfungen gelten fachlich unbestritten als eine der effizientesten und kostengünstigsten Massnahmen der medizinischen Prävention (Battaglia & Junker 2001). Gemäss dem gesamtschweizerischen Impfplan des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) sollen Kinder im Schulalter eine Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis, gegen Poliomyelitis, Masern, Mumps und Röteln sowie Impfungen gegen Hepatitis B erhalten. Ziel dieser Massnahme ist neben der individuellen Gesundheitsvorsorge die Sicherstellung eines möglichst breiten Durchimpfungsgrades unter den Kindern im Schulalter. Diese unter altem Recht von den Kantonen wahrgenommene Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege wird seit der Einführung des KVG teilweise durch die Krankenversicherung finanziert.

– *Screening-Mammographie*: Die Wirksamkeit der Mammographie ist wissenschaftlich nicht unumstritten (Gisler 2000). Eine Senkung der Brustkrebsmortalität kann mit einer möglichst hohen Beteiligung der Zielpopulation (Frauen ab 50 Jahren) an einem systematischen Früherkennungsprogramm (Screening) erreicht werden. Aus diesem Grund wurde die Screening-Mammographie unter der Bedingung, dass sie im Rahmen eines systematischen Programmes erbracht wird, auf befristeter Basis neu in den Pflichtleistungskatalog des KVG aufgenommen. Mit diesem Schritt sollte im Rahmen des nationalen Krebsbekämpfungsprogramms eine möglichst vollständige Erfassung aller Frauen zwischen 50 und 70 Jahren begünstigt werden.

Die Auswahl dieser beiden Leistungen begründet sich damit, dass in beiden Fällen die Kantone eine wesentliche Rolle bei ihrer Bereitstellung wahrnehmen und sich an ihnen die Problematik des Vollzugsföderalismus entsprechend untersuchen lässt. Während die Schulimpfungen schon vor dem KVG eine kantonale Aufgabe darstellten, und mit der neuen Regelung eine Vereinheitlichung des Leistungsumfanges angestrebt und die Aufteilung der Finanzierung verändert wurde, ist die Screening-Mammographie eine bisher nicht verfügbare Massnahme, die nur vergütet wird, wenn sie im Rahmen eines kantonal anerkannten systematischen Programms erbracht wird. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren solche Früherkennungsprogramme nur in den Kantonen Waadt, Genf und Wallis verfügbar.

Neben einer ausführlichen Prozessrekonstruktion mittels Dokumentanalyse beruhen die beiden Fallstudien auf verschiedenen empirischen Grundlagen. Das Beispiel der Impfungen im Schulalter basiert auf den Ergebnissen einer standardisierten schriftlichen Befragung zur Situation der Impfungen im Schulalter im jeweiligen Kanton, an der 24 von 26 Kantonsärzten teilnahmen (Battaglia & Junker 2001). Die Screening-Mammographie wurde anhand eines Vergleichs dreier Kantone untersucht, welche hinsichtlich ihrer Grösse und ihrer strukturellen Voraussetzungen mit den drei Programmkantonen Genf, Wallis und Waadt vergleichbar sind: Basel-Stadt, St. Gallen und Luzern. Zudem waren in diesen Kantonen die Aufbauarbeiten für ein kantonales Screening-Programm unterschiedlich weit fortgeschritten. In Basel-Stadt scheiterte ein fertig ausgearbeitetes Programm an der fehlenden politischen und finanziellen Unterstützung, in St. Gallen war eine Arbeitsgruppe noch zu keinem Ergebnis gelangt, und in Luzern waren keine organisierten Aktivitäten zu beobachten. In jedem Kanton wurden jeweils der Kantonsarzt und eine Fachperson, die mit der Einrichtung eines Screening-Programms beschäftigt war, mündlich befragt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Fallstudien zu den beiden untersuchten Präventivleistungen werden im Folgenden einzeln kurz wiedergegeben und anschliessend zusammengeführt. Die Diskussion der Hypothesen erfolgt anhand eines qualitativen Fallstudienvergleichs.

Impfungen im Schulalter

Das Ziel der Impfungen im Schulalter ist es, entsprechend dem nationalen Impfplan des BAG einen möglichst hohen Durchimpfungsgrad zu erreichen. Vor 1996 wurde diese Massnahme von den Schulärzten der Kantone wahrgenommen. Die Aufnahme verschiedener Impfungen in den Pflichtleistungskatalog hat diese klare Abgrenzung zwischen der im KVG geregelten individuellen Prävention und den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens aufgehoben und im Bereich der Impfungen im Schulalter zu Zuständigkeitskonflikten zwischen Kantonen und Versicherern geführt. Indem die Finanzierung der Impfungen von den Kantonen auf die Versicherer übergegangen ist, bestand für erstere kein direkter finanzieller Anreiz mehr, weiterhin einen effizienten Schulgesundheitsdienst aufrecht zu erhalten.

Die Fallstudie zeigt, dass die Uneinigkeit der betroffenen Akteure bereits auf Bundesebene eine inkohärente Zielsetzung zur Folge hatte und die Formulierung eines Policy Designs verunmöglichte (Battaglia & Junker 2001). Auch die Kantone waren unter sich über die Umsetzungsmodalitäten uneinig. Deshalb variieren die Implementierungsstrukturen auf Kantonesebene sehr stark. Während acht Kantone das Schularztssystem weiterhin aufrechterhalten, entschieden sich bisher fünf Kantone für das Privatarztssystem. In zehn Kantonen finden sich uneinheitliche Mischsysteme, in denen die Durchführung der Impfleistungen weg von den Schularztdiensten hin zur Privatärzteschaft gelenkt wird und wo für verschiedene Impfungen verschiedene Vorgehen vorgesehen sind. Die Wahl der kantonalen Vollzugsstruktur hängt u. a. vom Verhältnis der kantonalen Behörden zu den Bundesstellen ab: Kantone mit dem Privatarztssystem beurteilen die Bundesbehörden kritischer. Es kann zudem auch festgestellt werden, dass die Ausgestaltung des kantonalen Behördenarrangements von finanziellen Überlegungen der Kantone abhängig ist. Diese führen tendenziell zu einem Systemwechsel zum Privatarztmodell, welches den Aufwand der Kantone verringert. Der Rückzug der Kantone aus den Impfungen im Schulalter ist jedoch nicht eindeutig auf die Reform des KVG zurückzuführen.

Bezüglich der kantonalen Leistungserbringung konnte festgestellt werden, dass die Vollzugsperformanz umso höher ist, je einheitlicher die kantonale Umsetzungsstruktur (Policy-Design und Behördenarrangement) ist. Das Schularzt-

modell zeigt sich anfälliger für Abweichungen von der Strategie des Bundes als das Privatarztmodell, erreicht aber bei einer aktiven Rolle des Kantons eine bessere Vollzugsperformanz. Diese nimmt ab, je mehr Kinder von einem neben- oder hauptamtlichen Schularzt betreut werden müssen. Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Impfungen liegen keine schlüssigen Zahlen vor, hingegen hat ein Wechsel vom Schularzt- zum Privatarztssystem in der Einschätzung der Kantonsärzte tendenziell eine Abnahme der Schüleruntersuchungen, insbesondere bei zurückhaltenden Eltern und sozial benachteiligten Gruppen, zur Folge.

Screening-Mammographie

Mit der neu in die KLV aufgenommenen Screening-Mammographie wurde erstmals ein Public-Health-Programm für nicht übertragbare Krankheiten kassenpflichtig (Faisst & Ricka 2001). Die Einführung eines gesamtschweizerischen Programms scheiterte daran, dass wegen unterschiedlichen Tarifvorstellungen kein Tarifvertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern abgeschlossen werden konnte (Gisler 2000). Screening-Programme können jedoch auch auf kantonaler Ebene durchgeführt werden. Ihre Anerkennung als kassenpflichtige Leistung hat auch verschiedene Akteure dazu angeregt, ein entsprechendes Programm zu lancieren. Nach ihrer Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog ist die Screening-Mammographie bisher in den Kantonen Waadt, Genf und Wallis verfügbar. Ein Output, und damit auch ein allfälliger Impact, ist lediglich in diesen drei Kantonen beobachtbar.

Im Vergleich mit diesen Fällen einer erfolgreichen Umsetzung zeigen die Fallstudien in den Vergleichskantonen St. Gallen, Basel-Stadt und Luzern die Schwierigkeiten auf, welche die Einrichtung von weiteren kantonalen Screening-Programmen bisher verhinderten. Dabei zeigte sich übereinstimmend, dass die ungeklärte Finanzierung der nicht von der Krankenversicherung gedeckten Programmadministration das Haupthindernis darstellt. Potenzielle private Programmträger verfügen nicht über die nötigen Ressourcen, während die meisten Kantone darauf verzichten, im Rahmen ihrer Präventionspolitik ein Früherkennungsprogramm zu betreiben oder zu unterstützen. Ebenfalls spielt eine Rolle, dass der Nutzen des Mammographie-Screenings in Fachkreisen und bei den Kantonsbehörden umstritten ist (Zeyen-Bernasconi 2001).

Da das Policy-Design im Rahmen einer Qualitätssicherungsverordnung vom Bund sehr konkret vorgegeben ist, und weil die Kantone nicht zur Einrichtung bzw. Finanzierung von Früherkennungsprogrammen verpflichtet werden können, hängt deren Zustandekommen sehr stark vom Engagement, den Interessen und den Ressourcen der Vollzugsakteure ab.

Wie die Kantone Wallis, Waadt und Genf zeigen, kann die Einrichtung eines Programms dann erfolgen, wenn das entsprechende Engagement vorhanden ist, wenn die Finanzierungsfrage gelöst werden kann und wenn die präventionspolitische Aufgabenteilung zwischen den Kantonsbehörden, den Leistungserbringern und privaten Akteuren geklärt ist. In den Vergleichskantonen finden sich diesbezüglich unterschiedliche Voraussetzungen. Während in Basel-Stadt eine Arbeitsgruppe ein Programmprojekt vollständig ausarbeitete, jedoch an der fehlenden politischen Unterstützung scheiterte, sistierte die private Arbeitsgruppe in St. Gallen ihre Aktivitäten bereits vorher, weil sie durch eine alleinige Trägerschaft überfordert gewesen wäre. In Luzern hingegen fanden sich keine privaten Akteure, die sich für den Aufbau eines Screening-Programms einsetzen wollten. Die Beschaffenheit des Behördenarrangements erweist sich somit als wesentlicher Faktor für die Erarbeitung eines Programmprojekts.

Diskussion

Bezüglich der Performanzmasse *Output* und *Impact* zeigt sich für die beiden untersuchten präventivmedizinischen Leistungen, dass ihre Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog des KVG nicht im angestrebten Mass dazu beigetragen hat, das Leistungsangebot der obligatorischen Krankenversicherung auszubauen und Versorgungsgerechtigkeit im Bereich der medizinischen Prävention herzustellen. Auf die grundsätzliche Verfügbarkeit von Impfungen im Schulalter hatte die Aufnahme dieser Leistung ins KVG keinen Einfluss. Ihre Übernahme durch die Krankenversicherung führte allerdings in einigen Kantonen zu einem anderen Behördenarrangement, was eine qualitative Veränderung des Outputs zur Folge hatte, indem die Leistungserbringung vom Staat zu den Privatärzten überging. Als *Impact* ist ein damit verbundener Rückgang der Inanspruchnahme von Impfungen beim Schularzt festzustellen, was aufgrund der schwächer ausgeprägten Anreiz- und Kontrollmechanismen des Privatärztsystems die Gefahr eines geringeren Durchimpfungsgrads beinhaltet.

Bei der Screening-Mammographie ergänzte der Bund das fehlende Output der Tarifpartner mittels einer Verordnung, um die Bereitstellung der Leistung auf kantonaler Ebene zu ermöglichen. Ein Output kam jedoch nur in drei von 26 Kantonen zustande, womit gesamtschweizerisch gesehen nicht von Versorgungsgerechtigkeit gesprochen werden kann. Ein *Impact* kann somit auch nur in diesen drei Kantonen festgestellt werden, während in den anderen Landesgegenenden der Zielgruppe dieser Massnahme keine Möglichkeit geboten wird, ihr Verhalten zu ändern.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der beiden Fallstudien aufgenommen und die aufgestellten Hypothesen diskutiert, um die Gründe für die festgestellten Vollzugsdefizite aufzuzeigen.

H1: Die Hypothese, dass eine zielkonforme Umsetzung von Präventionsmassnahmen von akteurspezifischen Interessenkonstellationen abhängt, bestätigt sich in beiden Fallstudien. Bei den Impfungen im Schulalter führte Uneinigkeit über die zu verfolgende Strategie auf Bundesebene dazu, dass keine einheitliche Vorgaben für den Vollzug bestehen. Das liess den Kantonen die Möglichkeit, nicht dasjenige System zu wählen, das Versorgungsgerechtigkeit besser gewährleistet, sondern das billigere.

Die Durchführung von Mammographie-Screening-Programmen ist auf nationaler Ebene und in den meisten Kantonen an unterschiedlichen finanziellen Interessen der Tarifpartner und an mangelnder Überzeugung von ihrem Nutzen gescheitert. Die Screening-Mammographie wird in denjenigen Kantonen angeboten, in denen sich Leistungserbringer, Versicherer, Programmorganisation und Kantonsbehörden auf die Durchführung eines systematischen Früherkennungsprogramms einigen und die Finanzierung einvernehmlich regeln konnten.

H2: In beiden Fallstudien zeigt sich, dass die Umsetzung der präventivmedizinischen Bundesregelungen durch die Kantone davon abhängt, inwieweit sich die bundesstaatlichen Ziele mit eigenen kantonspolitischen Optionen in Einklang bringen lassen oder für deren Verfolgung instrumentalisiert werden können. Ein Teil der Kantone sah in der Neuregelung der Kostenübernahme der Impfungen im Schulalter eine Möglichkeit, kantonale Sparbemühungen zu unterstützen. Sie nutzten den neuen Handlungsspielraum dafür, das gesundheitspolitische Ziel der verstärkten Prävention für finanzpolitische Anliegen zu instrumentalisieren, was sich negativ auf den Durchimpfungsgrad der Zielgruppe auswirken kann. Im Fall der Screening-Mammographie erwies sich die fehlende Unterstützung durch die mit der Prävention betrauten Kantonsbehörden als ausschlaggebender Faktor für das Scheitern privater Bemühungen, ein Früherkennungsprogramm zu errichten. Hingegen stehen KVG-konforme Screening-Programme in den drei Kantonen zur Verfügung, welche die Brustkrebsfrüherkennung von sich aus zu einer Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens gemacht haben.

H3: Hinsichtlich des Einflusses der Ausgestaltung des Policy Designs auf die Umsetzung von Präventionsmassnahmen führen die Fallstudien zu differenzierten Er-

gebissen. Weil der Bund lediglich die Bedingungen der Leistungsvergütung durch die Krankenversicherung regelt, verfügt er über keine Instrumente, um die Bereitstellung der kassenpflichtigen Präventionsleistungen durchzusetzen. Einzig im Bereich der Qualitätssicherung bestehen Bestimmungen (Impfplan, Qualitätssicherungsverordnung), welche jedoch lediglich die Leistungsinhalte betreffen, nicht aber die Leistungserbringung an sich. Bei den Impfungen im Schulalter zeigen sich kantonale Unterschiede in der schulärztlichen Versorgung in Abhängigkeit vom gewählten Policy-Design. In denjenigen Kantonen, welche die Impfung staatlich durchführen oder kontrollieren, ist eine höhere Vollzugsperformanz festzustellen, als in den Kantonen, welche sich nur minim oder gar nicht um die Erfolgskontrolle der an die Privatärzte ausgelagerten Impftätigkeit bemühen.

Die mangelnde Verfügbarkeit der Screening-Mammographie ist auf die fehlende Regelung der Finanzierung der Programmkosten und auf das Fehlen von Anreizen zur Leistungserbringung zurückzuführen. Neben dieser zentralen Lücke im Vollzugsinstrumentarium stellt in einem anderen Bereich die vorhandene Regelung gleichzeitig ein gewisses Vollzugshindernis dar: Die Erfüllung der für den Programmerfolg zentralen Qualitätssicherungsbestimmungen ist mit hohem Aufwand verbunden und hält viele Leistungserbringer davon ab, an einem Früherkennungsprogramm zu partizipieren.

H4: Die Hypothese, dass eine ungeeignete Aufgabenverteilung bzw. ungenügende Ressourcen seitens der Vollzugsbeauftragten die Umsetzung von präventivmedizinischen Leistungen beeinträchtigen, bestätigt sich aufgrund der Fallstudien ebenfalls weitgehend. Im Fall der Impfungen im Schulalter zeigt sich bei einem Wechsel zum Privatarztsystem, dass die Kontrolle der Inanspruchnahme von Impfangeboten nicht im selben Ausmass gewährleistet ist, wie bei einer Leistungserbringung durch den Kanton. Auch bei der Screening-Mammographie wirkt sich das Behördenarrangement auf die Umsetzung aus, weil das Zustandekommen von systematischen Früherkennungsprogrammen im Wesentlichen von der Initiative privater Akteure abhängig ist, diese jedoch kaum über die nötigen finanziellen Ressourcen und politische Unterstützung verfügen.

Schlussfolgerungen

Die Analyse der Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog führt zur Erkenntnis, dass sich die angestrebten Veränderungen bei den vollziehenden Behörden und den Leistungserbringern nicht oder nur unvollständig eingestellt haben. Es zeigt sich, dass die Abgeltung dieser Leistungen durch die Krankenversicherung eine ungenügende Voraussetzung zur Sicherstellung der Versorgungsgerechtigkeit ist. Aufgrund der festgestellten Vollzugsdefizite wurden die präventionspolitischen Ziele des Bundes nicht wie vorgesehen erreicht. Die zielkonforme Umsetzung präventivmedizinischer Erkenntnisse und Anliegen scheitert damit an den politischen Rahmenbedingungen und der föderalistischen Kompetenzordnung des schweizerischen Gesundheitswesens.

Bei der Erweiterung des Pflichtleistungskatalogs wurde es einerseits verpasst, klare übergeordnete Zielsetzungen zu formulieren, andererseits wurde den Voraussetzungen der tatsächlichen Umsetzung zu wenig Beachtung geschenkt. Die Bundesgesetzgebung regelt zwar die Bedingungen der Vergütung einer medizinischen Massnahme, enthält jedoch keine Instrumente, um die effektive Leistungserbringung im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit zu beeinflussen. Das KVG stellt damit eine ungenügende Rechtsgrundlage dar, um den Vollzug von präventivmedizinischen Leistungen in den Kantonen zu gewährleisten.

Da die medizinische Prävention in den Aufgabenbereich der Kantone fällt, führt das Fehlen von Bundesregelungen zu einem autonomen kantonalen Vollzug, der sich in Abhängigkeit von verschiedenen politischen Faktoren entsprechend unterschiedlich gestaltet. Die ungelöste Finanzierungsfrage bei Präventionsprogrammen führt zudem einerseits zu Interessenkonflikten und hindert andererseits ressourcenschwache Akteure an der Umsetzung der Massnahmen. Somit kann die vom Gesetzgeber angestrebte Versorgungsgerechtigkeit im Bereich der medizinischen Prävention nicht gewährleistet werden.

Als Konsequenz ergibt sich für die mit dem Vollzug des KVG betrauten Bundesbehörden in zwei Richtungen Handlungsbedarf: Zum einen implizieren die Ergebnisse eine stärkere Führungsrolle des Bundes zur Sicherstellung der Versorgungsgerechtigkeit im Bereich der Prävention, weil die Kassenpflicht von Präventionsmassnahmen allein zur Erreichung von Public-Health-Zielen nicht ausreicht. Sinnvoll erscheinen Instrumentarien auf Bundesebene, um die Versorgungsgerechtigkeit als Kriterium der Kassenpflicht zu definieren und durchsetzen zu können.

Zum anderen ist im Gegensatz zu den nachfrageorientierten individualmedizinischen Leistungen im Bereich der medizinischen Prävention, welche Aufgabe des öffentlichen

Gesundheitswesens ist, die Bedeutung politischer Vollzugsinstanzen und damit die Wahrscheinlichkeit von Vollzugsproblemen ungleich höher. Das bedeutet, dass bei der Aufnahme von Präventivleistungen unter dem Stichwort der Versorgungsgerechtigkeit auch Vollzugsaspekte zu berücksichtigen sind. Um die Vollzugs- und damit auch der Fö-

deralismustauglichkeit solcher Massnahmen sicherzustellen, sind die Vollzugsinstanzen, d.h. kantonale Stellen bzw. parastaatliche oder private Leistungserbringer, einzubeziehen. Wie die Analyse gezeigt hat, kommt hierbei der Frage der Finanzierung von Präventions- und Früherkennungsprogrammen besonderes Gewicht zu.

Zusammenfassung

Fragestellung: Das neue KVG von 1996 führte die Kassenpflicht für gewisse Präventionsleistungen ein und verbesserte so die Rahmenbedingungen für die politische Umsetzung präventivmedizinischer Erkenntnisse und Anliegen. Der vorliegende Artikel behandelt die Frage, mit welchen Problemen die Verwirklichung dieser Public-Health-Ziele in einem föderalistischen Gesundheitssystem wie dem schweizerischen mit starker kantonomer Autonomie konfrontiert ist.

Methode: Vergleichendes qualitatives Fallstudien-Design (Impfungen im Schulalter und Screening-Mammographie).

Ergebnisse: Weil die Prävention in den Autonomiebereich der Kantone fällt und das KVG als Bundesgesetz lediglich die Vergütung erbrachter Leistungen regelt, aber keine Instrumente enthält, die einen zielkonformen Vollzug garantieren, scheitert die Umsetzung von Public-Health-Zielen an Interessenkonflikten zwischen den Vollzugsakteuren, unterschiedlichen kantonalen Politikpräferenzen und fehlenden Ressourcen.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse legen eine stärkere präventionspolitische Führungsrolle des Bundes und den verstärkten Einbezug von Vollzugsaspekten bei der Aufnahme von Leistungen in die Kassenpflicht nahe.

Résumé

Santé publique, prévention et fédéralisme: leçons de la mise en œuvre de la loi fédérale sur l'assurance maladie

Objectifs: La nouvelle LAMal de 1996 a introduit la prise en charge de certaines prestations préventives, qui ont ouvert la possibilité d'intégrer des données probantes dans la politique de santé fédérale. Notre article examine les problèmes liés à la réalisation de ces objectifs de santé publique dans un système de santé fédéraliste avec une forte autonomie cantonale, comme c'est le cas en Suisse.

Méthode: Comparaison d'études de cas qualitatives (vaccinations des enfants d'âge scolaire et mammographie de dépistage).

Résultats: Parce que la prévention est la domaine des cantons et la LAMal comme loi fédérale ne règle que l'éventail des prestations couvertes, mais ne dispose pas d'instruments garantissant le respect des buts de la médecine préventive, la mise en œuvre des objectifs de la santé publique est bloquée par des conflits d'intérêt, des préférences cantonales divergentes et un manque de ressources.

Conclusions: Les résultats parlent en faveur d'un pilotage plus accentué par la Confédération en matière de politique de prévention et d'une considération plus importante des questions d'application lors de l'introduction de nouvelles prestations dans l'assurance obligatoire.

Literaturverzeichnis

Abelin T (1998). Fallbeispiel Public Health: Probleme und Lösungen bei der Übernahme präventiver Leistungen durch das KVG. In: Egli M, ed. Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz. Hünenberg: Trend Care: Kapitel 4.6.

Battaglia M, Junker C (2001). Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog: Teilprojekt Impfungen im Schulalter: Forschungsbericht 9/01. Bern: BSV.

Braun D (2003). Dezentraler und unitarischer Föderalismus: die Schweiz und Deutschland im Vergleich. Schweiz Ztschr Politikwiss 9: 57–89.

Bundesrat (1991). Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (91.071). Bern: EDMZ.

Faisst K, Ricka-Heidelberger R (2001). Mammographie-Screening in der Schweiz: eine retrospektive Analyse zur Umsetzung. Zürich: IfSPM.

Gisler R (2000). Abschlussbericht „Gesamt-schweizerisches Programm Mammographie-Screening“, Version 3.0. Bern: Stiftung zur Früherkennung von Krebs.

Kissling-Näf I, Knoepfel P (1992). Politikflexibilität dank zentralstaatlichem Immobilismus? Handlungsspielräume kantonaler Vollzugspolitiken im schweizerischen politisch-administrativen System. In: Abromeit H, Pommerehne W, eds. Staatstätigkeit in der Schweiz. Bern; Stuttgart; Wien: Haupt: 43–69.

Kissling-Näf I, Wälti S (1999). Der Vollzug öffentlicher Politiken. In: Klöti U, Knoepfel P, Kriesi H, Linder W, Papadopoulos Y, eds. Handbuch der Schweizer Politik. Zürich: NZZ: 651–89.

Knoepfel P, Bussmann W (1997). Die öffentliche Politik als Evaluationsobjekt. In: Bussmann W, Klöti U, Knoepfel P, eds. Einführung in die Politikevaluation. Basel; Frankfurt a. M.: Helbing & Lichtenhahn: 58–77.

Kocher G (2001). Kompetenz- und Aufgabenverteilung Bund – Kantone – Gemeinden. In: Kocher G, Oggier W, eds. Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002: ein aktueller Überblick. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: 80–6.

Linder W (1987). Politische Entscheidung und Gesetzesvollzug in der Schweiz. Bern; Stuttgart: Haupt.

Sager F, Rüefli C (2001). Auswirkungen der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen in den Pflichtleistungskatalog: Forschungsbericht 10/01. Bern: BSV.

Sager F (2003). Kompensationsmöglichkeiten föderaler Vollzugsdefizite: das Beispiel der kantonalen Alkoholpräventionspolitiken. Schweiz Ztschr Politikwiss 9: 309–33.

Schneider S (2001). Tariffbildung im schweizerischen Gesundheitswesen. Soziale Sicherheit 2/2001: 56–60.

Vatter A (2003). Strukturen, Prozesse und Inhalte der schweizerischen Gesundheitspolitik. In: Zenger A, Jung T, eds. Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext – Normen – Perspektiven. Bern: Huber: 155–65.

Zeyen-Bernasconi P (2001). Problemfelder und politische Klippen bei der Durchführung eines Public-Health-Programms am Beispiel der Früherkennung von Brustkrebs. Managed Care 3: 6–8.

Autorenhinweis:

Christian Rüefli, lic. rer. soc. und Fritz Sager, Dr. rer. soc., untersuchten im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherung zuhanden der KVG-Wirkungsanalyse die Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog. Die Studie ist in der Reihe „Beiträge zur sozialen Sicherheit“ des BSV als Forschungsbericht 10/01 erschienen.

Korrespondenzadresse:

**Christian Rüefli, lic. rer. soc.
Büro Vatter
Politikforschung & -beratung
Gerbergasse 27
CH-3011 Bern
e-mail: ruefli@buerovatter.ch**



To access this journal online:
<http://www.birkhauser.ch>
