



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Auswirkungen der Aufnahme
von präventivmedizinischen
Leistungen in den
Pflichtleistungskatalog*

Teilbericht Impfung im Schulalter

Forschungsbericht Nr. 9/01

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autoren: Markus Battaglia, Christoph Junker
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
Universität Bern
Finkenhubelweg 11
3012 Bern
Tel. 031/631 35 11
Fax 031/631 35 20

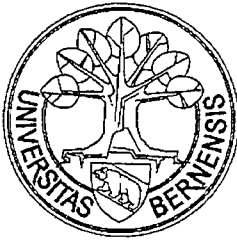
Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-35-6

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung
eines Belegexemplares an das Bundesamt für
Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmoz

Bestellnummer: 318.010.9/01 d 8.01 400



**Universität Bern
Institut für Sozial- und Präventivmedizin**

Finkenhubelweg 11
CH-3012 Bern

Markus Battaglia, Christoph Junker

**Auswirkungen der Aufnahme von
präventivmedizinischen Leistungen
in den Pflichtleistungskatalog
(Wirkungsanalyse KVG)**

Teilbericht Impfungen im Schulalter

Bern, Januar 2001

**im Auftrag des
Bundesamtes für Sozialversicherungen**

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Unter dem alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetz stellten präventivmedizinische Leistungen lediglich freiwillige Leistungen dar. Dem Anliegen breiter Kreise entsprechend, erhielt die Prävention im Krankenversicherungsgesetz KVG ihren festen Platz unter den durch die Versicherung finanzierten Leistungen. Das Anliegen ist auch international unbestritten, so unterstreichen Publikationen, wie der Bericht „The Goals of Medicine“ des Hastings Center oder „Gesundheit 21“ der WHO, Regionalbüro Europa, die Wichtigkeit der Prävention in der Medizin und im Gesundheitswesen der Zukunft. Sind die Voraussetzungen für die Anliegen der Prävention mit dem neuen Gesetz tatsächlich besser geworden?

Seit 1996 sind einige etablierte und neue präventivmedizinische Leistungen auf eine neue Finanzierungsgrundlage gestellt worden, bei anderen ist dies nur teilweise gelungen oder gar gescheitert. Ein Konfliktpunkt dabei war die Frage, ob und wie sich die Träger des öffentlichen Gesundheitswesens und die Krankenversicherung in die Finanzierung der Prävention teilen sollen. Aus diesem Grunde widmete sich die Wirkungsanalyse* dieser Thematik. Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern hat das Thema anhand der Impfungen im Schulalter aufgegriffen. Die Routineimpfungen im Kindesalter gehören zu den unbestrittenen Präventionsmassnahmen und werden sowohl im Vorschul- als auch im Schulalter durch die Krankenversicherung bezahlt. Im Schulalter geht es darum, die im Kleinkindesalter verabreichten Impfungen aufzufrischen und sofern notwendig zu kompletieren. Es handelt sich um eine Aufgabe, die vom privatärztlichen System und dem öffentlichen Gesundheitswesen gemeinsam wahrgenommen wird. Die Studie zeigt, gestützt auf eine Befragung der Kantonsärzte, dass dieses Zusammenspiel nicht überall befriedigend funktioniert. Die Tatsache, dass die Krankenversicherung seit 1996 die Impfungen im privatärztlichen System bezahlt, garantiert die angestrebte Versorgungsgerechtigkeit offensichtlich nicht, im Gegenteil, es besteht eine gewisse Gefahr, dass die komplementären Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens vernachlässigt werden.

Die vorliegende Studie bildete eines von drei Beispielen, die in einer weiteren Studie im Rahmen der Wirkungsanalyse einer politologischen Analyse unterzogen wurden. Beide Studien zusammen zeigen, dass ein Handlungsbedarf besteht, sofern die Krankenversicherung ihren Beitrag zu einer zeitgemässen Prävention leisten soll. Individuelle präventivmedizinische Leistungen erfordern ein Rahmenprogramme, für deren Finanzierung das KVG eine ungenügende Grundlage abgibt. Eine nachhaltige Förderung der Prävention ist demnach nur in Partnerschaft mit anderen Finanzierungsträgern möglich.

Dr. med. Felix Gurtner, Projektleiter
Hauptabteilung Krankenversicherung
Sektion Medizinische Leistungen

* In der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, Art. 32) ist festgelegt, dass die Auswirkungen des KVG zu untersuchen sind. Das BSV koordinierte und finanzierte zu diesem Zwecke eine breit angelegte Wirkungsanalyse

Préface de l'Office fédéral des assurances sociales

Sous le régime de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents, les prestations de médecine préventive étaient purement facultatives. Répondant aux vœux de larges cercles, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a inclus la prévention au nombre des prestations financées par l'assurance. Au niveau international, plus personne ne conteste la nécessité d'une prise en charge de la prévention, et des publications comme les rapports « The Goals of Medicine » du Hastings Center et « Santé 21 » du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe soulignent le rôle majeur que devrait jouer la prévention dans la médecine et la santé publique de l'avenir. Mais l'introduction de la nouvelle loi a-t-elle réellement créé des conditions plus favorables à la prévention ?

Depuis 1996, quelques prestations de médecine préventive, nouvelles ou bien établies, sont dotées d'une nouvelle base de financement ; pour d'autres, la chose n'a pu se faire qu'en partie, ou a échoué. La question de savoir si les organismes responsables de la santé publique et de l'assurance-maladie devaient participer au financement de la prévention a donné lieu à controverse. C'est pourquoi l'analyse des effets* comprend également l'étude de ce problème. L'Institut de médecine préventive et sociale (ISPM) de l'Université de Berne a traité ce thème en se penchant plus particulièrement sur les vaccinations en âge scolaire. Les vaccinations de routine effectuées en bas âge font partie des mesures préventives incontestées et sont remboursées par les assurances-maladie, que l'enfant soit en âge scolaire ou en âge préscolaire. A l'âge scolaire, il s'agit de faire des rappels des vaccins administrés dans la petite enfance et de compléter la vaccination le cas échéant. Cette tâche est remplie conjointement par le système de médecine privée et par les services de santé publique. L'étude montre, sur la base d'une enquête auprès des médecins cantonaux, que cette collaboration ne fonctionne pas partout de manière satisfaisante. Le fait que l'assurance-maladie rembourse depuis 1996 les vaccinations effectuées par les médecins privés ne garantit manifestement pas l'équité voulue de l'accès aux soins ; au contraire, le risque existe que les tâches complémentaires de la santé publique soient négligées.

L'objet de la présente étude constitue l'un des trois cas de figure analysés sous l'angle de la science politique par une autre étude menée dans le cadre de l'analyse des effets. Ensemble, ces deux études montrent que des mesures s'imposent si l'on veut que l'assurance-maladie contribue à une prévention moderne. Les prestations individuelles de médecine préventive doivent être intégrées à des programmes pour le financement desquels la LAMal constitue une base insuffisante. Une promotion durable de la prévention n'est possible qu'avec le concours d'autres sources de financement.

Dr Felix Gurtner, chef de projet
Division principale Assurance-maladie et accidents
Section Prestations médicales

* Selon l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, art. 32), les effets de la LAMal doivent faire l'objet d'études scientifiques. L'OFAS a coordonné et financé dans ce but une vaste analyse des effets.

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Nel diritto previgente, ai sensi della vecchia legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, le prestazioni della medicina preventiva erano unicamente facoltative. Rispondendo ad una diffusa esigenza, la nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal) ha incluso la prevenzione tra le prestazioni finanziate dall'assicurazione. Anche sul piano internazionale la copertura assicurativa della prevenzione è ormai incontestata, tanto che pubblicazioni quali i rapporti « The Goals of Medicine » di Hastings Center e « Salute 21 » dell'OMS (Ufficio regionale Europa) sottolineano l'importanza della prevenzione nella medicina e nella sanità pubblica del futuro. Ma la nuova legge ha effettivamente migliorato le condizioni necessarie alla prevenzione?

Dal 1996 per alcune prestazioni di medicina preventiva, sia nuove che correnti, è stata introdotta una nuova base di finanziamento; per altre, invece, questo è stato possibile solo in parte o non lo è stato affatto. La questione della partecipazione o meno al finanziamento della prevenzione da parte degli organismi responsabili della sanità pubblica e dell'assicurazione malattie e delle sue eventuali proporzioni è stata fonte di controversie. L'analisi degli effetti* ha perciò esaminato il problema. L'istituto di medicina preventiva e sociale ("Institut für Sozial- und Präventivmedizin, ISPM") dell'Università di Berna ha affrontato l'argomento basandosi sulle vaccinazioni eseguite in età scolastica. Le vaccinazioni di routine dei bambini sono misure preventive incontestate e rimborsate dall'assicurazione malattie sia in età prescolastica che scolastica. In età scolastica si tratta di ripetere i vaccini eseguiti nei primi anni di vita e di provvedere a completarli qualora fosse necessario. Questo compito è svolto congiuntamente dai medici privati e dai servizi della sanità pubblica. Lo studio mostra, sulla base di un'inchiesta svolta presso i medici cantonali, che questa collaborazione non è soddisfacente ovunque. Il fatto che dal 1996 l'assicurazione malattie rimborsi le vaccinazioni eseguite dai medici privati evidentemente non garantisce l'equità dell'accessibilità all'assistenza auspicata: vi è, al contrario, il rischio che i compiti complementari della sanità pubblica siano trascurati.

L'oggetto del presente studio è uno dei tre esempi sottoposti ad un'analisi politologica in un ulteriore studio svolto nel quadro dell'analisi degli effetti. Combinati, i due studi mostrano che è indispensabile intervenire se si vuole che l'assicurazione malattie contribuisca ad una prevenzione al passo con i tempi. Le prestazioni preventive individuali necessitano di programmi per i quali la LAMal non fornisce una base di finanziamento sufficiente. Una promozione durevole della prevenzione è possibile solo con il sostegno di altre fonti di finanziamento.

Dr. med. Felix Gurtner, responsabile del progetto
Divisione principale assicurazione malattie
Sezione prestazioni mediche

* L'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal, art. 32) prevede che gli effetti della LAMal siano studiati scientificamente. Allo scopo l'UFAS ha quindi coordinato e finanziato un'analisi degli effetti su ampia scala.

Foreword by the Federal Social Insurance Office

Under the old health and accident insurance legislation, insurers did not have to cover preventive medical services. In response to widespread demand, the new Law on Sickness Insurance (Krankenversicherungsgesetz KVG/LaMal) now includes preventive measures in the list of medical services subject to obligatory coverage under the basic insurance scheme. Not only Switzerland views prevention as a major concern. Such international publications as the “Goals of Medicine“ report by the Hastings Center, or “Health 21” by the WHO’s European regional office, highlight the importance of prevention for the medicine and health care of tomorrow. The question is – has the new law perceptibly improved conditions for prevention implementation?

Several well established as well as novel preventive measures are subject to new financial regulations since 1996. For other measures, new regulations were implemented only in part, or fell through. Since a major point of conflict was the allocation of the responsibility for the financing of preventive measures to either the public health care system or to insurers, the impact assessment* focused on this issue. In its study, the Institute for Social and Preventive Medicine (ISPM) at Bern University analysed vaccinations of school-age children. Routine vaccinations for children of pre-school and school age are an undisputed preventive measure, and are covered by insurance. Vaccinations of school age children aim to boost and if necessary complete the vaccination process, and are dispensed jointly by private providers and the public health care system. The study, based on a survey of cantonal doctors, shows that this interplay is not always satisfactory. In fact, it appears obvious that insurance coverage of vaccinations by private providers, introduced in 1996, does not ensure equitable provision. On the contrary, it may encourage the public health care system to neglect its complementary obligations.

The present study (alongside two other examples of preventive measures) served as the basis of a political science analysis also conducted as part of the impact assessment. Both studies show that decisive steps need to be taken to ensure that insurers play their part in effective and timely prevention. Individual preventive measures need framework programmes to implement them. Since the KVG does not provide for the financing of such programmes, prevention promotion needs other financial backers if it is to be sustainable and successful.

Dr. med. Felix Gurtner, Head of Project
Sickness Insurance Department
Medical Technology Unit

* The Decree on Sickness Insurance (KVV, Art. 32) states, that the effects of the KVG/LAMal are to be subject to investigation. To this end, the Federal Office for Social Insurance has coordinated and financed a broad-based impact assessment.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	i
Verdankung	iii
Zusammenfassung	Z-1
Résumé	Z-7
Riassunto	Z-13
Executive Summary	Z-19
1. Einleitung	1
1.1 Auftrag.....	1
1.2 Problemstellung.....	2
1.2.1 Das KVG	2
1.2.2 Impfungen	4
1.2.3 Impfungen und KVG	6
1.2.4 Akteure und Betroffene.....	7
1.3 Theoretische Grundlagen der Hypothesenbildung	8
1.4 Explizite Forschungsfragen	12
1.5 Aufbau des Berichts	12
2. Herleitung der Hypothesen.....	13
2.1 Untersuchungsdesign mit Hypothesen	13
2.2 Der Rahmen: Politikkonzept und Politics auf nationaler Ebene.....	13
2.3 Analyse der Kantone: Abhängige Variablen.....	14
2.3.1 Outputs.....	14
2.3.2 Impacts.....	15
2.4 Analyse der Kantone: Unabhängige Variablen.....	16
2.4.1 Politikkonzept und Politics auf kantonaler Ebene	16
2.4.2 Policy Design auf kantonaler Ebene	18
2.4.3 Behördenarrangements auf kantonaler Ebene	21
2.5 Wahl der Methoden	23
2.6 Rücklauf der Fragebogen	24

3. Resultate.....	25
3.1 Politikkonzept und Politics auf nationaler Ebene.....	25
3.1.1 Die nationale Akteurkonstellation.....	25
3.1.2 Fazit auf nationaler Ebene.....	32
3.2 Kantonale Ebene: Abhängige Variablen.....	34
3.2.1 Outputs.....	34
3.2.2 Impacts.....	37
3.2.3 Fazit zur Politikproduktion auf kantonaler Ebene.....	39
3.3 Unabhängige Variablen.....	42
3.3.1 Politikkonzept und Politics auf kantonaler Ebene.....	42
3.3.2 Policy Design auf kantonaler Ebene.....	44
3.3.3 Behördenarrangements auf kantonaler Ebene.....	46
3.4 Fazit zu den Umsetzungsstrukturen: Typologie der Kantone.....	52
4. Resultate der Analyse.....	53
4.1 Die Zusammenhänge von Politikkonzept und Politics auf kantonaler Ebene mit Outputs und Impacts.....	53
4.2 Die Zusammenhänge von Policy Design mit Outputs und Impacts.....	58
4.3 Die Zusammenhänge von Behördenarrangements mit Outputs und Impacts.....	71
5. Synthese.....	73
5.1 Die Verfügbarkeit der Impfungen im Schulalter.....	73
5.2 Veränderungen in Leistungsangebot und Nutzung.....	74
5.3 Strukturelle Veränderungen.....	76
5.4 Finanzielle Auswirkungen.....	79
5.5 Übergeordnete Zielsetzungen.....	82
6. Literaturangaben.....	85
7. Anhang.....	87

Verdankung

Wir bedanken uns bei Fritz Sager, Mitarbeiter im Büro für Politikforschung & -beratung von Dr. Adrian Vatter in Bern, für die politologische Unterstützung und Beratung im Projekt und die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Unser Dank geht vor allem auch an alle beteiligten Kantonsärztinnen und Kantonsärzte, Schulärztinnen und Schulärzte und an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen kantonalen und nationalen Behörden und Organisationen, welche offen Auskunft gaben und dieser Arbeit erst den notwendigen gesamtschweizerischen Überblick ermöglichten.

Markus Battaglia, Christoph Junker

Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog (Wirkungsanalyse KVG) - Teilbericht Impfungen im Schulalter

Zusammenfassung

Problemstellung

Im Rahmen einer Wirkungsanalyse zum neuen Krankenversicherungsgesetz werden mit der vorliegenden Studie am Beispiel der Impfungen im Schulalter die Struktureffekte der öffentlichen Politik untersucht und die Zielerreichung beurteilt. Gemäss der Fragestellung des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV), stehen die Verfügbarkeit der präventivmedizinischen Leistung „Impfungen im Schulalter“, die Änderung von Strukturen in den Kantonen als auch die Verschiebung von finanziellen Verpflichtungen (öffentliche Hand, Versicherer, Selbstzahler) im Vordergrund der Untersuchung. Das neue KVG bestimmt, dass präventive, medizinische Leistungen durch die obligatorische Versicherung zu bezahlen sind. Die Krankenversicherungs-Verordnung legt den Katalog derjenigen dieser Leistungen fest, welche als wirksam und wirtschaftlich anerkannt werden. 1998 und 1999 wurde mit der Änderung der Verordnung die Leistungspflicht für die wichtigsten Impfungen im Schulalter im Gesetz eingeführt.

Methoden

Wir untersuchen die öffentliche Politik in dieser Frage mit einer politologisch orientierten Evaluation. Dazu wird der Prozess der Politikgenerierung und -umsetzung in Teilelemente aufgegliedert. Wir interessieren uns speziell für die produzierten Endergebnisse des Politikprogramms (Outputs) und die erzielten Verhaltensänderungen bei den Politikadressaten, der impfenden Ärzteschaft (Impacts). In einem Wirkungsmodell beschreiben wir die zu untersuchenden strukturellen Wirkungen des KVG's auf den verschiedenen Ebenen und formulieren Hypothesen zur Auswirkung der Struktureffekte auf die Endergebnisse und Verhaltensänderungen.

Als Instrument wurde eine Vollerhebung bei allen Kantonen mit einem strukturierten Fragebogen an die Kantonsärzte verwendet. Ergänzend wurden Interviews mit Akteuren auf nationaler und auf kantonaler Ebene geführt, Dokumente analysiert und die Literatur bearbeitet.

Die wichtigsten Resultate auf einen Blick

Fazit auf nationaler Ebene

Die verfolgten Ziele der Politik, nämlich die Versorgungsgerechtigkeit durch die verpflichtende Finanzierung der Leistung „Impfungen im Schulalter“ im KVG einerseits, sowie die Beibehaltung der komplementären Impfleistung der Kantone im öffentlichen Gesundheitswesen andererseits, erweisen sich als nicht kohärent. Diese Ziele der Politik bezüglich der Impfungen im Schulalter werden auf der Bundesebene nur zwischen den Zeilen genannt und nicht klar deklariert. Aus der Analyse der einzelnen Akteurstandpunkte geht hervor, dass über die Ziele zu keinem Zeitpunkt bei der Mehrheit der wichtigen Akteure ein Konsens bestand. Die Frage der Auswirkungen durch die Änderung der Finanzierung der Leistungen, wurde vor Einführung der Leistungspflicht zuwenig genau abgeklärt und teilweise falsch eingeschätzt.

Mit der Einführung der Leistungspflicht im KVG wurde das eine Ziel, die Finanzierung für die Impfungen im Schulalter in der Grundversicherung erreicht. Die Anreize für die Durchführung der Impfungen im öffentlichen Gesundheitswesen wurden damit aber vermindert und verkehrten das zweite Ziel ins Gegenteil.

Fazit auf kantonaler Ebene

Die Kantone nutzen den vermehrten Handlungsspielraum im Bereich der Impfungen im Schulalter. Unsere Untersuchung zeigt ausgeprägte Unterschiede auf den verschiedenen untersuchten Ebenen der Politikproduktion in den Kantonen. Diese sind insbesondere bei den vertraglichen Vereinbarungen zwischen Kanton und kantonalem Krankenversicherungsverband über die finanzielle Abgeltung der Leistungen entscheidend für die Anreize im System. Ein Rückzug aus der Finanzierung der Leistung ist allgemein festzustellen. Neben den Auswirkungen der Änderungen im KVG spielen auch finanzielle Überlegungen in den Kantonen eine wichtige Rolle. Zwar werden die Impfungen im Schulalter aktuell in allen Kantonen angeboten; ob diese Leistung im privatärztlichen und schulärztlichen Rahmen erbracht wird, variiert zwischen den Kantonen stark.

Typologie der Kantone

Aus der Beschreibung der strukturellen Entwicklungen in den einzelnen Kantonen können Typen zusammengefasst werden, die es erlauben, die wichtigsten Wirkungen des KVG zusammenfassend darzustellen.

Es ergeben sich folgende 3 Typen:

1. Traditionelle Kantone mit mehrheitlich dezentralisiertem, auf Gemeindeebene organisiertem Schularztdienst, wenig zentraler Steuerung und Monitoring durch die kantonale Stelle, Unterstützung der schulärztlichen Dienste in unterschiedlichem Ausmass durch Vereinbarungen zwischen Kanton und Krankenkassen.
2. Traditionelle Kantone mit mehrheitlich dezentralisiertem Schularztdienst, in denen zusätzlich und exklusiv die Durchführung der Impfleistungen weg von den nebenamtlichen Schularztdiensten hin zur Privatärzteschaft gelenkt wird. Diese indirekte Steuerung ist Folge der fehlenden Vereinbarungen zwischen Kanton und Versicherern. Entsprechend werden die kantonalen Gesetze über die Finanzierung der Impfleistungen im Schularztdienst angepasst.
3. Reformorientierte Kantone mit schlanken Strukturen, welche Impfleistungen zum Teil oder gänzlich privat auslagern und für den Rest - mehrheitlich in Zusammenarbeit mit dem Schularztdienst - zentralen Einfluss auf Organisation und Monitoring nehmen.

Die Verfügbarkeit der Impfungen im Schulalter

Grundsätzlich ist die individuelle Leistung überall privatärztlich verfügbar. Meistenorts sind die schulärztlichen Impfungen komplementär dazu angelegt, um die Lücken im Impfstatus bei Schulkindern auszugleichen. In einem Kanton werden überhaupt keine schulärztlichen Impfungen durchgeführt. In insgesamt 13 Kantonen und damit in mindestens der Hälfte der Kantone der Schweiz wird die Mehrzahl der Impfungen aktuell privatärztlich durchgeführt. Ausgeglichen zwischen schulärztlichen und privatärztlichen Impfungen sieht das Bild in zwei Kantonen aus. Die Mehrzahl der Impfungen im schulärztlichen System erbringen noch fünf Kantone.

Veränderungen in Leistungsangebot und Nutzung

Impfungen im Schulalter wurden in mindestens acht Kantonen in den schulärztlichen Diensten abgebaut und in den privatärztlichen Rahmen verlagert. Weitere fünf Kantone führten das individuelle, privatärztliche System früher, zum Teil schon vor Einführung des KVG ein. Nur bei zwei Kantonen wird eine Zunahme der Durchführung von Impfungen im schulärztlichen Dienst festgestellt. Neben den schulärztlichen Impfungen und parallel dazu wurden andere Schüleruntersuchungen im Schularztdienst in neun Kantonen abgebaut.

Insgesamt muss mit einer Abnahme der Nutzung der tatsächlich erbrachten Leistungen im Bereich der Impfungen im Schulalter gerechnet werden.

Strukturelle Veränderungen

In den kantonalen Gesetzen und Verordnungen fanden in der Zeit zwischen 1994 und 1999 Anpassungen bezüglich der Finanzierung der Impfungen im Schularztdienst statt. Es zeigte sich, dass in der Mehrzahl der untersuchten Kantone Revisionen der einschlägigen Gesetzestexte erfolgten, die eine weniger verbindliche Festlegung der Leistungen als auch der Impfungen im Allgemeinen zeigte. Ein Rückzug aus der Finanzierung der Leistung auf dieser Ebene der Politikproduktion ist bei der Mehrheit der Kantone festzustellen. 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. Regional ist im föderalen System auch eine Politikanpassung zwischen benachbarten Kantonen in der untersuchten Frage der Impfungen zu beobachten. Interessante strukturelle Veränderungen ergeben sich durch die Tendenz einiger Kantone, vermehrt parastaatliche Vollzugspartner für die Mithilfe bei der Leistungserbringung, vor allem in organisatorischen Belangen, zu gewinnen. Zu nennen ist insbesondere die Kooperation mit den Lungenligen. Diese private Zusammenarbeit ist häufig mit einem verstärkten, zentralen Einfluss des Kantons auf die Leistungserbringung und das Monitoring verbunden.

Der Effekt des Rückzugs der Kantone aus den schulärztlichen Impfungen ist strukturell eingeleitet oder vorhanden, er verläuft grob in zwei Varianten und ist im wesentlichen unabhängig von der politischen Konstellation in den Sanitätsdirektionen. In Kantonen, welche sich nicht aktiv für ein schulärztliches Impfen einsetzen, sind die Anreize in Richtung privatärztliches Impfen dominant.

Der Rückzug der Kantone ist nicht nur als Reaktion auf das neue KVG zu interpretieren. Vielmehr ist in Zusammenhang mit starken Sparbemühungen der Kantone in den Neunzigerjahren vielerorts ein Reformbedarf im Bereich der schulärztlichen Dienste definiert worden. Wir weisen im weiteren den Zusammenhang von Reformen mit kantonomer Zentralisierung, einer Überprüfung und einem Abbau des Leistungsangebotes sowie vermehrter Information der Leistungserbringer und der Betroffenen nach.

Finanzielle Auswirkungen

In der Mehrheit von 13 Kantonen bestehen Vereinbarungen zwischen Kantonen und Versicherern. Diese vertraglichen Vereinbarungen zwischen Kanton, kantonalem Versicherungsverband und Ärztesgesellschaft regeln die pauschale Abgeltung und die Finanzströme im Sinne einer effizienten Abwicklung der Leistung der Impfungen im Schularztdienst und sind eine wesentliche Voraussetzung für die praktische Durchführung der Impfungen

durch nebenamtliche Schulärzte. Die differenzierte Analyse zeigt beträchtliche Unterschiede bei der Ausgestaltung dieser Vereinbarungen.

Aus den Interviews mit den nebenamtlichen Schulärzten geht im wesentlichen 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. Die Leistung wird dadurch aber um einen Faktor 2 bis 2,5 verteuert.

Bei der Erhebung von Finanzdaten ergibt sich das Bild einer starken kommunalen Delegation und Autonomie im Bereich der Schularztdienste. Es sind im wesentlichen keine Angaben zu Finanzdaten auf kantonaler Ebene erhältlich. Die Aufwendungen werden kommunal zum Teil über die Erziehungs- beziehungsweise Schulbehörde und nicht über die Gesundheitsbehörde abgerechnet. Eine Erfassung der effektiven, finanziellen Auswirkungen der heutigen Regelung bezüglich der Finanzleistung der Kantone im Bereich der Impfungen im Schulalter müsste auf Gemeindeebene erhoben werden.

Übergeordnete Zielsetzungen

Aktuell bestehen Lücken im Impfstatus der Schüler, aber gleichzeitig auch Lücken in der Statistik darüber. Der Entwurf für ein nationales Impfprogramm des Bundesamtes für Gesundheit propagiert vermehrte Anstrengungen, um die WHO-Ziele und die für Europa daraus modifizierte Ziele „Gesundheit 21“ zu erreichen. Unser Land ist davon noch weit entfernt. Im Vergleich zu anderen Ländern der Region, steht die Schweiz im Bereich der Impfungen - nicht nur im Schulalter - schlecht da. Unsere Studie zeigt, dass die Verfügbarkeit der Impfungen im Schularztdienst abgenommen hat. Mit einer Abnahme der gesamten Inanspruchnahme muss gerechnet werden. Aktuell ist somit eine negative Entwicklung bezüglich der zu erwartenden Durchimpfungsraten für die Schweiz festzustellen. Gefordert wären hingegen vermehrte Anstrengungen zur Erreichung der international abgestimmten Ziele im Impfbereich. Anstrengungen in den Kantonen zu einer besseren und flächendeckenden Erfassung der Durchimpfung im Schulalter sind deshalb sinnvoll. Durchimpfungsraten sind gute Gesundheitsindikatoren im Rahmen der nationalen Gesundheitsberichterstattung nach internationalen Standards.

Die aktuelle Politik bei den Impfungen im Schulalter entspricht entgegen den Vorstellungen des Bundes einem Anreiz zum Systemwechsel in den Kantonen in Richtung der privatärztlichen Leistungserbringung. Die Gefahr von Epidemien von Krankheiten, gegen welche gemäss Impfplan alle Jugendlichen im Schulalter routinemässig geimpft sein sollten, wird aufgrund der aktuellen Durchimpfungsrate und der anzunehmenden Entwicklung in absehbarer Zukunft nicht abnehmen.

Effets de l'introduction des prestations de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoires (analyse des effets de la LAMal) – Rapport partiel sur les vaccinations des enfants d'âge scolaire

Résumé

Situation générale

Dans le cadre d'une analyse des effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, la présente étude examine, en prenant l'exemple des vaccinations des enfants d'âge scolaire, les effets de la politique publique sur les structures et évalue si les objectifs ont été atteints. Afin de répondre aux questions formulées par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), différents éléments ont été analysés, notamment la disponibilité de la prestation de médecine préventive « vaccination des enfants d'âge scolaire », la modification des structures dans les cantons et le transfert des charges financières (pouvoirs publics, assureurs, malades privés). La nouvelle LAMal prévoit que les prestations de médecine préventive doivent être remboursées par l'assurance obligatoire. L'ordonnance sur l'assurance-maladie fixe le catalogue des prestations de ce type reconnues comme étant efficaces et économiques. En 1998 et 1999, avec la modification de l'ordonnance, l'obligation de rembourser les principales vaccinations effectuées chez les enfants d'âge scolaire a été introduite dans la loi.

Méthodes

Nous avons analysé la politique publique dans ce domaine en effectuant une évaluation orientée sur la politique. Pour ce faire, nous avons décomposé le processus de développement de la politique et sa mise en oeuvre en différents éléments. Nous nous sommes particulièrement intéressés aux effets induits par le programme politique (outputs) et aux modifications de comportement du groupe auquel cette politique est destinée, à savoir le corps médical chargé de la vaccination (impact). Nous avons décrit les effets structurels de la LAMal sur les différents niveaux à l'aide d'un modèle des effets et avons formulé des hypothèses concernant les conséquences de ces effets sur le résultat final ainsi que sur les modifications de comportement.

Une enquête exhaustive dans tous les cantons, basée sur un questionnaire structuré adressé aux médecins cantonaux, nous a servi d'instrument de travail. En complément, nous avons eu des entretiens avec les différents acteurs au niveau national et cantonal, analysé des documents et étudié la littérature.

Résumé des principaux résultats

Bilan au plan national

Les objectifs visés par la politique, à savoir l'équité de l'accès aux soins de santé grâce au financement obligatoire des prestations relatives aux vaccinations des enfants d'âge scolaire inscrit dans la LAMal, d'une part, et le maintien des prestations de vaccination complémentaires des cantons dans le cadre de la santé publique, d'autre part, se sont avérés incohérents. Au niveau fédéral, les objectifs de la politique de vaccination des enfants d'âge scolaire n'apparaissent qu'entre les lignes et ne sont pas énoncés de manière claire. L'analyse des points de vue des différents acteurs révèle que la majorité des principaux d'entre eux n'a pu à aucun moment déboucher sur un consensus relatif aux objectifs à atteindre. La question concernant les effets liés à la modification du mode de financement des prestations n'a pas été suffisamment clarifiée avant l'introduction de la prestation au titre de prestation obligatoire et, de plus, elle a été en partie mal évaluée.

L'introduction de la prestation obligatoire dans la LAMal a permis d'atteindre un des objectifs: le financement des vaccinations des enfants en âge scolaire par l'assurance de base. Mais elle a réduit les incitations à réaliser les vaccinations au sein du système de santé publique, contrecarrant la réalisation du second objectif.

Bilan au plan cantonal

Les cantons utilisent la marge de manœuvre accrue dont ils disposent dans le domaine des vaccinations des enfants d'âge scolaire. Notre étude montre des différences marquées dans la politique des cantons pour ce qui est des différents aspects examinés. Leur effet sur les incitations au sein du système est déterminant, notamment lorsque des accords concernant le paiement des prestations sont conclus entre le canton et l'association cantonale des assureurs. Dans l'ensemble, on constate un retrait du financement de la prestation. Parallèlement aux effets des modifications de la LAMal, des considérations financières jouent aussi un rôle important au niveau des cantons. Tous proposent actuellement les vaccinations des enfants d'âge scolaire, mais le cadre dans lequel cette prestation est fournie – médecin privé ou médecin scolaire – diffère considérablement de l'un à l'autre.

Typologie des cantons

A partir d'une description de l'évolution des structures dans les différents cantons, il est possible de tirer une typologie qui résume les principaux effets de la LAMal.

On est en présence des 3 types suivants:

1. Les cantons traditionnels, ayant en majorité des services de médecine scolaire décentralisés, organisés au niveau communal, où l'autorité cantonale exerce peu de contrôle et de surveillance et où les services de médecine scolaire sont soutenus de façon variable par des accords entre le canton et les caisses-maladie.
2. Les cantons traditionnels, ayant en majorité des services de médecine scolaire décentralisés, dans lesquels les prestations de vaccination ne relèvent plus des services des médecins scolaires suppléants, mais ont été transférés exclusivement aux médecins privés. Cet effet de pilotage indirect résulte de l'absence d'accords entre le canton et les assureurs. La législation cantonale relative au financement des vaccinations réalisées par le service de médecine scolaire est adaptée en conséquence.
3. Les cantons réformateurs, dotés de structures légères, où les prestations de vaccination sont partiellement ou totalement transférées à la médecine privée et qui, pour le reste, ont une influence centrale sur l'organisation et la surveillance, le plus souvent en collaboration avec le service de médecine scolaire.

Disponibilité des vaccinations des enfants d'âge scolaire

Dans tous les cantons, la prestation est en principe disponible auprès des médecins privés. La plupart du temps, les vaccinations par le médecin scolaire ont été mises en place de manière complémentaire afin de combler les lacunes de la couverture vaccinale des enfants d'âge scolaire. Un seul canton n'effectue plus de vaccinations par le biais du service de médecine scolaire. Dans 13 cantons, soit plus de la moitié des cantons suisses, la plupart des vaccinations sont actuellement réalisées par le truchement des médecins privés. On note une proportion égale de vaccinations par les médecins privés et les médecins scolaires dans deux cantons. Seuls cinq cantons réalisent encore la plupart des vaccinations au sein du système scolaire.

Modifications de l'offre des prestations et utilisation

Dans au moins huit cantons, on a supprimé la vaccination des enfants d'âge scolaire au sein des services de médecine scolaire pour la transférer dans le cadre de la médecine privée. Dans cinq autres cantons, le système individuel par le biais des médecins privés existait déjà en partie avant l'introduction de la LAMal. Une augmentation des vaccinations réalisées par les services de médecine scolaire n'a été mise en évidence que dans deux cantons. Neuf cantons ont supprimé non seulement les vaccinations par les services de médecine scolaire, mais aussi d'autres examens pratiqués chez les écoliers par ces services.

Modifications des structures

Entre 1994 et 1999, les lois et les ordonnances cantonales ont été adaptées en ce qui concerne le financement des vaccinations réalisées par les services de médecine scolaire. L'analyse révèle que la plupart des cantons ont entrepris des révisions des textes de loi concernés en fixant de manière moins contraignante les prestations ainsi que les vaccinations en général. On note qu'à ce niveau de la politique, la plupart des cantons se retirent du financement de la prestation. A cet égard, les politiques élaborées par les cantons sont avérées logiques et efficaces. Les objectifs visés sont effectivement mis en oeuvre, même si, de toute évidence, ils ne concordent pas avec ceux de la Confédération. Cet état de fait est plus marqué pour les vaccinations réalisées dans le système médical privé que pour celles relevant du système médical scolaire. Dans le système fédéral, on observe aussi, au niveau régional, une adaptation des politiques de vaccinations entre cantons voisins. Des modifications de structure intéressantes sont liées au fait que certains cantons ont de plus en plus tendance à chercher de l'aide auprès de partenaires d'exécution para-étatiques pour la fourniture des prestations, notamment en matière d'organisation. On peut en particulier mentionner la coopération avec les ligues pulmonaires. Cette collaboration privée est souvent couplée à une influence centrale plus forte du canton sur la mise en œuvre des prestations et de la surveillance.

Le désengagement des cantons par rapport à la vaccination au sein des services de médecine scolaire est induit par la structure ou préexistant; il évolue en gros selon deux variantes et n'est généralement pas influencé par la constellation politique des directions des services de santé. Dans les cantons qui ne mettent pas activement en place une vaccination par les services de médecine scolaire, l'incitation dans le sens d'une vaccination par les médecins privés est plus importante.

Le retrait des cantons ne doit pas être interprété comme une simple réaction à la nouvelle LAMal, mais plutôt comme résultant des efforts d'économie qu'ils ont poursuivis au cours des années 90 et qui se sont traduits, dans de nombreux cas, par des réformes dans le domaine des services de médecine scolaire. On peut également démontrer l'existence d'un lien entre les réformes et la centralisation au niveau cantonal, une analyse et la diminution de l'offre de prestations, ainsi qu'avec une information plus intensive des fournisseurs de prestations et des personnes concernées.

Conséquences financières

Des accords ont été conclus entre les cantons et les assureurs dans une majorité des cantons (13). Ces accords contractuels entre le canton, l'association cantonale des assureurs et l'association des médecins règlent l'indemnisation forfaitaire et le flux financier dans le sens d'un déroulement efficace de la prestation de vaccination au sein du service de médecine scolaire ; ils sont une condition essentielle pour la réalisation pratique des

vaccinations par des médecins scolaires suppléants. L'analyse différenciée met en évidence des variations importantes dans l'élaboration de ces accords.

La principale observation qui ressort des entretiens avec les médecins scolaires suppléants est que les vaccinations effectuées dans le cadre des examens de médecine scolaire ne présentent pas un attrait financier suffisant, ce qui les incite à transférer cette prestation dans le cabinet privé. Ce transfert renchérit toutefois la prestation d'un facteur 2 à 2,5.

S'agissant des services de médecine scolaire, les données financières recueillies reflètent une délégation importante aux communes ainsi qu'une grande autonomie de celles-ci. Pratiquement aucune information concernant les données financières n'a pu être obtenue au niveau cantonal. Au niveau communal, les dépenses sont en partie comptabilisées par le biais des autorités scolaires ou de l'éducation et non par celui des autorités sanitaires. Afin de pouvoir déterminer les conséquences financières effectives du règlement actuel des prestations financières des cantons dans le domaine des vaccinations des enfants d'âge scolaire, il faudrait recueillir les données au niveau communal.

Objectifs prioritaires

Aujourd'hui, il existe des lacunes dans la couverture vaccinale des écoliers, tout comme dans les statistiques qui portent sur ce sujet. Le projet de programme national de vaccination de l'Office fédéral de la santé publique contient un descriptif des efforts qui doivent être entrepris pour atteindre les objectifs du programme de l'OMS « La santé pour tous au 21^e siècle », et plus particulièrement ceux fixés pour l'Europe, qui sont encore loin d'être réalisés dans notre pays. Par rapport aux pays qui l'entourent, la Suisse fait, en effet, mauvaise figure en matière de vaccinations, et pas seulement en ce qui concerne les vaccinations des enfants d'âge scolaire. Notre étude montre que l'accessibilité à la vaccination par le biais des services de médecine scolaire a diminué et qu'il faut s'attendre à un recul de la demande globale. On constate donc actuellement une évolution négative en ce qui concerne les taux de vaccination prévisibles en Suisse, alors qu'il y aurait lieu d'intensifier les efforts afin d'atteindre les objectifs fixés au plan international en matière de vaccination. C'est pourquoi il serait utile que les cantons s'efforcent de recenser, d'une manière plus globale et plus complète, la couverture vaccinale des enfants d'âge scolaire. Les taux de vaccinations constituent en effet de bons indicateurs du niveau de santé dans le cadre de rapports sanitaires nationaux conformes aux normes internationales.

Contrairement à l'idée préconisée par Confédération, la politique actuelle en matière de vaccination des enfants d'âge scolaire équivaut à une incitation à modifier le système établi dans les cantons dans le sens d'une prestation fournie par les médecins privés. Compte tenu de la couverture vaccinale actuelle et de son évolution probable, le risque de voir se développer des épidémies de maladies contre lesquelles, selon le plan de vac-

cinations en vigueur, tous les jeunes en âge de scolarité devraient être vaccinés de routine, ne va pas diminuer dans un avenir proche.

Ripercussioni dell'ammissione di prestazioni di medicina preventiva nel catalogo delle prestazioni che devono essere assunte dall'assicurazione malattie (analisi degli effetti LAMal) - Rapporto parziale concernente le vaccinazioni in età scolastica

Riassunto

Problematica

Nell'ambito di un'analisi degli effetti della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) il presente studio analizza gli effetti strutturali della politica pubblica prendendo come esempio le vaccinazioni eseguite in età scolastica e valuta gli obiettivi raggiunti. Secondo l'impostazione auspicata dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), l'analisi verte in primo luogo sulla disponibilità della misura medica di prevenzione „vaccinazioni in età scolastica“, sulla modifica delle strutture a livello cantonale nonché sul trasferimento di obblighi finanziari (ente pubblico, assicuratori, malati privati). La LAMal prevede che misure mediche di prevenzione debbano essere assunte dall'assicurazione obbligatoria. L'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie fissa il catalogo delle prestazioni di prevenzione la cui efficacia ed economicità è stata riconosciuta. Con le modifiche apportate all'ordinanza nel 1998 e nel 1999 è stato introdotto nella legge l'obbligo di assumere i costi per le vaccinazioni più importanti eseguite in età scolastica.

Metodi

Analizziamo la politica pubblica riguardo a questa questione procedendo ad una valutazione di carattere politologico. A questo scopo il processo di creazione e realizzazione della politica viene suddiviso in elementi. Ci interessano in particolare i risultati finali del programma politico (outputs) e i cambiamenti di comportamento attuati dai destinatari, ovvero dai medici che eseguono le vaccinazioni (impacts). In un modello inerente gli effetti descriviamo gli effetti strutturali della LAMal da analizzare a vari livelli e formuliamo ipotesi sull'incidenza degli effetti strutturali sui risultati finali e sui cambiamenti di.

Quale strumento di valutazione, un questionario dettagliato distribuito ai medici cantonali ha consentito di procedere ad un rilevamento sistematico in tutti i Cantoni. Interviste con parti attive nel settore sanitario a livello nazionale e cantonale, l'analisi di documenti e la compilazione della bibliografia hanno completato lo studio.

I risultati più importanti in sintesi

A livello nazionale

Gli scopi perseguiti dalla politica, ovvero, da un lato, l'equità in materia di assistenza sanitaria mediante l'obbligo previsto dalla LAMal di finanziare la prestazione „vaccinazioni in età scolastica“ e, dall'altro, il mantenimento delle vaccinazioni complementari dei Cantoni nell'ambito della sanità pubblica, non sono coerenti. A livello federale questi obiettivi riguardo alle vaccinazioni in età scolastica vengono menzionati soltanto tra le righe e non vengono chiaramente espressi. Dall'analisi dei singoli pareri espressi dai principali attori nell'ambito sanitario risulta che la maggioranza non si è mai accordata sugli obiettivi da perseguire. Prima dell'introduzione dell'obbligo di assumere queste prestazioni la questione delle conseguenze del cambiamento di finanziamento delle prestazioni non è stata sufficientemente chiarita e talvolta è stata valutata in modo errato.

Con l'introduzione dell'obbligo legale di assumere i costi di queste prestazioni si è raggiunto uno degli scopi, ossia il finanziamento delle vaccinazioni in età scolastica nell'ambito dell'assicurazione di base. In questo modo, però, gli incentivi all'attuazione delle vaccinazioni nel settore della sanità pubblica sono stati ridotti, volgendo così al contrario il secondo obiettivo.

A livello cantonale

Nell'ambito delle vaccinazioni eseguite in età scolastica i Cantoni fanno uso di un accresciuto margine di manovra. La nostra indagine mostra notevoli differenze ai vari livelli di produzione della politica. In particolare per quanto riguarda gli accordi contrattuali tra il Cantone e l'associazione cantonale degli assicuratori-malattie in merito al rimborso delle prestazioni, queste differenze sono decisive per gli incentivi esistenti nel sistema. In generale va constatato un ritiro dal finanziamento della prestazione. Oltre alle ripercussioni delle modifiche apportate alla LAMal, anche considerazioni di ordine finanziario svolgono un ruolo importante nei Cantoni. Attualmente in tutti i Cantoni sono sì previste vaccinazioni in età scolastica, ma vi sono notevoli differenze per quanto riguarda il modo di procedere (prestazione fornita dal medico privato o dal medico scolastico).

Tipologia dei Cantoni

Dalla descrizione degli sviluppi strutturali nei singoli Cantoni si possono rilevare tre tipi di Cantoni che permettono di illustrare in sintesi gli effetti più importanti della LAMal:

1. Cantoni tradizionali con un servizio medico scolastico nella maggior parte dei casi decentralizzato e organizzato a livello comunale, i quali esercitano poca influenza centralizzatrice sul controllo e sul monitoring. Il sostegno al servizio medico scola-

- stico convenuto mediante accordi stipulati tra Cantone e casse malati varia a seconda dei Cantoni.
2. Cantoni tradizionali con un servizio medico scolastico nella maggior parte dei casi decentralizzato, nei quali esclusivamente l'esecuzione delle vaccinazioni non viene più affidata al servizio medico scolastico, che svolge un ruolo secondario, bensì a medici privati. Questo controllo indiretto è il risultato della mancanza di accordi tra Cantoni e assicuratori. Di conseguenza le leggi cantonali sul finanziamento delle vaccinazioni eseguite nell'ambito del servizio medico scolastico vengono adeguate.
 3. Cantoni orientati alle riforme e con strutture flessibili, i quali affidano in parte o interamente l'esecuzione delle vaccinazioni al settore privato e, nella maggior parte dei casi in collaborazione con il servizio medico scolastico, esercitano un'influenza centralizzatrice sull'organizzazione e sul monitoring.

Disponibilità della prestazione inerente le vaccinazioni in età scolastica

Per principio la prestazione individuale è disponibile presso qualsiasi medico privato. Nella maggior parte dei casi le vaccinazioni eseguite dal medico scolastico fungono da complemento in modo da rimediare a quelle mancanti presentate dagli scolari. In un Cantone non è prevista nessuna vaccinazione da parte del medico scolastico. In 13 Cantoni, e quindi in almeno la metà dei Cantoni svizzeri, la maggior parte delle vaccinazioni viene attualmente eseguita da medici privati. In due Cantoni esse sono eseguite in ugual misura dal medico scolastico e da medici privati, mentre ancora cinque Cantoni prevedono che la maggior parte delle vaccinazioni debba essere effettuata dal medico scolastico.

Cambiamenti apportati all'offerta di prestazioni e al ricorso a queste ultime

Almeno otto Cantoni hanno soppresso le vaccinazioni in età scolastica eseguite nell'ambito del servizio medico scolastico trasferendole nel settore privato. Altri cinque Cantoni avevano introdotto il sistema della prestazione individuale fornita dai medici privati già da tempo, in parte già prima dell'entrata in vigore della LAMal. Il numero di vaccinazioni eseguite dal servizio medico scolastico è aumentato soltanto in due Cantoni. Oltre alle vaccinazioni effettuate dal medico scolastico e in parallelo, nove Cantoni hanno soppresso altri esami cui venivano sottoposti gli scolari e che erano effettuati nell'ambito del servizio medico scolastico.

Complessivamente, nell'ambito delle vaccinazioni in età scolastica vi sarà presumibilmente un minor ricorso alle prestazioni effettivamente fornite.

Modifiche strutturali

Tra il 1994 e il 1999 alle leggi e ordinanze cantonali sono state apportate modifiche concernenti il finanziamento delle vaccinazioni eseguite nell'ambito del servizio medico scolastico. Nella maggior parte dei Cantoni analizzati si è proceduto a revisioni delle relative leggi volte a fissare in modo meno vincolante le prestazioni e le vaccinazioni in generale. Nella maggior parte dei Cantoni va costatato un ritiro dal finanziamento della prestazione a questo livello della produzione della politica. I progetti cantonali si rivelano severi ed effettivi. Anche se evidentemente non concordano con quelli della Confederazione, gli obiettivi perseguiti vengono effettivamente attuati e questo è più chiaro per le vaccinazioni nel sistema dei medici privati che per quelle nel sistema del medico scolastico. A livello regionale, nel sistema federalista va anche osservato un adeguamento della politica tra Cantoni limitrofi riguardo al tema trattato nel presente studio. Vi sono modifiche strutturali interessanti che risultano dalla tendenza, riscontrata in alcuni Cantoni, ad aumentare il numero di partner parastatali che collaborano alla fornitura delle prestazioni, in particolare per quanto attiene all'organizzazione. Va menzionata in particolare la collaborazione con le leghe polmonari. La collaborazione privata è spesso legata al rafforzamento dell'influenza centralizzatrice esercitata dal Cantone sulla fornitura delle prestazioni e sul monitoring.

Dal punto di vista strutturale, l'effetto del ritiro dei Cantoni dalle vaccinazioni eseguite dal medico scolastico è iniziato o esiste; grosso modo si sviluppa in due varianti e, sostanzialmente, non dipende dalla costellazione politica esistente nelle direzioni nell'ambito della sanità. Nei Cantoni che non si adoperano attivamente per il sistema delle vaccinazioni eseguite dal medico scolastico predominano gli incentivi a rivolgersi a medici privati.

Il ritiro dei Cantoni non deve soltanto essere interpretato come una reazione alla LAMal, ma va piuttosto ricondotto al bisogno di riforme nel settore del servizio medico scolastico, definito in molti luoghi negli Anni novanta in relazione ai notevoli sforzi compiuti dai Cantoni per conseguire risparmi. Dimostriamo inoltre il nesso tra le riforme e una centralizzazione cantonale, una verifica e una diminuzione dell'offerta di prestazioni nonché una maggiore informazione dei fornitori di prestazioni e delle persone interessate.

Ripercussioni finanziarie

Nella maggior parte dei 13 Cantoni presi in considerazione esistono accordi tra Cantone e assicuratori. Gli accordi contrattuali tra Cantone, associazione cantonale degli assicuratori-malattie e associazione dei medici, disciplinano il rimborso forfetario e i flussi finanziari affinché la prestazione inerente le vaccinazioni nell'ambito del servizio medico scolastico venga fornita in modo efficiente e costituiscono un presupposto essenziale per l'esecuzione delle vaccinazioni da parte di medici scolastici che svolgono un'attività secondaria. L'analisi differenziata mostra considerevoli differenze riguardo al contenuto di questi accordi.

Dalle interviste con i medici scolastici che svolgono un'attività accessoria risulta in sostanza che, nell'ambito degli esami eseguiti dai medici scolastici, le vaccinazioni sono poco attraenti dal punto di vista finanziario, creando così l'incentivo a trasferire la fornitura di questa prestazione nello studio medico privato. Per questo motivo però la prestazione è stata rincarata di un fattore 2 - 2,5.

L'inchiesta sui dati finanziari dà l'immagine di una forte delega ai Comuni e di un'ampia autonomia nell'ambito del servizio medico scolastico. In sostanza non si possono ottenere indicazioni inerenti i dati finanziari a livello cantonale. Le spese vengono conteggiate a livello comunale in parte dall'autorità incaricata dell'educazione o della scuola e non dall'autorità competente per la sanità. Si dovrebbero rilevare a livello comunale le conseguenze finanziarie effettive della regolamentazione attuale concernente la prestazione finanziaria dei Cantoni nell'ambito delle vaccinazioni in età scolastica.

Obiettivi principali

Vi sono attualmente lacune sia riguardo alle vaccinazioni cui sono sottoposti gli scolari, sia per quanto attiene alle statistiche in merito. Il progetto di programma nazionale di vaccinazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica propone di moltiplicare gli sforzi volti a raggiungere gli obiettivi dell'OMS e gli obiettivi "Sanità 21" modificati per l'Europa. Il nostro Paese è ben lungi dall'averli raggiunti. Rispetto ad altri Paesi della regione la Svizzera è molto in ritardo in quanto a vaccinazioni, e non solo per quelle eseguite in età scolastica. Lo studio mostra che la disponibilità delle vaccinazioni eseguite nell'ambito del servizio medico scolastico è diminuita. Complessivamente si ricorrerà presumibilmente in minor misura a questa prestazione. Attualmente si costata quindi per la Svizzera un'evoluzione negativa dei tassi di vaccinazione prevedibili. Si dovrebbero invece esigere maggiori sforzi in modo da raggiungere gli obiettivi concordati in materia a livello internazionale. E' quindi sensato che i Cantoni si adoperino per migliorare ed estendere il rilevamento delle vaccinazioni in età scolastica. I tassi di vaccinazione costituiscono validi indicatori della salute nell'ambito del rapporto nazionale sulla salute elaborato secondo standard internazionali.

Contrariamente a quanto immaginato dalla Confederazione, la politica attuale in materia di vaccinazioni in età scolastica costituisce un incentivo a cambiare il sistema vigente nei Cantoni di modo che la prestazione venga fornita da medici privati. Considerando i tassi di vaccinazione attuali e l'evoluzione prevista a breve termine, non diminuirà il pericolo di epidemie di malattie contro cui, conformemente al programma di vaccinazione, tutti gli adolescenti in età scolastica dovrebbero essere sottoposti a vaccinazioni di routine.

Effects of the Approval of Preventive Health Care Measures for Coverage under the Obligatory Health Insurance Scheme (KVG Impact Analysis) – Report on the Vaccination of School Age Children

Executive Summary

Problem definition

As part of an impact analysis of the new Federal Law on Sickness Insurance (KVG) the following study examines the structural effects of public policy relative to the vaccination of school children and assesses the degree to which targeted aims have been reached. Guided by the issues that are of paramount concern for the Federal Social Insurance Office (Bundesamt für Sozialversicherungen BSV), the study focuses on the availability of and access to the preventive measure "vaccination of school age children", on structural changes in the cantons, and on the shift of financial burdens (public, insurers, self-financing). The new KVG has ruled that preventive health care measures are subject to coverage under the obligatory health insurance scheme. The Sickness Insurance Ordinance (Krankenversicherungs-Verordnung (KVV) establishes a list of the measures that have been recognised as efficient and cost-effective. The ordinance was modified in 1998 and 1999; as a result the major types of vaccination for school age children are now subject to health insurance coverage.

Methods

We examined relevant public policies using a political science evaluation. To do so we broke down the process by which policies are generated and implemented into its various elements. We focused above all on the final policy decisions (Output) and on the changes in the behaviour of parties these policies target, i.e. the vaccinating physicians (Impact). We established a model to describe the structural effects of the KVG at various levels, and set up hypotheses relative to the structural effects on Output and Impact.

The instrument was a full-scale survey in all cantons using a structured questionnaire addressed to all cantonal physicians. These were completed by interviews with players at both national and cantonal level, and analyses of various documents, and of the relevant literature.

An overview of the principal results

Conclusions at national level

It appears that the two targeted policy objectives namely: equitable provision of services by means of the coverage of the measure "vaccinations for school children" under the KVG, and maintenance of vaccination provision by the cantons as part of public health care, are not compatible. For one thing, at federal level they are not clearly stated and only implied "between the lines". An analysis of the opinions expressed by the various players shows that a majority consensus concerning objectives was never reached. The possible effects of a different system of financing were not sufficiently well examined before the introduction of obligatory coverage, and were sometimes erroneously assessed.

The introduction of obligatory coverage under the KVG did indeed reach one of the planned objectives, i.e. financing of vaccinations for school age children by the basic health insurance scheme. However, it also reduced incentives for providing vaccinations through public health care, completely upsetting the second objective.

Conclusions at cantonal level

The cantons are taking advantage of the leeway they have been granted in this area. Our study has shown that at the policy making level, differences between the cantons are considerable. These have a significant bearing on system incentives, particularly concerning the agreements between cantons and cantonal insurers' associations relative to the financial coverage of services or measures. Generally, most cantons have discharged themselves of some of the relevant financial burdens. However, over and above the repercussions of the changes wrought by the KVG, financial considerations at strictly cantonal level are also important. Although all cantons currently ensure vaccinations for school age children, there are strong disparities between them in terms of whether these are provided through private or school physicians.

Typology of the cantons

A description of the structural developments in the various cantons enabled us to establish a typology that highlights the major effects of the KVG.

We found three basic types:

1. Traditional cantons with a largely decentralised school health care system organised at the local (municipal) level, little central steering or monitoring by the cantonal authorities, varying levels of support for school health services provision through agreements between the canton and the health insurers.
2. Traditional cantons with a largely decentralised school health care system, in which vaccinations are increasingly being carried out by private physicians instead

of by part time school doctors. This drift is due to a lack of agreements between the canton and insurers. Cantons correspondingly adapt their legislation relative to the financing of vaccinations carried out through the school health care system.

3. Reform-oriented cantons with pared down structures, where vaccinations are in part or completely carried out by private providers, and which assume only organisational and monitoring tasks, usually in cooperation with school health services.

Accessibility of vaccination programs for school children

Basically individual vaccinations by private physicians are available everywhere. In most places school vaccination campaigns are designed to even out the differences in children's vaccination status. In at least half i.e. in thirteen Swiss cantons, most vaccinations are currently carried out by private health professionals. Two cantons have a system based on fifty-fifty provision by school services and private providers. In five other cantons most vaccinations continue to be carried out in the schools.

Modified supply and access

In at least eight cantons, vaccinations by the school health care system are being reduced, and transferred to the private sector. Further five cantons had taken this step already before the entry into force of the KVG. Only two cantons have increased vaccinations by school services. Besides and in parallel to vaccinations, other measures (notably health checks) by school health care services have also been reduced in nine cantons

Overall one may expect that access to vaccinations for school age children will decrease.

Structural changes

Cantonal laws and ordinances relative to the financing of school vaccination campaigns were modified between 1994 and 1999. It became apparent that most cantons under investigation were revising relevant legislation with a view to setting less binding provision for vaccinations and other measures, and to introduce policies that reduce their financial contributions. Cantonal policies have proved stringent and effective, and the objectives they target are in fact being implemented, in spite of the fact that they evidently do not comply with federal policy in this area. This is more apparent when vaccinations are carried out by private providers than by school health services. One can also observe that neighbouring cantons align their policies relative to vaccination at regional level. Interesting structural changes arise from the fact that certain cantons tend to increasingly involve semi-private partners to assist them in the provision of services, above all in organisational matters. The most important of these are the lung associations. Such private coop-

eration often leads to stronger centralised control and monitoring of service provision by the canton.

The structural impact of the cantons' withdrawal from school vaccinations is already noticeable to some degree, or even to a considerable one. There are two basic variants, which to all intents and purposes are quite independent of the political constellations in the cantonal health directorates (Sanitätsdirektionen). Incentives for private vaccination provision predominate in the cantons which are not actively committed to school vaccination campaigns.

Cantonal withdrawal should not be viewed as a reaction to the new health insurance legislation (KVG) only. More important is the fact that as of the 1990s, many cantons attempt to reduce public spending, and have begun setting up plans to reform various school services. We have also pointed out the links between reforms and cantonal centralisation, assessment and downsizing of the services on offer, and more active information of both the service providers and the patients.

Financial impact

Thirteen cantons, i.e. a majority, have reached agreements with the insurance industry. These contracts bind the cantons, the cantonal insurers' associations and the physicians' associations to flat rate payments and financial flows that ensure the efficient implementation of school vaccination campaigns, and are essential to their practical implementation by part-time school doctors. A more stringent analysis shows that the practical application of these agreements varies considerably from canton to canton.

Interviews with the physicians concerned show that school vaccination campaigns are not profitable for them financially, so that there are no incentives for them to assume the provision of these services through their private practice. As a result, the cost of vaccinations rises by factors 2 to 2.5.

Financial data document that municipalities tend to delegate the provision of school health services, and that they enjoy great autonomy in this area. There are practically no relevant financial data at cantonal level. The municipalities often cover these expenses out of educational or school budgets, not through the health department. The real financial repercussions of current regulations on the cantonal funding of vaccination of school age children would therefore have to be calculated at municipal level.

Objectives with priority status

The vaccination status of school children is incomplete, but so are relevant statistics. The Federal Office for Public Health has set up a project for a national vaccination program which calls for greater efforts in this area, in order to attain WHO objectives as well as the modified EU "Health 21" objectives derived from the former. Switzerland still has a long

way to go in this domain. In comparison with its neighbours, Switzerland does not perform very well in this area - and not just where school children are concerned. Our study shows that school vaccinations have become less readily available, and that they are likely to be less often made use of. Global vaccination rates for Switzerland are developing negatively in consequence. Greater efforts should be made to reach international objectives, and cantonal efforts to provide better and exhaustive vaccinations for school age children are therefore highly welcome. In national health status reports according to international standards, vaccination rates act as reliable health indicators.

Going against federal objectives, current policies relative to vaccination of school age children encourage cantons to move towards private provision of these services. This means that, in view of the current global vaccination rate, the risk of an epidemic of a disease for which all school age children and adolescents ought to be routinely vaccinated if the vaccination plan were complied with, is not likely to diminish in the foreseeable future.

1. Einleitung

1.1 Auftrag

Im Rahmen des Ausführungsplans Wirkungsanalyse KVG hat das Bundesamt für Sozialversicherungen am 14. Dezember 1999 das Projekt "Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog" ausgeschrieben. Aufgrund dieser Projektausschreibung erfolgte am 31. Januar 2000 durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin Bern eine Projekteingabe im Namen der 5 Universitätsinstitute für Sozial- und Präventivmedizin. In den anschliessenden Besprechungen zeigte sich, dass die Aufgabe zu umfassend war, um im bestehenden Zeitrahmen gelöst zu werden. Das BSV wünschte ausdrücklich, es nur mit einem Auftragnehmer zu tun zu haben. Deshalb wurde am 11. Mai zuerst eine Machbarkeitsstudie beim ISPM Bern in Auftrag gegeben. Am 16. Mai erfolgte ein Zwischenbericht zur Machbarkeitsstudie. Mit Ergänzung vom 6. Juni wurde die Beschränkung auf die Impfungen im Schulalter beschlossen. Am 30. Juni wurde der Zwischenbericht ergänzt und das Ergebnis der Machbarkeitsstudie abgeliefert.

Am 1. September 2000 wurde der Vertrag über die hier vorgelegte Studie "Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog. Teilstudie Impfungen im Schulalter" abgeschlossen. Dabei wurden folgende Fragestellungen festgelegt:

Fragestellungen des Auftraggebers

1. Verfügbarkeit der präventivmedizinischen Leistungen am Beispiel der Impfungen im Schulalter (7 bis 16 Jahre). Die Untersuchung bezieht sich dabei auf Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln nach KLV Art. 12, f sowie die Impfung gegen Hepatitis B nach KLV Art. 12 k.
2. Abschätzen allfälliger Veränderungen des Leistungsangebotes und der Nutzung, die das KVG in diesem Bereich gebracht hat. Klärung, inwiefern die veränderte Kostenübernahme die Inanspruchnahme der Impfungen beeinflusst hat.
3. Abschätzen der strukturellen Veränderungen der Prävention bei den Impfungen im Schulalter unter Berücksichtigung sozialer, regionaler und kultureller Unterschiede. Dazu sollen auch Gesetze und Erlasse etc. aus der Zeit zwischen 1994 und 1999 dokumentiert werden.
4. Darstellen der finanziellen Auswirkungen der heutigen Regelung in struktureller Hinsicht (Verschiebungen zwischen öffentlicher Hand, Versicherern, Selbstzahlern im Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten des KVG).
5. Bewerten des Ist-Zustandes im Hinblick auf übergeordnete Zielsetzungen (Impfprogramm BAG; Gesundheit 21)

Im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG sollen am Beispiel der Impfungen im Schulalter mit dieser Studie die Struktureffekte der öffentlichen Politik untersucht und die Zielerreichung beurteilt werden.

Gemäss der vorgegebenen Fragestellung stehen in Bezug auf das neue Krankenversicherungsgesetz KVG (1994) die Verfügbarkeit der präventivmedizinischen Leistung „Impfungen im Schulalter“ in einem Vorher-Nachher-Vergleich, die Änderung von Strukturen in den Kantonen als auch die Verschiebung von finanziellen Verpflichtungen (öffentliche Hand, Versicherer, Selbstzahler) im Vordergrund der Untersuchung. Wie wirkte sich dies auf das konkrete Leistungsangebot und die Nutzung des Angebotes aus? Insbesondere ist unter dem Aspekt der Chancengleichheit eine Differenzierung der Auswirkungen nach sozialen Unterschieden in der jugendlichen Zielgruppe als auch nach Kantonen und Landesteilen von Interesse.

1.2 Problemstellung

1.2.1 Das KVG

Im Gesundheitswesen der Schweiz werden zur Zeit jährlich etwa 40 Milliarden Franken oder etwa 10% des Bruttoinlandproduktes umgesetzt. Etwa die Hälfte dieser Zahlungen erfolgt über das System der Krankenkassen, das heisst etwa 5% des BIP. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) regelt diese Finanzflüsse und ist deshalb von grosser öffentlicher Bedeutung.

Der Gesetzgeber beschränkt sich nicht auf die blosser Verordnung normativer Vorgaben, sondern er kümmert sich auch um deren Auswirkungen (Art. 32 KVV). Die Komplexität der Sache macht es dem Gesetzgeber unmöglich, die Wirkungsweise seiner Massnahmen im voraus exakt abzuschätzen, geschweige denn die Resultate zu kennen.

Dies gilt im besonderen Mass bei der Frage der Auswirkung der Bezahlung präventivmedizinischer Leistungen durch die soziale Krankenversicherung. Wie und wie umfassend präventivmedizinische Leistungen, insbesondere Impfungen, erbracht werden, hängt mit folgenden Bedingungen zusammen:

1. Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in Bezug auf Entscheidungskompetenzen und finanzielle Verpflichtungen,
2. die Zuweisung an öffentliche oder private Leistungserbringer,
3. das Spannungsfeld zwischen Leistungen zugunsten des Individuums oder der Gemeinschaft (privater und öffentlicher Gesundheitsnutzen).

Damit stellt sich die Frage, wie sich das revidierte KVG über diese drei strukturellen Ebenen auf die Durchführung der präventiven Leistungen auswirkt.

In der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen liegt die primäre Verantwortung für das Gesundheitswesen bei den Kantonen. Dem Bund sind aber einzelne, zum Teil sehr

wichtige Funktionen übertragen. Über das KVG regelt er weitgehend die Finanzierung des Gesundheitswesens. Das Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) regelt die diesbezüglichen Aufgaben von Bund und Kantonen. Probleme ergeben sich daraus, dass gelegentlich die entscheidungskompetente Stelle die finanziellen Auswirkungen ihrer Entscheide nicht selbst tragen muss.

Mit der Aufnahme der präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog des KVG wurden unter anderem auch die Impfungen im Schulalter - als bisher schwergewichtig von den Kantonen wahrgenommene Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens – der Zahlungspflicht der Krankenversicherer unterstellt.

Frage: Wie verändert das revidierte KVG die Finanzströme?

Gesundheitliche Dienstleistungen können meist sowohl von öffentlichen als auch von privaten Anbietern erbracht werden. Im vorliegenden Fall, bei den Impfungen im Schulalter, wird diese Tatsache noch dadurch kompliziert, dass sich diese Anbieter in einer Person in Personalunion vereinen können: Es sind dann dieselben Ärzte, die entweder in der öffentlichen Rolle als nebenamtlicher Schularzt oder in der Rolle als Privatarzt auftreten. (Dies gilt natürlich nicht für die hauptamtlichen Schularzte, welche durchwegs staatlich besoldet sind.)

Frage: Wie verändert das revidierte KVG die Aufgabenzuweisung?

Präventivmedizinische Leistungen haben sowohl einen individuellen als auch einen kollektiven Nutzen. In gewissen Fällen kann der kollektive Nutzen den individuellen bei weitem übertreffen. Dies ist bei Impfungen z.B. dann der Fall, wenn das nicht geimpfte Individuum durch seine überwiegend geimpfte Umgebung vor Ansteckung weitgehend geschützt ist. Ein kollektiver Nutzen liegt im weiteren in der Monitorisierung der erbrachten Leistungen zu Handen der Öffentlichkeit.

Es ist diese Situation, die für die Leistungen der medizinischen Prävention unter dem KVG spezielle Fragen aufwirft, insbesondere jene der Zuordnung der kollektiven Erfordernisse und Aufgaben. Medizinische Prävention hat immer neben der individuellen untrennbar auch eine Public Health Bedeutung. Diese Feststellung hat nicht zuletzt in einem auf Einzelleistungen basierenden Tarifsystem, wie es das KVG vorsieht, problematische Konsequenzen zur Folge.

Abelin fasst dies im Lehrgang Gesundheitswesen wie folgt zusammen: „Bei der Umsetzung von Art. 26 KVG hat sich gezeigt, dass die Prävention in der Arztpraxis nicht von der Umsetzung präventiver Programme im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zu trennen ist.“ (Abelin Th 1998).

Frage: Wie verändert das revidierte KVG die Leistungsangebote an Individuen und Gemeinschaft?

1.2.2 Impfungen

Präventive medizinische Leistungen werden allgemein als kosteneffiziente Massnahmen des Gesundheitswesens anerkannt. In vielen Fällen ist es günstiger, Krankheit und Leiden zu verhüten als später zu heilen oder zu lindern. Impfungen sind unbestritten eine der effizientesten und kostengünstigsten Massnahmen der medizinischen Prävention (Canada 1994; USA 1996). Der Nutzen der präventivmedizinischen Massnahmen als solches wird bei der Aufnahme in die Leistungspflicht des KVG vorbildlich wissenschaftlich evaluiert (BSV 1997).

In der Schweiz existiert seit langem ein nationaler Impfplan, der gut verbreitet ist, inhaltlich unter der Führung des Bundesamtes für Gesundheit steht und von Fachleuten, insbesondere der Schweizerischen Kommission für Impffragen SKIF, weiterentwickelt wird. Er findet bei den Fachleuten breite Akzeptanz. Dieser Impfplan wird gesamtschweizerisch in allen Kantonen angewandt, wobei im Vollzug in der Vergangenheit häufig Probleme auftraten. Die Schweiz übernimmt im europäischen und internationalen Vergleich keine positive Führungsrolle, dies gemessen an den internationalen und europäischen Zielen der WHO - unter der Berücksichtigung der im Gesundheitswesen aufgewendeten Mittel.

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 und diese Tendenz aktuell zunimmt (BAG 1999). Einzig die Hepatitis-Impfung, die als neuste Impfung im nationalen Impfplan figuriert, fällt als einzelne Impfung gemäss den aktuellen Vorgaben ganz ins Schulalter.

In unserem Land ist das System der Vorsorgeuntersuchungen im Kleinkindesalter gut etabliert. Diese Vorsorgeuntersuchungen werden ausschliesslich privatärztlich durchgeführt. Die Impftermine gemäss Impfplan für die routinemässigen Schutzimpfungen sind in diesen Vorsorgeuntersuchungen integriert (Baumann Th 1999). Vorgesehen sind 5 Termine im Säuglings- und Kleinkindesalter und ein Termin im Alter von 4 bis 7 Jahren.

Einzig der Termin im Alter von 4 bis 7 Jahren könnte, wenn er erst mit 7 Jahren wahrgenommen wird, ins Schulalter fallen und mit der praktisch in allen Kantonen üblichen schulärztlichen Eintrittsuntersuchung zusammenfallen. Der einzige spätere Impftermin, welcher eindeutig ins Schulalter fällt, wäre dann die Hepatitis-Impfung in der Adoleszenz sowie eine Auffrischimpfung Diphtherie-Tetanus; die Poliomyelitis-Impfung zu diesem Zeitpunkt wurde 1997 gestrichen.

Das System der individuellen Prävention bei den Säuglings- und Kleinkinderimpfungen beim Facharzt für Pädiatrie oder ersatzweise einem anderen in der Grundversorgung tätigen Arzt nach Einzelleistungstarif und mit Selbstbehalt für die Eltern ist somit die Regel. Die Franchise fällt für Kinder weg und Impfungen sind wie schon erwähnt in diesem Alter

schon länger in die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen integriert. Sie werden im allgemeinen gut in Anspruch genommen, aber genaue Zahlen existieren nicht. Nicht systematisch werden in diesem System die zuwandernden Kinder erfasst, die in ihrem Herkunftsland nicht zwingend nach internationalem Standard vergleichbare Vorsorgeuntersuchungen erfahren haben.

Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen					
adaptiert nach BAG-Bulletin 1999; Nr. 43: 809-11					
Empfohlen von der Schweizerischen Kommission für Impffragen, dem Bundesamt für Gesundheit, den Schweizerischen Gesellschaften für Pädiatrie, Allgemeinmedizin und Prävention und Gesundheitswesen.					
Alter	Diphtherie (D) Tetanus (T) Pertussis (P)	Haemophilus influenzae Serotyp b	Poliomyelitis	Masern (M) Mumps (M) Röteln (R)	Hepatitis B (HB)
Geburt					1)
2 Monate	1. Dosis	1. Dosis	1. Dosis		
4 Monate	2. Dosis	2. Dosis	2. Dosis		
6 Monate	3. Dosis	3. Dosis	3. Dosis		
15 Monate		4. Dosis		1. Dosis	
15 - 23 Monate	1. Auffrischimpfung		4. Dosis 2)		
4 - 7 Jahre	2. Auffrischimpfung		5. Dosis 2)	2. Dosis	
11 - 15 Jahre	3. Auffrischimpfung (dT) 3)		— 4)		1. Dosis 2. Dosis 3. Dosis
Erwachsene	dT 3) 5)		6)	7)	8)

- 1) Neugeborene von infizierten Müttern
- 2) Verabreichung oral oder intramuskulär (alle übrigen Impfungen erfolgen intramuskulär)
- 3) Auffrischimpfung nur mit Tetanus und mit geringerer Dosis Diphtherie Toxin
- 4) 6. Dosis gestrichen 1999
- 5) Alle 10 Jahre
- 6) Bei Reisen in Ländern, in denen die Kinderlähmung noch vorkommt
- 7) Nicht immune Erwachsene
- 8) Für Risikogruppen

Das Problem bei Impfungen ist grundsätzlich dadurch bedingt, dass die Grundimmunisierung im Säuglingsalter zwar häufig gemacht, aber vor allem die Auffrischimpfungen (Booster) häufig gegenüber den empfohlenen Terminen im Impfplan hinausgeschoben oder weggelassen werden (Haidinger G 1996) (Oettinger B 2000). Noch nicht sehr lange im Impfplan etablierte Impfungen wie diejenigen der Masern- Mumps- und Röteln-Impfungen oder auch die Hepatitis-Impfung im Jugendalter werden noch ungenügend akzeptiert und in der Bevölkerung teilweise kontrovers diskutiert. Generell besteht eine gewisse Impfmüdigkeit in der Bevölkerung, dies ausgeprägter in der Deutschschweiz als in den übrigen Landesteilen (zum Beispiel Grippeimpfung).

Diese Situation führt dazu, dass aktuell im Schulalter Impflücken für die Mehrzahl der empfohlenen routinemässigen Schutzimpfungen in allen Regionen der Schweiz bestehen. Neue Untersuchungen aus Zürich (Marty-Nussbaumer 1999) und Göppingen in Deutschland (Oettinger B 2000) zeigen zum Teil grössere Lücken im Impfstatus von Schulkindern auf und weisen den Einfluss von soziodemographischen Faktoren nach.

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 (Ackermann U 2000).

1.2.3 Impfungen und KVG

Da das alte KUVG nur krankheitsbezogene Leistungen vergütete, wurden damals Impfungen und andere primärpräventive Leistungen nicht von den Krankenkassen vergütet. Impfstoffe waren in der Negativen Liste verzeichnet und durften nicht bezahlt werden.

Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten obliegt dem Bund und wird im Epidemiengesetz geregelt. Der Bund kann die Kantone verpflichten, Impfungen anzubieten, was er aber recht zurückhaltend tat. Einzelne Kantone kennen von sich aus Impfblogatorien, z.B. gegen Diphtherie (Genf, Neuenburg, Tessin, Freiburg). Diese gesetzlichen Regelungen haben bis heute überlebt, gelten aber nicht mehr als zeitgemäss und werden nicht durchgesetzt.

Traditionell wurden seit dem Aufkommen der Impfungen regelmässig und systematisch Impfkampagnen durch die Kantone durchgeführt. Grosse öffentliche Informationskampagnen (social marketing) werden von der Bevölkerung besser akzeptiert und erreichen ihr Ziel damit eher besser als quasi-regulative Massnahmen. Die gute Wirkung dieses Vorgehens lässt sich z.B. am Beispiel der Stopp Aids Kampagne zur Prävention der Verbreitung des HI-Virus beobachten.

Das neue KVG definiert präventive medizinische Leistungen als grundlegende medizinische Leistungen, welche durch die obligatorische Versicherung zu bezahlen sind. Die KVV legt den Katalog derjenigen dieser Leistungen fest, welche als wirksam und wirtschaftlich anerkannt worden sind.

Die Einführung erfolgte mit der Änderung der KLV vom 29. Juni 1999 in Art. 12 Bst. f, i und o:

- 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)

sowie mit der Änderung der KLV vom 9. Juli 1998 im Art. 12 Bst. k (2.):

- 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.

Die aktuellen und hier untersuchten Änderungen der Leistungspflicht unter dem Krankenversicherungsgesetz KVG betreffen effektiv also nur diesen Bereich der Impfungen im Schulalter, da im Vorschulalter von jeher das privatärztliche System zuständig war und mit der Übernahme dieser Leistungen effektiv nur eine Anpassung an die Praxis stattgefunden hat und zum Teil eine Rechtsunsicherheit aufgehoben werden konnte. Dies gilt im wesentlichen für den finanziellen Aspekt der Vergütung der Leistungen.

1.2.4 Akteure und Betroffene

Eigenschaften schweizerischer Vollzugsprozesse, gerade in stark föderalistisch organisierten Politikfeldern wie der Gesundheitspolitik, sind generell eine grosse Anzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Interessenlagen, eine geringe Vorausssehbarkeit und eine hohe Bedeutung des politischen Vollzugswillens (Linder W 1987). Es sollen deshalb an dieser Stelle als Teil der Problemexposition die relevanten Akteure für den untersuchten Politikbereich aufgeführt werden. Wir definierten diese in der Machbarkeitsstudie wie folgt:

Akteure auf Bundesebene

- Bundesrat und Parlament
- Sanitätsdirektorenkonferenz SDK
- Bundesamt für Gesundheit BAG
- Bundesamt für Sozialversicherung BSV
- Eidgenössische Leistungskommission ELK
- Schweizerische Kommission für Impffragen SKIF
- Konkordat Schweizerischer 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

Internationale Ebene

- World Health Organization WHO

Akteure auf kantonaler Ebene

- Kantonsärzte
- haupt- und nebenamtlichen Schulärzte
- impfende Privatärzte
- kantonale Kassenvereinigungen
- z.T. Forum für Praxispädiatrie
- z.T. weitere Organisationen als Träger von Dienstleistungen (z.B. Lungenligen)

Betroffene

- Die zu impfenden Kinder und Jugendlichen
- Deren Eltern

Frage: Welchen Einfluss haben Akteurkonstellation und Konfliktlinien auf die Umsetzungsstrukturen und deren Wirksamkeit?

1.3 Theoretische Grundlagen der Hypothesenbildung

Die grundsätzliche Orientierung der vorliegenden Analyse ist wirkungsorientiert, d.h. wir gehen davon aus, dass einzelne Beobachtungen durch benennbare Wirkungsfaktoren beeinflusst werden. Zu diesem Zweck muss die Gesamtheit von Handlungen und Entscheidungen, welche die zu untersuchende öffentliche Politik darstellen, in ihre Elemente aufgeteilt werden.

Es geht dabei also um ein Gefüge von zielgerichteten und mehr oder weniger kohärenten Aktivitäten. Dieses Gefüge stellt einen Policy-Cycle dar, einen Prozess, welcher in der Regel einige Jahre dauert. Knoepfel und Bussmann (Bussmann W 1997) schlagen eine an der Praxis der Politikgenerierung und -umsetzung orientierte Aufgliederung von Evaluationsgegenständen vor, worin sie verschiedene teilweise parallel ablaufende Stufen unterscheiden, die jeweils zu bestimmten Zwischenergebnissen führen. Dieses Policy-Cycle-Konzept wird in leicht modifizierter Form als theoretischer Bezugsrahmen für die vorliegende Evaluation übernommen:

Abbildung: Stufen der Politikgenerierung und -umsetzung, nach Knoepfel/Bussmann 1997: 70, leicht angepasst.

Evaluationsgegenstand	Evaluationskriterien
1. Politikkonzept	empirische Konsistenz und logische Kohärenz des Wirkungsmodells
Programmförmulierung	
2. Policy Design	Kohärenz von Verwaltungsprogrammen
Aufbau einer (kantonalen bzw. kommunalen) Vollzugsstruktur	
3. Behördenarrangement für die Politikumsetzung	Eignung der Vollzugsorganisation
4. Outputs	Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der Outputproduktion
Entscheidungen der Politikadressaten, ihr Verhalten entsprechend den Outputs zu ändern	
5. Impacts	Effektivität
Reale Wirkung der Verhaltensänderung der Politikadressaten auf die Konstitution des zu lösenden gesellschaftlichen Problems	
6. Outcome	Wirksamkeit und wirkungsbezogene Wirtschaftlichkeit

Im Folgenden sollen die einzelnen Evaluationsgegenstände bezeichnet werden. Dies sind einerseits die Programmelemente, welche installiert wurden, um die gesetzlichen Neuerungen umzusetzen. Zum Andern sollen die Wirkungen dieser Massnahmen untersucht werden.

„Eine öffentliche Politik produziert Zwischen- und Endoutputs, sie ist erst dann vollständig, wenn sie neben den Zwischen- auch Endoutputs aufweist.(...) Als Endoutputs sind all jene Handlungen aufzufassen, die ein direktes rechtliches oder faktisches Verhältnis zwischen den Politikadressaten, den weiteren Politikbetroffenen und der zuständigen Vollzugsinstanz schaffen. (...) Die Politikadressaten werden in der Regel im Policy-Design definiert. Es ist diejenige Gruppe von Akteuren, deren Verhalten die öffentliche Politik als relevant für die Lösung des angegangenen Problems ansieht. Deshalb nimmt sich die Politik vor, dieses Adressatenverhalten durch geeignete Massnahmen zu verändern oder zu stabilisieren.“

Als Politikbetroffene ist jene Gruppe von Personen anzusehen, die in direkter oder indirekter Weise positiv oder negativ vom Versuch betroffen ist, das angegangene Problem im Rahmen einer öffentlichen Politik in bestimmter Weise zu lösen.“ (S. 62ff)

Die Gesundheitspolitik kennt in diesem Sinne zwei Gruppen von Politikadressaten: die Leistungserbringer (Ärztenschaft), deren Verhalten in bestimmter Art und Weise beeinflusst werden soll, und die Leistungsempfänger, also die Bevölkerung, die zur Inanspruchnahme gewisser Leistungen bewegt werden soll. Zur Unterscheidung der beiden Gruppen nehmen wir folgende Definition vor:

Als **Politikadressaten** bezeichnen wir die erste Gruppe, also die Ärzte, die im konkreten Fall als Teil bestimmter Behördenarrangements dazu bewegt werden sollen, gewisse Persuasivfunktionen gegenüber der zweiten Gruppe zu übernehmen (z.B. Informationstätigkeit). Ebenso sollen sie zur eigentlichen Leistungserbringung im Rahmen eines kantonalen Vollzugskonzepts bewogen werden.

Als **Politikbetroffene** bezeichnen wir die zu impfende Bevölkerung. Die Bezeichnung geht über die Definition von Knoepfel und Bussmann (1997) hinaus, Politikbetroffene im Sinn der vorliegenden Evaluation sind nicht allein betroffen, sondern sollen ebenfalls ihr Verhalten verändern oder stabilisieren, nämlich die angebotenen Impfleistungen im vorgesehenen Umfang in Anspruch nehmen.

Wir arbeiten im folgenden in Bezug auf unseren Gegenstand - die öffentliche Politik gegenüber präventiven medizinischen Leistungen im Bereich der Impfungen im Schulalter - auf den sechs Stufen des Policy-Cycle, wobei die Outcome-Ebene nicht direkt gemessen wird.

Das eigentliche Ziel jeder Politik ist zwar die Lösung eines gesellschaftlichen Gesamtproblems, was als Wirksamkeit einer Politik bezeichnet wird. Diese resultiert aber nicht direkt aus einem Politikprogramm, sondern indirekt aus den tatsächlich produzierten Endergebnissen des Programms (Outputs) und den erzielten Verhaltensänderungen bei den Politikadressaten (Impacts).

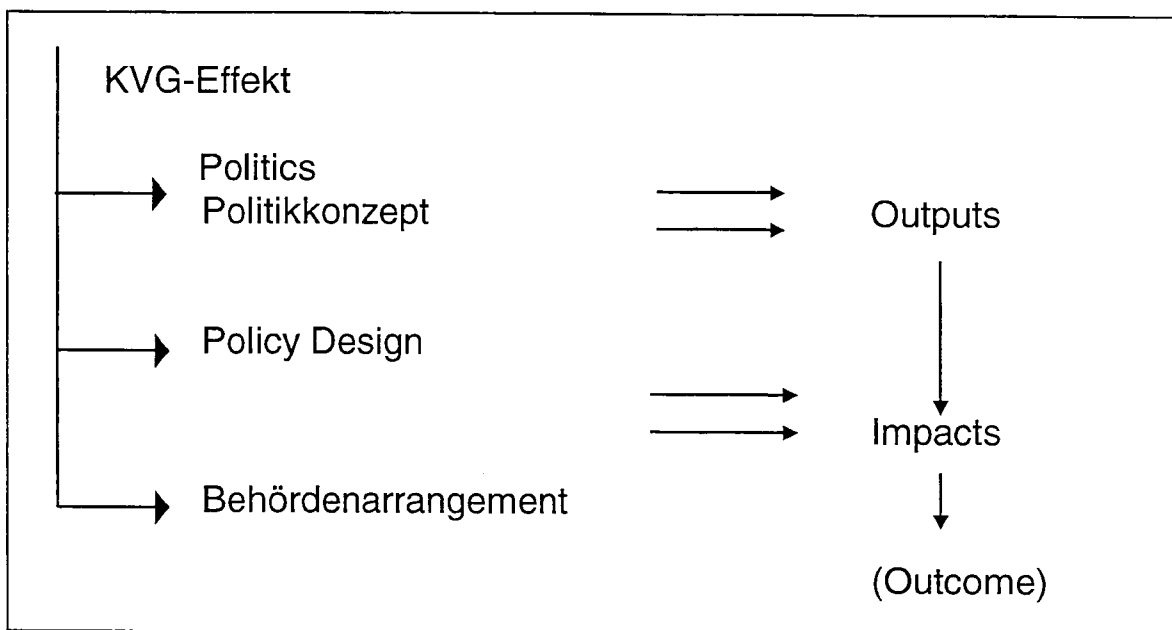
Der letztendliche Outcome des KVG in Form der verbesserten Gesundheit der Bevölkerung lässt sich aus verschiedenen Gründen (ungenügende Datenlage, multifaktorielle Einflüsse, langfristige Effekte) nicht direkt bestimmen. Unbestritten ist, dass der Durchimpfungsgrad als Marker für das Epidemierisiko einer Infektionskrankheit gültig ist und dass es eine Herdimmunität beziehungsweise einen kritischen Wert für das Übertragungsrisiko (CVC: Critical Vaccination Coverage to block transmission) (Andersen RM 1995) für die verschiedenen Infektionskrankheiten gibt. Der minimale Wert variiert für die einzelnen Krankheiten, liegt aber in etwa bei 80 bis 90%. Der Durchimpfungsgrad kann daher neben der epidemiologischen Überwachung der Krankheitslage zur Abschätzung des Erfolges einer Impfstrategie als auch für die Beurteilung der Wirksamkeit der Impfstoffe gebraucht werden.

Studien zum Durchimpfungsgrad bei Schülern sind in unserem Land bisher nur sporadisch gemacht worden, die Datenlage bei Kleinkindern ist etwas besser, vor allem in einzelnen Kantonen (Vranjes N 1996) (Maurer AM 1997) (Mütsch-Eckner M 1995). Die unzulängliche Datenlage ist der Hauptgrund für die fehlende Möglichkeit, den Outcome direkt zu messen; es beginnt sich jedoch aktuell ein einheitliches, auch von der WHO international propagiertes Studiendesign zur Erhebung des Durchimpfungsgrades durchzusetzen (Henderson RH 1982).

Wir untersuchen in unserer Arbeit deshalb Wirkungen auf Outputs und Impacts und versuchen, die Auswirkungen auf den Outcome - den Durchimpfungsgrad - aufgrund theoretischer Überlegungen zu beurteilen. Dies führt uns zum gewählten Wirkungsmodell.

Wirkungsmodell

Das Wirkungsmodell basiert auf dem oben erwähnten und modifizierten Modell der Politikgenerierung und -umsetzung. Der linke Teil des Schemas umfasst die strukturellen Wirkungen des KVG's, welche in einem ersten Schritt beurteilt werden. Dabei geht es um den Struktureffekt der Gesetzesänderung auf den verschiedenen Ebenen des Policy Cycle, der deskriptiv behandelt werden soll. In einem zweiten Schritt werden sodann die Auswirkungen der postulierten Strukturänderungen auf Outputs und Impacts in einer hypothesengeleiteten Untersuchung analysiert und die Resultate beurteilt.



Als abhängige Variablen werden dazu die Ergebniskategorien Outputs und Impacts konzeptualisiert. Anschliessend werden die Prädiktorvariablen Politics/Politikkonzept, Policy Design und Behördenarrangement hergeleitet und die Hypothesen formuliert.

1.4 Explizite Forschungsfragen

Im Rahmen dieses Wirkungsmodells werden die Fragestellungen des Auftrages in die folgenden Forschungsfragen für die Untersuchung der kantonalen Ebene überführt, um sie einer strukturierten und kohärenten Analyse zugänglich zu machen.

1. Welche relevanten Einflussfaktoren auf die Breite und Effektivität der Outputs und Impacts bestehen auf den ausgewählten Stufen der Politikgenerierung und -umsetzung, welche sind: Politikkonzept und Politics, Policy Design, Behördenarrangements?
2. Können wir deskriptiv unterschiedliche Pfade zu unterschiedlichen Output- bzw. Impact-Ergebnissen erkennen? Ist es möglich, Typen in den verschiedenen Kantonen nachzuweisen. Falls ja, können wir bewertend nach dem Kriterium der Effizienz eine Beurteilung dieser Typen vornehmen?
3. Wie hat das neue KVG durch die Aufnahme der Impfungen in den Katalog der Pflichtleistungen auf den verschiedenen Stufen der Politikgenerierung und -umsetzung die resultierenden Einflussfaktoren auf Outputs und Impacts beeinflusst?

1.5 Aufbau des Berichts

Die Evaluation ist wie folgt aufgebaut: Im nächsten Kapitel wird das Untersuchungsdesign mit dem Vorgehen auf nationaler und kantonaler Ebene vorgestellt. Weiter werden die Hypothesen aus dem vorgestellten Wirkungsmodell für die kantonale Ebene abgeleitet und operationalisiert. Daran anschliessend wird die Empirie vorgestellt und ein deskriptives Zwischenfazit aus den Struktureffekten des KVG abgeleitet. Im vierten Kapitel werden die in den Hypothesen vermuteten Wirkungszusammenhänge getestet. In der Synthese werden die relevanten Punkte für die Wirkungsanalyse KVG abgeleitet und die Forschungsfragen in die notwendige Form zur Beantwortung der Fragestellungen des Auftraggebers zurückgeführt. Es erfolgt eine Bewertung aus der Perspektive einer Public Health Institution und es sollen einzelne Empfehlungen an den Auftraggeber aufgrund der Beurteilung formuliert werden.

2. Herleitung der Hypothesen

2.1 *Untersuchungsdesign mit Hypothesen*

Wir stellen im folgenden das Untersuchungsdesign vor. Auf der nationalen - im Gegensatz zur kantonalen - Ebene besteht keine Varianz in der Politikproduktion. Wir können deshalb im nationalen Rahmen die Politikproduktion nicht mit einer vergleichenden Untersuchung angehen, sondern es erfolgt eine Analyse der Situation und die Beurteilung mit einem Qualitätskriterium. Für das nationale Politikkonzept in der Frage der Impfungen im Schulalter ist dies die empirische Konsistenz und die logische Kohärenz dieses Politikkonzeptes (vgl. Policy Cycle).

Auf der Kantonsebene wird, im Gegensatz zur nationalen Ebene, die Situation mit einer vergleichenden, interkantonalen Querschnittsanalyse erhoben. Wir gehen hier davon aus, dass sich zwischen den Kantonen Unterschiede zeigen auf den Stufen: Politics/Politikkonzept; Policy Design; Behördenarrangement. Diese Unterschiede führen zu unterschiedlichen Leistungen (Outputs) und Wirkungen (Impacts) der Kantone. Diese stellen die abhängigen Variablen in unserem Wirkungsmodell dar. Wir untersuchen, welche Einflussfaktoren in den Kantonen zu welchen Outputs und Impacts führen, dies sind die unabhängigen Variablen; dazu wird eine Vollerhebung durchgeführt. Soweit möglich soll in der Folge eine deskriptive Typologie der verschiedenen Kantone oder Landesteile erstellt und in einem weiteren Schritt eine hypothesengeleitete Wirkungsanalyse gemacht werden.

2.2 *Der Rahmen: Politikkonzept und Politics auf nationaler Ebene*

Dem im Kapitel 1.3 erwähnten Policy Cycle ist die Politics-Dimension vorgelagert, die uns in Zusammenhang mit dem Politikkonzept wesentlich erscheint und die wir hier mit dieser ersten Ebene des Policy-Cycle verknüpfen. Bei der Evaluation ist die empirische Konsistenz und die logische Kohärenz des Wirkungsmodells zu überprüfen.

Mit Politics ist die Dimension der Akteure, Interessen und Konflikte gemeint, die im schweizerischen Gesundheitswesen eng mit jedem Politikkonzept verflochten ist. Eigenschaften schweizerischer Vollzugsprozesse, gerade in stark föderalistisch organisierten Politikfeldern wie der Gesundheitspolitik, sind generell eine grosse Anzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Interessenlagen, eine geringe Vorausssehbarkeit und eine hohe Bedeutung des politischen Vollzugswillens (Linder W 1987).

Beim Politikkonzept geht es um die Definition des Problems, welches durch kollektive Massnahmen zu steuern sei; um die Priorisierung dieses Problems (Agenda-Setting); die Festlegung des allgemeinen Zieles. Das Politikkonzept enthält die massgebenden Vorstellungen zu Ursachen und Folgen des Problems sowie zu Wirkungsweise und Ergebnis der gewählten Intervention. Bezogen auf unseren Untersuchungsgegenstand geht es um die Frage, hinsichtlich des Problems, wie konkret das Instrument der

die Frage, hinsichtlich des Problems, wie konkret das Instrument der Kostenübernahme der Impfungen im Schulalter auf nationaler Ebene in Bezug auf den Effekt beurteilt wird.

- Wie hat sich der Gesetzgeber auf nationaler Ebene das Wirkungsmodell vorgestellt?
- Sind die wichtigsten Bestandteile dieses Wirkungsmodells empirisch ausreichend abgestützt?

Zu fragen ist, ob mit dem vorgesehenen Instrument überhaupt ein namhafter Effekt auf die Problemdimension zu erwarten ist. Es geht hier um die innere Stimmigkeit oder Kohärenz des Politikkonzeptes (intrapolicy Dimension). Andererseits ist abzuklären, ob das Politikkonzept nicht im Widerspruch zu bestehenden oder geplanten anderen öffentlichen Politiken steht, was gegebenenfalls zur Folge haben könnte, dass anderswo unerwünschte Nebenwirkungen eintreten (interpolicy Dimension), (Knoepfel, Bussmann, 1997, S. 78ff).

2.3 Analyse der Kantone: Abhängige Variablen

Im Wirkungsmodell in Kapitel 1.3 haben wir die zu untersuchenden Einflussfaktoren und die abhängigen Variablen dargestellt. Da wir auf der Kantonebene eine Varianz im Modell erwarten, untersuchen wir hier die Wirkungszusammenhänge vergleichend.

Als abhängige Variablen werden Outputs und Impacts konzeptualisiert und jeweils gleichzeitig und parallel untersucht.

Über die Untersuchung von relevanten Outputs (gesamte administrative Endprodukte oder Leistungen der öffentlichen Politik an die Zielgruppen der Politikadressaten und -betroffenen) und Impacts im politologischen Sinn (effektive Verhaltensänderungen), die entsprechend epidemiologisch für die Impfungen im Schulalter relevant sind, sollen die Einflussfaktoren auf diese Outputs und Impacts für die verschiedenen Kantone beschrieben werden.

2.3.1 Outputs

„Die wichtigsten Outputs staatlichen Handelns sind theoretisch Verfügungen im Sinne des Verwaltungsverfahrensgesetzes, Geldleistungen, direkte Dienstleistungen staatlicher Behörden oder staatliche Beratungsaktivitäten. Dabei interessiert in erster Linie, wie die Vollzugsstruktur die Qualität der Verwaltungsprodukte beeinflusst. Letztere fächert sich u.a. auf in Produktionsdauer, Widerspruchsfreiheit der Produkte, Klientennähe des Produktionsprozesses, angemessene Berücksichtigung der Interessen von Politikbetroffenen-gruppen, Produktionsaufwand, Anzahl Schnittstellen zwischen den Akteuren in der Pro-

duktion, sowie Verfügbarkeit hinreichender Problemmonitoringskapazitäten" (Knoepfel et. al. S. 95).

Wir untersuchen, welche 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 Verwaltungsprogramms 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.

Outputs zeichnen sich dadurch aus, dass sie zwischen den Politikadressaten und -betroffenen sowie der zuständigen Vollzugsinstanz eine direkte Beziehung schaffen (Knoepfel/Bussmann 1997: 72ff).

Als Outputs verwenden wir in unserer Untersuchung konkret:

	Output	Operationalisierung	Ausprägung
1	Kantonale Struktur für den Vollzug der Finanzierung der Impfungen im Schulalter (kantonale Verträge zwischen Versicherern und Kanton für die Leistungen im schulärztlichen System)	Analyse der Verträge: umfassend vorhanden nur für einen Teil der Impfungen nur für Impfstoff pauschale Abgeltungsmodelle	insgesamt vorhanden - nicht vorhanden
2	Veränderung des Angebots der Impfleistungen im Schularztendienst	explizite Frage nach Abbau von Impfleistungen im Schularztendienst	ja - nein
3	Statistik-Dienstleistungen an die Politikadressaten	Frage nach statistischer Erhebung des Impfstatus auf kantonaler Ebene Frage nach systematischer Zusammenfassung und Auswertung der erhobenen Daten	ja - nein ja - nein
4	Veränderung des inhaltlichen Leistungsangebotes der Schüleruntersuchungen im Schularztendienst	explizite Frage nach Abbau von einzelnen Untersuchungen im Schularztendienst	ja - nein

2.3.2 Impacts

Impacts bezeichnen die effektiven Entscheidungen der Politikadressaten, ihr Verhalten zu ändern.

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. Nach dem Rechtsstaatlichkeitsprinzip müssen die Politikadressaten grundsätzlich bereits im Verwaltungsprogramm aufgeführt werden. Entsprechen Zahl und Ausmass der feststellbaren Verhaltensänderungen nicht den Erwartungen, spricht man von einer mangel-

haften Effektivität öffentlicher Politik (Knoepfel/Bussmann 1997:73). Für die Untersuchung definieren wir folgende Impacts:

	Impact	Operationalisierung	Ausprägung
1	Verhaltensänderung von Politikadressaten und -betroffenen	Frage nach effektiver Durchführung der Mehrzahl der Impfungen im Schulalter	Schularzt dienst - Privatarzt - bei beiden gleich häufig
2	Verhaltensänderungen der Politikadressaten	Frage nach der Veränderung des Verhaltens der impfenden Ärzte in Bezug auf die erwähnten Impfungen und den Rahmen	Zunahme - Abnahme - keine Veränderung der schulärztlich / privatärztlich impfenden Ärzte

2.4 Analyse der Kantone: Unabhängige Variablen

2.4.1 Politikkonzept und Politics auf kantonaler Ebene

Wir untersuchen, welche Vorstellungen zur öffentlichen Politik im Bereich der Impfungen im Schulalter in den verschiedenen Kantonen bestehen und wie diese in das nationale Politikkonzept passen. Wichtig ist dabei die Einschätzung der Bundespolitik durch die Kantone in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den für die Impfungen im Schulalter zuständigen Bundesstellen, die Beurteilung der aktuellen Konzepte auf Bundesebene aus Sicht der Kantone zu zentralen Punkten des Problems sowie die Beurteilung der Arbeit des Bundes generell in dieser Frage.

Dabei erheben wir summativ die einzelnen Faktoren und die kantonale Politics-Dimension in Bezug auf den Bund, welche als ein Teil des „Einvernehmens mit dem Bund“ gelten kann und als Mass für eine Übereinstimmung zu den Vorstellungen über die Ursache und Lösungsansätze des Problems gebraucht wird.

Politikkonzept und Politics Bund - Kanton „Einvernehmen Bund - Kantone“	Operationalisierung	Summe Punktescore
Übereinstimmung mit dem Konzept des Monitorings des Bundes	Frage nach der Machbarkeit der zweijährlichen Erfassung des Durchimpfungsgrades	machbar (½) - nicht machbar (0)
Bundesamt für Gesundheit	Frage nach der Beurteilung der Zusammenarbeit mit dem BAG bezüglich der Umsetzung der Impfstrategien	sehr gut (1½) gut (1) genügend (½) mangelhaft (0)
Bundesamt für Sozialversicherung	Frage nach der Beurteilung der Zusammenarbeit mit dem BSV bezüglich der Finanzierung der Impfstrategien	sehr gut (1½) gut (1) genügend (½) mangelhaft (0)
Bund generell	Frage nach der Beurteilung der Arbeit des Bundes generell bezüglich der Impfstrategien	sehr gut (1½) gut (1) genügend (½) mangelhaft (0)

Hypothese 1:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die kantonale Behörde mit dem Bund einvernehmlich zusammenarbeitet und die Ziele mit jenen des Bundes übereinstimmen.

Die Beurteilung des Ausmasses der öffentlichen politischen Diskussion des Problems im Kanton selber dient als Indikator für das Ausmass der Konfliktsituation des kantonalen Politikkonzeptes. Sie bildet den zweiten Untersuchungsindikator. Diese öffentliche Diskussion hat unter anderem Einfluss auf die Priorisierung des Problems, in dem Sinne, ob eine Regelung des Problems als dringend oder nicht dringend erachtet wird.

Politikkonzept und Politics auf kantonaler Ebene	Operationalisierung	Ausprägung
Öffentlichkeit der politischen Diskussion der Impfungen im Schulalter	Frage nach dem Vorhandensein einer öffentlichen Diskussion zur Frage, wer die Impfungen im Schulalter durchführen soll	Ja - Nein

Hypothese 2:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die Frage, wer Impfungen im Schulalter durchführen soll, nicht öffentlich diskutiert wird.

Grundsätzliche Entscheide hängen zudem meist auch davon ab, welche politischen Parteien in den Kantonen die Politik bestimmen, in unserem Falle die Gesundheitspolitik gestalten. Auf der Politics-Ebene interessiert uns in den Kantonen deshalb die parteipolitische Zugehörigkeit der Sanitätsdirektoren.

Politikkonzept und Politics auf kantonaler Ebene	Operationalisierung	Ausprägung
politische Konstellation	Analyse der parteipolitischen Zugehörigkeit des kantonalen Sanitätsdirektors	bürgerlich - nicht bürgerlich

Hypothese 3:

Die staatlichen Outputs beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik hängen mit der parteipolitischen Zugehörigkeit der Sanitätsdirektoren (bürgerlich / nicht bürgerlich) zusammen.

2.4.2 Policy Design auf kantonaler Ebene

Das Politikdesign entspricht dem gesamten Vollzugsprogramm und steckt den juristischen und programmatischen Rahmen für die Politikumsetzung ab, schreibt also die konkreten Zielsetzungen, Instrumente und Verfahrensweisen vor.

Gemeint ist das Gefüge von Rechtssätzen, Verordnungen und Weisungen, mit denen die Behörden das politische Konzept in rechtlich einwandfreier Weise in administrative Aktionspläne und Anweisungen gegenüber Politikadressaten und -betroffenen umsetzen.

Bezüglich der Mittelwahl können vier Verbindlichkeitsstufen für die Politikadressaten und Politikbetroffenen unterschieden werden:

- Informationstätigkeit
- Infrastrukturmassnahmen
- Anreizinstrumente
- regulative Steuerungsinstrumente

Von den 4 Verbindlichkeitsstufen bei der Wahl der Instrumente werden regulative Steuerungsinstrumente (Gebote und Verbote) bei den Impfungen, wie erwähnt, als wenig sinnvoll erachtet und allgemein nicht (mehr) angewandt.

Aufgrund des Epidemiengesetzes Art. 10 (1970) stehen dem Bund in Zeiten ausserordentlicher Umstände durch Epidemien jedoch weiterhin solche Instrumente zur Verfügung, dies für den Fall von schwerwiegenden Epidemien. In letzter Zeit ist die regulative Anordnung von Massnahmen nicht mehr zur Anwendung gekommen.

Wichtig im Vollzugsprogramm der Impfungen im Schulalter sind die Instrumente auf den anderen drei Verbindlichkeitsstufen: Information, Infrastruktur und Anreize.

Als Politikadressaten bezeichnen wir im konkreten Fall die Leistungserbringer der Impfungen im Schulalter, d.h. die impfende Ärzteschaft bzw. die Schulschwester.

Die Politikbetroffenen definieren wir als die von den Impfungen betroffenen Schüler bzw. deren Eltern als gesetzliche Vertreter.

Wir unterscheiden im Policy Design auf kantonaler Ebene jenes, welches sich an die Politikadressaten wendet, von demjenigen, welches sich an die Politikbetroffenen wendet.

2.4.2.1 Policy Design für die impfende Ärzteschaft / Schulschwestern

Information der Politikadressaten

Politikdesign für die Politikadressaten	Operationalisierung	Ausprägung
Informationsleistungen der Kantone an die Politikadressaten	Fragen an Kantonsärzte nach Häufigkeit der Information der Schulärzte über die Impfungen	mehrmals pro Jahr - 1x jährlich - seltener - nie
	nach Häufigkeit des Zusammentreffens mit den Schulärzten	mehrmals pro Jahr - 1x jährlich - seltener - nie
Beobachtung von Einzelfällen	Frage nach Beobachtungen möglicher Unterversorgung in der Inanspruchnahme der Leistung bei unterprivilegierten Bevölkerungsschichten	Einzelbeobachtung ja - nein
Forschungsbemühungen der Kantone	Frage nach Untersuchungen möglicher Unterversorgung bei Schülern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten	Untersuchungen ja - nein

Hypothese 4:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die Politikadressaten häufig über die Ziele und Inhalte der kantonalen Impfstrategie informiert werden.

Hypothese 5:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn der Kontakt der kantonalen Stellen mit den Politikadressaten intensiv ist.

Hypothese 6:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die staatlichen Stellen Einzelfälle von Unterversorgung benachteiligter Bevölkerungsschichten beachten.

Hypothese 7:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn sich die staatlichen Stellen über die Gleichmässigkeit der Versorgung informieren.

Infrastruktur für Politikadressaten

Politikdesign für die Politikadressaten	Operationalisierung	Ausprägung
Vorgesehenes Angebot und Verfügbarkeit der Impfungen privatärztlich und im kantonalen Schularztdienst	Frage nach dem vorgesehenen Vorgehen bei Lücken im Impfstatus eines Schülers Impfung als Schularzt Impfung in Übernahme der Rolle als Privatarzt schriftliche Empfehlung zur Impfung beim Privatarzt mündliche Empfehlung zur Impfung beim Privatarzt für die relevanten 4 Impfungen separat erfragt, aber in der Analyse zusammengefasst.	Schularzt - Privatarzt - gemischt Mehrfachantworten möglich

Hypothese 8:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn das Vorgehen der Schulärzte bei Lücken im Impfstatus kohärent geregelt ist.

Anreizinstrumente für Politikadressaten

Bei den Anreizinstrumenten für die impfende Ärzteschaft ist eine Beurteilung der kantonalen Gesetzgebung über die finanzielle Vergütungspraxis von Impfungen privatärztlich und im Schularztdienst für alle Impfungen und insbesondere der Änderungen dazu von Interesse.

Aufgrund der inkompletten Datenlage (sehr unterschiedliche Regelungen auf unterschiedlicher Gesetzesstufe in den Kantonen) ist eine objektive vergleichende Beurteilung der Situation schwierig. Es soll deshalb keine eigene Variable gebildet werden, jedoch im Resultatteil eine deskriptive Zusammenstellung der Ergebnisse, sowie einzelne vertiefte Betrachtungen mit ausgewählten Beispielen erfolgen.

2.4.2.2 Policy Design für die Politikbetroffenen

Information für Politikbetroffene

Politikdesign für die Politikbetroffenen	Operationalisierung	Ausprägung
Informationsleistungen an die Politikbetroffenen	Frage nach Informationskampagnen an die Bevölkerung über eine oder mehrere empfohlene Impfungen in den letzten 4 Jahren	ja - nein
	Frage nach eigenen Informationsmitteln	ja - nein

Hypothese 9:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die Politikbetroffenen häufig über die Ziele und Inhalte der kantonalen Impfstrategie informiert werden.

Hypothese 10:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn im Kanton eigene Informationsmittel verwendet werden.

2.4.3 Behördenarrangements auf kantonaler Ebene

Mit den Behördenarrangements wird die Struktur der Vollzugsorganisation beschrieben.

Die Vollzugsorganisation teilt sich nicht nur in die drei Muster des föderalen, parastaatlichen (und subsidiären) Vollzugs auf, sondern ebenso und teils entsprechend in verschiedene Verwaltungsarrangements. So ist die Frage nach dem Aufbau von kantonalen und kommunalen Vollzugsstrukturen beim föderalen Vollzug besonders virulent. Unter Behördenarrangements verstehen Knoepfel und Bussmann (Bussmann W 1997: S. 72)

die Gesamtheit der politisch-administrativen Entscheidungen über die administrative Umsetzungsstruktur einer Politik. Darunter fallen Entscheidungen zur Kompetenzordnung oder zu den Ressourcen der zuständigen Behörden. Aufgrund der hohen Varianz der kantonalen Verwaltungsstrukturen kommen Zusammenhänge zwischen Verwaltungsstruktur und Vollzugsresultaten in der Schweiz relativ deutlich zum Ausdruck.

Es geht bei den Behördenarrangements also um die Struktur für die Politikumsetzung. Hier nun zu jenen für die Impfungen im Schulalter, wobei der Bereich der Schularztdienste und die nebenamtlichen Schulärzte als parastaatliche Akteure und das privatärztliche System als gesellschaftliche, private Akteure gesehen werden können.

Wir untersuchen das Ausmass und die Art der kantonalen Strukturierung der administrativen Abläufe und der Organisation, um die Impfungen im Schulalter zu erbringen.

Die Struktur soll kantonal vergleichend, bezogen auf die Grösse der zu versorgenden Bevölkerung beurteilt werden und damit die Schularztdichte bestimmt werden.

Dichte der schulärztlichen Dienste:

Behördenarrangement: Dichte des schulärztlichen Dienstes	Operationalisierung	Ausprägung
personelle Dotation und Dichtegrad	Anzahl tätige nebenamtliche Schulärzte im Kanton und zu versorgende Schüler der obligatorischen Schulstufe	absolute Zahl Schüler/ Anzahl Schüler pro tätigen Schularzt

Hypothese 11:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn jeder Schularzt eine grosse Anzahl Schüler versorgt.

2.5 Wahl der Methoden

Es wird ein Methodenmix angewandt, der folgendes umfasst:

- Vollerhebung mittels Fragebogen bei den Kantonen über die Adressaten Kantonsärzte (indirekt auch die vollamtlichen Schulgesundheitsdienste, soweit vorhanden)
- Strukturierte Interviews mit Akteuren auf nationaler und auf kantonaler Ebene, auf letzterer vor allem mit nebenamtlichen Schulärzten
- Dokumentenanalyse (Gesetze, Verordnungen, Protokolle, kantonale Erlasse, Richtlinien, Leitbilder, Briefe, Statistiken).

Die Gesetzesanalysen erfolgten primär mit der Frage nach dem direkten Effekt auf die impfende Ärzteschaft dadurch, dass Impfungen als explizit erwähnte Aufgaben in Gesetzen und Verordnungen erwähnt werden. Weiter wurde auf die Konkretheit der Aufgabendefinition, die Rollenverteilung als auch auf Aspekte der Finanzierung geachtet.

- Literaturlaufarbeitung

Vor der Fragebogen-Erhebung erfolgte ein Pretest des Instrumentes bei zwei Kantonsärzten sowie bei einer Schulärztin aus einem vollamtlichen Schularztdienst. Der Versand erfolgte nach Übersetzung ins Französische Anfang August 2000. Die Rücksendefrist wurde für deutschsprachige Kantone auf den 31. August 2000, für französischsprachige Kantone mit um einer Woche abweichender Frist auf den 8. September 2000 festgelegt.

Strukturierte Interviews erfolgten mit Vertretern aus dem BAG, der Kantone, Forum für Praxispädiatrie, Schularztdienste der Kantone Bern und Zürich und vier nebenamtlichen Schulärzten in den Kantonen AG, LU, BE, NW. Die Auswahl dieser Schulärzte erfolgte aufgrund der unterschiedlichen Systeme und Strukturen im kantonalen Schularztdienst.

Im Bundesamt für Sozialversicherung konnte Einsicht in die schriftlichen Protokolle der Eidgenössischen Leistungskommission ELK zu den Diskussionen um die Thematik der medizinischen Prävention genommen werden.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit den Computer-Programmen Epi Info 6.04 (CDC und WHO 1997) und Stata 5.0 (Stata Corporation, Texas, USA)

Statistisches Mass für die hypothetischen Assoziationen im Analysekapitel

Als einfaches Zusammenhangsmass für ordinale kategorische Daten wurde Cramer's V verwendet, welches zwischen 0 und 1 liegt und einen stärkeren Zusammenhang bei höherem Zahlenwert angibt. Wir verwenden als Grenzwert für eine Assoziation den Wert von 0.3. Cramer's V sagt nichts über die Richtung des Zusammenhanges aus und eignet

sich weniger als absolutes, sondern vielmehr als relatives Mass für die untersuchten Zusammenhänge (Agresti A 1984).

2.6 Rücklauf der Fragebogen

Der Rücklauf des schriftlichen Fragebogenversandes an die kantonsärztlichen Dienste war sehr gut. 24 von 26 versandten Fragebogen wurden beantwortet und zurückgesandt; folgende Kantone haben geantwortet: AG, AI, AR, BE, BL, BS, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH. Nicht geantwortet haben FR und SZ.

Der gute Rücklauf dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die untersuchte Problematik der Impfungen im Schulalter in den kantonsärztlichen Diensten wahrgenommen wird. Die Fragebogen wurden in der Mehrzahl der kleinen Kantone direkt vom Kantonsarzt, in grösseren zum Teil unter Mithilfe von Fachpersonal im kantonsärztlichen Dienst beantwortet.

3. Resultate

3.1 *Politikkonzept und Politics auf nationaler Ebene*

In Kapitel 3.1.1 wird das nationale Politikkonzept zur Frage der Impfungen im Schulalter und die einzelnen Standpunkte dieser Politik aus der Sicht der Akteure dargestellt. In Kapitel 3.1.2 wird das nationale Politikkonzept kommentiert und ein deskriptives Fazit gezogen.

Auf eidgenössischer Ebene hat das BSV die Federführung in der Umsetzung des KVG. Es muss in der Frage der Impfungen im Schulalter einerseits mit andern Bundesämtern kooperieren, wie mit dem BAG (zum Beispiel für die genaue Produktdefinition bei den Impfungen) und dem BFS (zum Beispiel für das Monitoring), andererseits mit Privaten, der FMH und dem KSK (zum Beispiel für Verhandlungen über die Preise der Impfstoffe). Als wichtigste Vollzugsbehörde für das KVG auf nationaler Ebene ist es auch für die Wirkungsanalyse des Gesetzes verantwortlich.

3.1.1 Die nationale Akteurkonstellation

Bundesrat und Parlament

Aus der Botschaft des Bundesrates über die KVG - Revision 1991 (1991) wurde die geplante Aufnahme von Leistungen der Prävention in den Leistungskatalog damals folgendermassen begründet:

"Im geltenden KUVG ist die Prävention als solche nicht aufgeführt, was einzelne Krankenkassen jedoch nicht daran hindert, in ihren eigenen Bestimmungen die Übernahme der Kosten bestimmter Präventionsmassnahmen vorzusehen, sei es im Rahmen der statutarischen Grundversicherung oder in den Zusatzversicherungen.

Damit alle Versicherten in den Genuss der gleichen Leistungen kommen, wird die Prävention nun in den Leistungskatalog der obligatorischen Versicherung aufgenommen. Es obliegt dem Bundesrat, diese Leistungen in den Vollzugsbestimmungen im einzelnen festzulegen. Im vorliegenden Gesetzesentwurf ist die Prävention im engen Sinn gemeint, nämlich individuelle, von einem Arzt zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in regelmässigen Abständen, ohne Vorliegen konkreter Symptome durchgeführte oder verordnete Massnahmen. Zum Beispiel: periodische Kontrollen für die Früherkennung von Krebs in Berücksichtigung der Familienanamnese; Verschreibung von Arzneien zur Verhinderung oder zumindest Verzögerung von Knochenkrankheiten (z.B. Osteoporose). Unabhängig von der sozialen und medizinischen Bedeutung der Prävention scheint es nur logisch, Massnahmen in die Versicherung aufzunehmen, die geeignet sind, das „Deckungsrisiko“ jedenfalls mittelfristig zu verringern.

Im Rahmen der Vernehmlassung wurden nicht nur Präventionsmassnahmen gefordert, sondern Massnahmen für eine eigentliche Gesundheitserziehung. Ausserdem wurde auch wiederholt vorgeschlagen, einen - bescheidenen - Prozentsatz der Prämien für die Finanzierung der Prävention im weiteren Sinne, wie Informations- und Sensibilisierungskampagnen zu verwenden. Diese Vor-

schläge sind zwar interessant, wurden hier aber nicht berücksichtigt, weil sie unseres Erachtens nicht in das vorliegende Gesetz gehören. Präventionsmassnahmen im weiteren Sinn wie eben Informations- und Sensibilisierungs- oder auch Impf- und Kontrollkampagnen müssen wie bisher dem Gesundheitswesen, das heisst den Kantonen und Facheinrichtungen unterstehen.

Ein stärkeres Engagement der Sozialversicherung im Bereich der Prävention sowie die Anerkennung eines Rechtes auf Präventivmassnahmen werden auch als Zielvorgaben in der Empfehlung R (84) 24 vom 7. Dezember 1984 des Ministerkomitees des Europarates genannt (vgl. insb. Ziff. 6 und 9 dieser Empfehlung über den Beitrag der sozialen Sicherheit zu Präventivmassnahmen).“

Es ging bei der Einführung des neuen KVG einerseits stark um den Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit - einzelne Präventionsmassnahmen, so auch die Impfungen im Schulalter befanden sich im alten KUVG theoretisch immer noch auf der Negativliste, obschon dies de facto im praktischen Alltag meistens anders gehandhabt wurde. Ein wichtiger Punkt war andererseits, 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, damals nicht primär in den Pflichtleistungskatalog einschliessen wollte.

Die Rede der Departementsvorsteherin des Innern an der Tagung der FMH vom 29. Juni 1996 in Bern illustriert, dass auf Bundesebene bei der Einführung von Präventionsmassnahmen in das KVG befürchtet wurde, dass sich die Kantone aus diesen traditionellen Bereichen der Prävention zurückziehen könnten:

La prévention dans une politique de santé publique

„J'en viens maintenant à la prévention. La prévention est un pilier traditionnel de notre système de santé. C'est un pilier nouveau de l'assurance-maladie, mais elle ne peut pas - et ne doit pas - couvrir toutes les mesures dans ce domaine. Ce qui est prévu au niveau de la Confédération ou des assureurs n'enlève rien à la responsabilité des cantons et des communes. Pensons par exemple à l'éducation à la santé dans les écoles, aux campagnes de vaccination, aux dépistages dans des populations à risque.

N'oublions pas les autres avantages des programmes de santé publique: atteindre des publics cibles que le médecin individuel n'atteint pas (les migrants lors de l'accueil, les personnes marginalisées dans la rue, les travailleurs à leur place de travail, etc.); informer l'ensemble de la population; organiser de façon plus économique un service à la population.

C'est pourquoi 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 R 1996)

Frau Bundesrätin Dreifuss betont die Wichtigkeit der Prävention im Gesundheitswesen. Einzelne Leistungen der Prävention sollen von der Krankenversicherung mitgetragen werden, diese könne aber nicht alles abdecken. Die Kantone werden nicht von ihrer traditionellen Aufgabe befreit, kollektive Leistungen zu erbringen. Sie betont die Vorteile der besseren Erreichung von Zielgruppen sowie des ökonomischeren Einsatzes der Ressourcen.

cen in öffentlichen Präventionsprogrammen und appelliert an Kantone und Gemeinden, ihre Ausgaben nicht auf Kosten der Krankenversicherung zu senken.

Eidgenössische Leistungskommission ELK und Bundesämter BSV und BAG

1994 wurde auch in der ELK die Meinung vertreten, dass aufgrund der parlamentarischen Beratungen des KVG-Entwurfes behutsam in den Leistungsbereich der medizinischen Prävention eingestiegen werden müsste und auch deshalb die Vorschläge für die positiven Leistungen restriktiv ausfallen müssten.

Seitens des BSV wurde schon 1995 dazu bemerkt, dass die Frage, wer bezahlt, entschieden sei, wenn grundsätzlich eine 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 vorne herein eine Aufgabe der sozialen Krankenversicherung sein müssten. Schon damals wurde bemerkt, dass eine Abrechnung über die Krankenkasse möglicherweise die Inanspruchnahme der Leistung vermindern könnte, da Franchise und Selbstbehalt anfallen.

Es gab widersprüchliche Richtungen in der ELK und den Subkommissionen wie der SKIF bezüglich der Leistungspflicht für die Impfungen im Schulalter. 1995 wurde darauf gedrängt, die Impfungen in die KLV aufzunehmen, 1996 hat man gerade das Gegenteil verlangt. Zum Teil bestand die Meinung, dass gewisse einzelne Impfungen, die sich eignen, von der KLV ausgeschlossen und von Institutionen durchgeführt werden sollten.

Das primäre Ziel des BAG's ist es, den nationalen Impfplan für die routinemässigen Schutzimpfungen umzusetzen. Es ist dabei stark auf die Kooperationsbereitschaft der Kantone angewiesen. In der Frage der Finanzierung der Impfungen wird auf den wirtschaftlichen Nutzen der Impfungen durch eine insgesamt zu erreichende Einsparung im Gesundheitswesen hingewiesen. Dies insbesondere, wenn man die indirekten Kosten berücksichtigt, welche durch Impfungen gespart werden. Da diese Einsparungen den Kantonen zu Gute komme, bestand im BAG die Meinung, dass sich auch die Kantone für die Impfungen finanziell engagieren sollten.

Auf der fachlichen Ebene hat das Bundesamt für Gesundheit die neuen Ziele für die WHO Region Europa (Gesundheit 21) mit Unterstützung der Schweizerischen Kommission für Impffragen in den Entwurf für ein nationales Impfprogramm CH integriert. Es stützt sich im wesentlichen auf internationale Vorgaben der WHO. Hier ist das zuständige Gremium für die Impfungen das "Expanded Programme on Immunization EPI". Konkretisiert sind die Vorgaben im Konzept "Gesundheit 21 — 21 Ziele für das 21. Jahr-

hundert". Dieses wurde vom Regionalkomitee der WHO für Europa 1998 verabschiedet. Es handelt sich um ein umfassendes Grundlegendokument, das ausgehend von der ersten Zielformulierung für Europa von 1983 im Programm "Gesundheit für alle" die Situation in der europäischen Region analysiert, weiterführende Strategien entwirft und die Ziele neu formuliert. Umgesetzt wurden diese Ziele in einem Entwurf für den neuen nationalen Impfplan.

Krankenkassenkonkordat

Seitens des Krankenkassenkonkordates wurden in mehreren Kantonen Versuche gemacht, um ein einfaches und speditives System für die Durchführung der Impfungen in den Arztpraxen auf die Beine zu stellen. Dies erwies sich als sehr schwierig. Angesichts der finanziellen Zusatzbelastungen durch die Impfungen im privatärztlichen System war das Konkordat in der Frage der Leistungspflicht zurückhaltend und verwies ebenfalls auf das öffentliche Gesundheitswesen.

Leistungserbringer

Seitens der Ärzteschaft wurde schon vor Einführung des neuen KVG grundsätzlich betont, dass die Impfungen generell eine der wirksamsten und kosteneffizientesten Massnahmen der Prävention darstellten und das Wichtigste der möglichst breite Zugang der gesamten Bevölkerung zu den Impfungen ist. Es wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass es aus ärztlicher Sicht unwesentlich sei, wer diese Leistungen bezahle, sondern dass sie in der Grundversicherung bezahlt würden.

Von den betroffenen Fachgesellschaften war auf Bundesebene Unterschiedliches zu vernehmen. Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie hat sich in einem Leitbild hinter die Impfungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter gestellt, zum Thema der Schulärzte weist sie einzig darauf hin, dass mehr als die Hälfte der niedergelassenen Pädiater als Schulärzte tätig seien; sie unterstützt diese Bestrebungen (SGP 1995).

Die Frage der Finanzierung der Impfungen im Schulalter hat im Rahmen der Änderungen des KVG vor allem bei den diversen direkt betroffenen Politikadressaten starke Kontroversen ausgelöst. Als Interessenvertreter traten insbesondere die Schulärzte und die praktizierenden Kinderärzte in Erscheinung. Dabei spielte die öffentliche Diskussion in den Medien eine wichtige Rolle zur Darstellung der konkurrierenden Positionen. Diese sollen hier etwas ausführlicher dargestellt werden.

a) praktizierende Kinderärzte

Auf Seiten der praktizierenden Kinderärzte, welche die Impfungen im Vorschulalter im privatärztlichen System und in den Vorsorgeuntersuchungen integriert durchführen, besteht das Interesse, auch im Schulalter Vorsorgeuntersuchungen im privatärztlichen System anzubieten und Impfungen durchzuführen. Die Argumentation wird zusammengefasst aus einem Interview mit einem Vertreter des Forums für Praxispädiatrie wiedergegeben, welches die nationale Vertretung der praktizierenden Kinderärzte wahrnimmt:

Die Schüleruntersuchungen würden in der heutigen Situation qualitativ ungenügend gemacht, allfällige Empfehlungen bei pathologischen Befunden führten nicht zu Handlungen und würden nur eine falsche Sicherheit der Eltern suggerieren, dies gerade auch bei sozial schwächer Gestellten, welche die Schüleruntersuchungen falsch interpretierten.

Die festgestellten Befunde der Schüleruntersuchungen hätten aktuell praktisch überall keine konsequente Abklärung bei Bedarf zur Folge. Es bestehe eine für die gesamte Schweiz typische Situation, dass ganze Luftschutzkeller mit Vorsorgekarten angehäuft werden, die einer zentralen Erfassung und statistischen Aufbereitung entgingen. Schulärzte sollten nach einem neuen Konzept eigentliche Public Health Aufgaben vor Ort in den Schulen wahrnehmen, dies im Sinne von Gesundheitsförderung und -information, zum Beispiel über Nichtrauchen, Sport, HIV-Risiken etc. Bezüglich Impfungen sollte nur der Impfstatus administrativ kontrolliert werden. Dabei würden die Lücken im Impfstatus durch Empfehlungen zur Impfung auch geschlossen werden können. Die eigentlichen Schüleruntersuchungen und -impfungen sollten von den Privatärzten durchgeführt werden.

Das Argument, dass unterprivilegierte Bevölkerungsschichten bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Impfungen in einem privatärztlichen System benachteiligt werden, wird nicht geteilt. Gerade Ausländer- und auch Asylbewerberkinder seien „gute Kunden“, kämen häufig in die privatärztliche Sprechstunde und würden nicht durch finanzielle Beteiligungen wie Franchise oder Selbstbehalt von Konsultationen abgehalten, da sie den Sinn von Impfungen relativ gut einsehen würden. Dies im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung, wo der „Fundamentalismus“ bezüglich des Impfens das Hauptproblem darstelle und auch hier nicht die Finanzierungsfrage im Vordergrund stehe.

Aufgaben für Public Health werden vor allem in grösseren Studien zur Durchimpfung gesehen, die in der Schweiz fehlten, im Aufbau eines gesamtschweizerischen Monitoring-Systems, aber nicht in Abklärungen der individuellen Gesundheit der Schüler. Erstere Aufgabe müsse zusammen mit den Bundesstellen (BAG) erfolgen.

In der Finanzierungsfrage räumt der Vertreter des Forums Praxispädiatrie ein, dass kollektive Beschaffungen von Impfstoffen günstiger seien, hält dazu aber fest, dass gleichzeitig kollektive Untersuchungen zwar billiger, aber durch die fehlende Qualität sicher nicht kosteneffizient seien.

Wichtig scheint ihm in dieser Frage auch, dass die Herstellung der Impfungen und deren Finanzierung weiterhin institutionell klar getrennt werden müssen, da habe es in der Vergangenheit Probleme der Transparenz gegeben.

b) vollamtliche Schulärzte

Auf der Gegenseite wird vor allem von den hauptamtlichen Schulärzten, welche sich in der Fachgruppe Schulärzte im Rahmen der SGPG organisiert haben, das Hauptargument der systematischen und vollständigen Vorsorge für alle Kinder in den Vordergrund gerückt. Als Basis für die Zusammenfassung der Argumentation dient hier ein Positionspapier des Präsidenten der Fachgruppe (Frey D 1997):

Betont wird der systematische Zugang zu Schülern ganzer Jahrgänge von Kindergärten, Sekundar- und Primarstufen, sowie die damit verbundene Erfassung von sozial gefährdeten Randgruppen. Betont wird die aufsuchende, nachgehende und sozial kompensatorische Für- und Vorsorge, die über den Zugang via Schule wesentlich erleichtert würde. Die Inanspruchnahme präventiver Angebote (Vorsorgeuntersuchungen) würden in der Praxis bereits nach dem ersten Lebensjahr deutlich zurückgehen, was empirisch belegt sei. Im Schulalter setze sich dieser Trend fort, und gerade die für die Vorsorge wichtige Altersgruppe der Adoleszenten entziehe sich weitgehend dem Kinderarzt.

Kinder und Jugendliche würden einen wesentlichen Teil ihres aktiven Lebens in der Schule verbringen und in dieser Zeit zahlreiche, lebenslänglich wirksame gesundheitsrelevante Verhaltensmuster anlegen. Die Schulärzte als „Werksärzte am Arbeitsplatz Schule“ hätten dank ihrer Vertrautheit mit den schulischen Bedingungen sehr viele Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit den Lehrkräften. Wenn der Schularzt aber glaubwürdig und wirksam sein wolle, müsse er die Kinder auch persönlich kennen, wozu die Vorsorgeuntersuchung eine wichtige Möglichkeit biete. Die Vorstellung vom Schularzt als rein kollektivmedizinischer Berater sei eine Illusion. Die Bedeutung von Qualitätsstandards wird als wichtig bestätigt. Dafür seien geeignete Rahmenbedingungen nötig, wie Zeit, Geld, ausreichende Fort- und Weiterbildung sowie Motivation und Interesse für Prävention.

In den kommenden Jahren und Jahrzehnten werde der schulärztliche Dienst zunehmend Aufgaben im Bereiche der Epidemiologie übernehmen müssen. Wenn der Schularztdienst nicht mehr die ganze Population sehe, könne er diese Aufgabe nicht erfüllen. Die Vorsorge im Schulalter solle nicht privatisiert werden. Dies würde mit Sicherheit zu Versorgungslücken führen, insbesondere bei Risikogruppen.

Bei den kollektiven Impfungen im Schulalter herrsche eine Konfusion. Da das neue KVG auf die individuelle Prävention in der Praxis mit individueller Abrechnung ausgerichtet sei, müssten nun in langwierigen Verhandlungen in 26 Kantonen administrativ vertretbare effiziente Pauschallösungen für schulärztliche Kollektivimpfungen gesucht werden. Hier wäre eine Lösung auf Bundesebene erforderlich.

Wo für schulärztliche Untersuchungen die freie Arztwahl bestünde, habe sich gezeigt, dass sich bei einem qualitativ gut ausgebauten öffentlichen Angebot die Mengenausweitung in der Praxis in Grenzen halte. Ein Problem stelle allerdings die Kommunikation zwischen Privatpraxis und schulärztlichem Dienst dar. Dort wo der Privatarzt, auch wenn gesetzlich verpflichtet, dem schulärztlichen Dienst die Durchführung von Leistungen mitzuteilen habe, funktioniere dies nicht.

Es sei insgesamt eine koordinierte und von allen Seiten respektierte Arbeitsteilung auf Vertrauensbasis zu finden.

Sanitätsdirektorenkonferenz

Die Sanitätsdirektorenkonferenz verhielt sich auf Bundesebene eher zurückhaltend in der Frage der Impfungen und bemühte sich um fachliche Aspekte.

Ein Expertenbericht im Auftrag der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz diskutierte aufgrund der Vorgaben des Programms Gesundheit 21 die Umsetzungsmöglichkeiten ausgewählter WHO-Ziele für den Kinder- und Jugendbereich in der Schweiz, so unter anderem auch den Bereich der Impfungen, allerdings beschränkt auf MMR und Hepatitis B (Oertle Bürki 1999).

In diesem Bericht kommt die Autorin in Bezug auf das Programm Gesundheit 21 zu zwei wichtigen Schlüssen:

„Die in den meisten Kantonen festzustellende Tendenz im MMR-Bereich, die Impfung den Haus- und Kinderärzten zu überlassen, aber keine öffentlichen Anstrengungen zu machen, dürfte der Erreichung der WHO-Ziele wenig förderlich sein.“ (S. 70).

„Das Impfen darf nicht einfach der privaten Initiative überlassen werden, wenn die Ziele der WHO und die daraus für die Schweiz abgeleiteten erreicht werden sollen.“ (S. 71).

Politikbetroffene

Betroffene Schüler und deren Eltern sind als Akteure auf Bundesebene nicht wahrnehmbar. Konsumentenschutzorganisationen, soweit diese als Vertreter der Politikbetroffenen bezeichnet werden können - treten meist auf der Seite der prinzipiellen Impfgegnerschaft auf.

3.1.2 Fazit auf nationaler Ebene

Zur Kohärenzfrage des Politikkonzeptes auf Bundesebene

Wir kommentieren im folgenden die Tatsachen und Meinungen zum nationalen Politikkonzept.

Die Ziele der Politik bezüglich der Impfungen im Schulalter werden auf der Bundesebene nur zwischen den Zeilen genannt und zu wenig klar deklariert. Aus der Analyse der einzelnen Akteurstandpunkte geht hervor, dass über diese Ziele zu keinem Zeitpunkt bei der Mehrheit der wichtigen Akteure ein Konsens bestand. Die Frage der Auswirkungen durch die Änderung der Finanzierung der Leistungen wurde vor der Einführung der Leistungspflicht zu wenig genau abgeklärt und teilweise falsch eingeschätzt.

Allen Akteuren gemeinsam war einzig die Forderung, dass ein effizientes und kostengünstiges System zu installieren sei. Ob hier tatsächlich ein gemeinsamer Wille zum Konsens besteht, oder ob es sich dabei um blosser Rhetorik handelt, sei dahingestellt. Die vorgeschlagene Lösung zur Erreichung dieses Zieles bestand 1996 in einem Konsens für eine gemeinsame Kommission BAG, SDK, KSK, FMH und BSV. Bis zur Einführung der Leistungspflicht der Impfungen im Schulalter ist jedoch kein Resultat aus dieser Kommission bekannt geworden.

Die Auffassung, die Kantone hätten aufgrund des Epidemiengesetzes vom 18. Dezember 1970 einen gesetzlichen Auftrag, Impfungen im öffentlichen Gesundheitswesen anzubieten, erweist sich unseres Erachtens als nicht zutreffend. Dieses Gesetz enthält nur eine allgemein gefasste Kompetenzabgrenzung zwischen Bund und Kanton und in der Verordnung zum Epidemiengesetz vom 22. Dezember 1976 (1976) werden nur Impfungen gegen Polio und Tuberkulose geregelt. Gerade diese beiden Impfungen sind aufgrund der aktuellen Situation bei den entsprechenden Krankheiten nicht mehr relevant.

Der Umstand, dass etliche Kantone Bestimmungen, die Bezug auf diesen Artikel im Epidemiengesetz nehmen, ersatzlos gestrichen haben, bestätigt diese Annahme.

Die angedeuteten Ziele:

- Versorgungsgerechtigkeit durch die verpflichtende Finanzierung der Leistungen 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. Das KVG regelt prinzipiell die Finanzierung individuell erbrachter Leistungen. Nur am Rande können auch kollektive Leistungen bezahlt werden:

- im Rahmen interner Leistungen der Krankenversicherer (Verwaltung, Marketing)
- als Beiträge an die Gemeinschaftseinrichtung
- als Beiträge an die Stiftung (Art. 19)

Beiträge für kollektive Leistungen an bestimmte Leistungserbringer haben in diesem Rahmen keinen Platz und können höchstens indirekt erfolgen, wie dies im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen zwischen kantonalen Versicherern, den Kantonen und der Ärzteschaft für die Abgeltung der schulärztlichen Impfungen angestrebt wird.

Mit der Einführung der Leistungspflicht im KVG wurde die Finanzierung für die Impfungen im Schulalter in der Grundversicherung als Ziel erreicht, die Anreize für die Durchführung der Impfungen im öffentlichen Gesundheitswesen wurden aber stark verändert.

Fazit: Das Politikkonzept auf der Bundesebene ist nicht kohärent und damit schwer umsetzbar, weil die angedeuteten Ziele schwer miteinander vereinbar sind und die Möglichkeit der Durchsetzung gegenüber den Kantonen fehlt.

3.2 Kantonale Ebene: Abhängige Variablen

3.2.1 Outputs

Die Vereinbarungen zwischen den Kantonen und Versicherern, in welchen die Abgeltung der schulärztlichen Aufgaben und der Impfungen im Schulalter geregelt wird, definierten wir als **Output 1**

Eine erste Umfrage zur finanziellen Abgeltung der Impfungen bei Schülern im Rahmen von Vereinbarungen zwischen Kantonen und Versicherern wurde 1999 durch das Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer initiiert. Diese Ergebnisse dienten uns als Ausgangsbasis bei der expliziten Befragung in unserer Untersuchung nach der aktuellen Vertragssituation. Es wurden die finanziellen Vereinbarungen nach den einzelnen Impfungen bzw. Impfstoffen, der ärztlichen Leistung und einer pauschalen Abgeltung getrennt erhoben.

Die differenzierte Darstellung der Vertragssituation wird für den Hypothesentest in eine Darstellung Vertrag vorhanden - nicht vorhanden überführt, wobei alle Ausprägungen von vertraglichen Regelungen (nur für einen Teil der Impfungen - nur für Impfstoff - pauschale Abgeltungsmodelle) als vorhandener Vertrag definiert werden.

Vereinbarung Kanton - Versicherer	nicht vorhanden	vorhanden	unbekannt
Kanton	AI, BE, GR, LU, NE, OW, SO, TI, UR, ZG	AG, AR, BL, BS, GE, GL, JU, NW, SG, TG, VD, VS, ZH	SH
Anzahl Kantone	10	13	1

Das detaillierte Resultat ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

Kanton	kein Vertrag	Vereinbarung vorhanden			Details der Vereinbarung Kanton-kantonale Versicherer
		nur für einen Teil Impfungen	nur Impfstoff	pauschale Vereinbarung	
AG		X		X	Pauschale für HB Impfstoff und -akt durch Kt., übrige Vereinbarungen mit Lungenliga nur Impfstoff, ärztliche Leistung wird pro Stunde vergütet
AI	X				keine
AR			X	X	Pauschale für HB Impfstoff und -akt, übrige nur Impfstoff
BE	X				keine
BL		X		X	nur HB Impfung 19.80 und Impfakt durch Kanton (Betrag ?)
BS				X	ja für alle, Pauschalen für Impfakt, -stoff und Material
GE		X		X	nur HB Impfstoff und -akt
GL				X	neu ab 1.7.00 mit KK Verband St. Gallen und Thurgau KST, für alle Impfungen gemäss Plan, Impfstoff und -akt
GR	X				keine
JU			X	(X)	speziell für Impfstoffe und 60.-/h für die Impfschwestern der Lungenliga (?)
LU	X				keine kollektiven Impfungen mehr geplant, keine Vereinbarungen
NE	X				keine, die Vereinbarung (Accord), welche die finanzielle Aufteilung der schulärztlich durchgeführten Impfungen geregelt hätte (Anteil Impfstoff und Material zu Lasten der Neuenburger Versicherer FNAM, Anteil Konsultation zu Lasten des Service de santé publique) wurde über ein Jahr diskutiert und ist nicht zustande gekommen.
NW				X	ja für alle, Pauschalen Impfstoff und Impfakt, Impfungen mit Ausnahme Polio durch Kanton bezahlt
OW	X				keine
SG				X	Vertrag KST, vgl. TG und GL
SH					keine Antwort
SO	X				keine
TG				X	ja, Vertrag KST, Impfstoff und ärztliche Leistung für alle Impfungen
TI	X				nein, keine Reihenuntersuchungen und Impfungen im Schularztendienst mehr, Pauschale im privatärztlichen System für HB
UR	X				keine
VD			X		Vereinbarung über Impfstoffpreis
VS		X		X	Pauschale für alle ausser DiTe, welche in der Privatpraxis gemacht wird, Lungenliga-Vertrag für Tb (und Statistikdienstleistungen)
ZG	X				keine
ZH				X	Pauschale für alle Impfungen, Impfakt und -stoff inkl. ärztliche Leistung, aktuell neu ausgehandelt (erste 60'000.- Franken ärztliche Leistung pro Jahr werden vom Kanton übernommen)

Output 2

Veränderung des Angebots der Impfungen im Schularztdienst

In 7 Kantonen wurde die generelle Frage nach dem expliziten Abbau von schulärztlich erbrachten Impfungen seit 1995 bejaht, nein antworteten hier 13 Kantone, 3 Kantone liessen die Frage offen, weil keine Daten vorhanden sind (BE), bzw. ohne Angabe von Gründen (JU, SO)

Abbau schulärztlich erbrachter Impfungen	ja	nein	keine Antwort
Kanton	GL, OW, NE, GE, TI, GR, UR, ZH	AG, AI, AR, BL, BS, LU, NW, SG, SH, TG, VD, VS, ZG	BE, JU, SO
Anzahl Kantone	8	13	3

Output 3 a und b

Informations-Dienstleistungen an die Politikadressaten in Form von Statistiken zum Durchimpfungsgrad

Die Kontrolle der Durchimpfung anhand des Impfausweises wird in praktisch allen Kantonen, minimal meist bei Schuleintritt und -austritt durchgeführt.

In 11 Kantonen erfolgt eine Meldung der schulärztlich erhobenen Daten zum Impfstatus an den Kantonsarzt / an eine zentrale Stelle im Kanton (**Output 3a**). In 8 Kantonen erfolgt eine systematische weitere Auswertung dieser Daten (**Output3b**).

Zentrale Meldung, Zusammenfassung und Auswertung von Impfdaten auf kantonaler Ebene	Meldung des Impfstatus zentral auf kantonaler Ebene	Systematische Zusammenfassung und Auswertung der statistischen Angaben auf kantonaler Ebene
Kanton	AG, AR, GE, GR, JU, NW, SG, TI, VD, VS, ZG	AG, BS, GR, JU, SO, TI, VS, ZG
Anzahl Kantone	11	8

Output 4

Veränderung des inhaltlichen Angebotes an Schüleruntersuchungen im schulärztlichen Dienst :

Bezüglich der Veränderungen bei den Inhalten der Schüleruntersuchungen wurde nach einem Abbau bei der Zahl der diversen Schüler-Untersuchungen (wie zum Beispiel der Wirbelsäulenuntersuchung) im Schularztdienst seit 1995 gefragt. Eine derartige inhaltliche Reduktion fand in 9 Kantonen statt. Der Kanton Tessin hat die Schüleruntersuchungen im Schularztdienst komplett sistiert.

Inhaltlicher Abbau bei den Schüleruntersuchungen	ja	nein	keine Antwort
Kantone	BL, GE, GL, NE, OW, SH, VD, TI, ZH	AG, AI, AR, BE, BS, GR, LU, NW, SG, TG, UR, VS, ZG	JU, SO
Anzahl Kantone	9	13	2

3.2.2 Impacts

Impact 1

Mit der Frage, wo im Kanton aktuell die Mehrzahl der Impfungen durchgeführt wird, wird das effektive Geschehen zu den Impfungen im Schulalter erfragt.

Mehrzahl der Impfungen ...	beim Schularzt	beim Privatarzt	bei beiden gleich häufig	nicht beantwortet
Kantone	NW, SH, TG, VD, VS	AI, BL, GE, GL, GR, LU, NE, OW, SO, TI, UR, ZG, ZH	AR, SG	AG, BE, BS, JU
Anzahl Kantone	5	13	2	4

In den Kantonen AG, BE und JU wurde die Frage unter Verweis auf fehlende Statistiken (BE) oder aus ungenannten Gründen nicht beantwortet, in BS sieht das angegebene Verhältnis je nach Schulstufe unterschiedlich aus (Primarschule beim Privatarzt, 7. Klasse ausgeglichen).

Impact 2

Erhoben wird die Veränderung im Verhalten der impfenden Ärzte in Bezug auf die Impfleistungen (alle Impfungen) im Kanton.

Zu beachten ist hier die Möglichkeit der Mehrfachantworten a - d.

	a	b	c	d
	Impfung oder Nachimpfung im schulärztlichen Dienst	Impfung oder Nachimpfung in Übernahme der Rolle als Privatarzt	schriftliche Empfehlung zur Konsultation des Privatarztes	mündliche Empfehlung zur Konsultation des Privatarztes
Zunahme	TG, SG	TI	GL, OW, NE, GE, TI, UR, ZH	GE, ZH
Abnahme	GL, NE, GE, TI, ZH	TG, NE, SG	SO	
keine Veränderung	VD, BL, NW, AR, BS, GR, SH	VD, BL, VS, BS, AI, GR, SH, ZH	VD, BL, TG, VS, BS, AI, GR, SG, SH	VD, BL, TG, VS, BS, TI, AI, GR, SG, SH
keine Antwort	VS, OW, BE, LU, AG, JU, ZG, SO, AI, UR	GL, NW, OW, BE, LU, AR, AG, JU, ZG, GE, SO, UR	NW, BE, LU, AR, AG, JU, ZG	GL, NW, OW, BE, LU, AR, AG, NE, JU, ZG, SO, UR

Die bedeutendsten Veränderungen zeigen sich in der Abnahme der Impfungen oder Nachimpfungen im schulärztlichen Dienst in fünf Kantonen. Entsprechend haben die Empfehlungen zur privatärztlichen Impfung in denselben fünf Kantonen sowie zwei weiteren zugenommen. Auf der andern Seite haben nur in zwei Kantonen die schulärztlichen Impfungen zugenommen. In einem Kanton wurden seltener Empfehlungen abgegeben.

Die beiden andern Verhaltensvarianten scheinen nicht von Bedeutung zu sein, jedenfalls hat die grosse Mehrheit der Kantone entweder keine Antwort gegeben oder keine Veränderung konstatiert. Da sich mit diesem Resultat keine weiteren Informationen ergeben, werden im Analysekapitel nur die in der Praxis relevanten Spalten a und c weiter verwendet.

Einschätzung der Gefahr einer Unterversorgung

Die Frage erhob die Beurteilung des Kantons für die Gefahr einer Unterversorgung von Schülern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten, besonders Ausländerkindern, bezüglich Inanspruchnahme der empfohlenen Impfungen.

Gefahr einer Unterversorgung	sehr gross	eher gross	eher klein	sehr klein	nicht beantwortet
Kantone	VS	AG, AR, BL, BS, GL, NE, NW, SH, VD, ZH	LU, OW, SO, SG, TG, UR, ZG	AI, GE, TI	BE, GR, JU
Anzahl Kantone	1	10	7	3	3

Die Frage der Beurteilung der Unterversorgung eines Teils von Schülern aus der Gesamtpopulation stellt eine wichtige Frage zur Wahrnehmung des Problems der Impfungen im Schulalter dar, da diese auch die Frage nach der Relevanz und der Dringlichkeit einer Lösung beinhaltet.

Es handelt sich andererseits um eine Einschätzung der Situation in den Kantonen und nicht um eine direkte Impactmessung, sie gehört jedoch inhaltlich in diese Kategorie der Impacts. Wir stellen das Resultat an dieser Stelle dar.

Zu bemerken ist hierzu auch, dass der Kanton Wallis als einziger uns bekannter Kanton für Schüler aus den erfragten Risikopopulationen ein Konzept zur Nachimpfung - unter dem Aspekt der Gleichberechtigung - bei Eintritt in die Schule umgesetzt hat.

3.2.3 Fazit zur Politikproduktion auf kantonaler Ebene

Kantonale Gesetzes- und Verordnungsänderungen, die zeitlich mit der Einführung des KVG und den Änderungen bezüglich der Impfungen im Schulalter zusammenfallen, geben die relevante Reaktion der Kantone auf die untersuchten Änderungen im KVG sehr gut wieder. Sie werden hier deskriptiv für 11 Kantone dargestellt.

Mehr als die Hälfte der hier untersuchten Kantone nutzen den erweiterten Handlungsspielraum durch die Änderungen des KVG zur Anpassung der gesetzlichen Grundlagen. Dabei sind insbesondere die Definition und/oder die Finanzierung der Impfungen im Schularztdienst im Sinne einer weniger verbindlichen Regelung betroffen.

Tabelle: Beispiele von Kantonen mit relevanten Änderungen der gesetzlichen Bestimmungen zur Aufgabendefinition, Finanzierung und Entschädigung im Zusammenhang mit den Impfungen im Schulalter.

Kanton	Datum	geänderte gesetzliche Bestimmung(en)	Kommentar
AG	20. März 1996	Kantonale Verordnung zum Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen, Einfügen von Art. 12 Abs. 3 (neu). Vorbehalten bleibt die Leistungspflicht der Krankenversicherer.	Ergänzung der bestehenden Regelung der Kostentragung durch Schulträger und Kanton für die unentgeltlichen Impfungen in Schulen, kein unmittelbarer Effekt auf das mit Hilfe Privater (Lungenliga) aufgebaute, schulärztliche Impfwesen im Kanton. Zentralisierte Erfassung des Durchimpfungsgrades durch Lungenliga und Chefarzt Kinderklinik Aarau.
BE	29. Mai 1996	Verordnung über den schulärztlichen Tarif, Aufhebung von Art. 2 Bst. d (2. und 3.)	Aufhebung der Entschädigung an die Träger der Schule oder Institutionen (Staatsbeiträge) für die nebenamtlichen Schulärzte betreffend die perorale und parenterale Impfung durch Aufhebung der Taxpunkte. Es wird ein System eingeführt, wonach der nebenamtliche Schularzt theoretisch anlässlich der unveränderten Schüleruntersuchungen für die Impfungen an die betroffene Krankenkasse Rechnung stellen soll.

Kanton	Datum	geänderte gesetzliche Bestimmung(en)	Kommentar
JU	7. März 2000	Projet d'Ordonnance concernant le service de santé scolaire	Aktuell in Vernehmlassung. Impfungen werden nicht mehr explizit als schulärztliche Aufgabe erwähnt, jedoch als Aufgabe in Art. 13 e den „infirmières scolaires“, unter der Verantwortung der Schulärzte zugewiesen. Art 26 Abs 2 hält fest: Pour le traitement, le choix du médecin est libre.
LU	1993/94	Verordnung über den schulärztlichen Dienst und die Gesundheitserziehung an den Schulen Art. 3 Gesundheitserziehung, Abs. 1 Die Gesundheitserziehung ist in erster Linie Sache der Eltern Art. 9 Ärztliche Behandlung, Abs. 1 Die Behandlung der Schülerinnen und Schüler ist nicht Aufgabe der Schulärztinnen und -ärzte. Die Wahl der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes ist Sache der Eltern.	Keine aktuelle Änderung aber schon 1993/94 restriktive Trennung von Untersuchungen und Behandlung im schulärztlichen Dienst, aktuell keine schulärztlich durchgeführten Impfungen mehr. Hier fand eine Änderung im Policy Design schon früh und vor Einführung des KVG statt, die aktuell in der Umsetzung praktisch abgeschlossen ist.
NE	1995	Neufassung der Loi de santé Art. 43 L'Etat participe au financement des actions de promotion de la santé et de prévention. Art. 48 L'Etat organise la lutte contre les maladies transmissibles. Il soutient les mesures d'information concernant les maladies transmissibles et encourage, suivant les cas, leur prévention par des vaccinations, qu'il peut rendre obligatoires. Il prend en charge le coût des vaccins qu'il recommande ou impose.	Der Kanton sieht eine finanzielle Beteiligung an Public Health Aufgaben explizit vor. Die Impfungen sind als Teil der Aufgabendefinition explizit enthalten und auch die finanzielle Beteiligung ist angesprochen. Keine Umsetzung wegen fehlender Vereinbarung (vgl. Tabelle Output 1).
NW	1997	Reglement über die schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienste Art. 13 Auf Weisung des Kantonsarztes führt der schulärztliche Dienst Reihenimpfungen gemäss dem Impfplan des Bundesamtes für Gesundheit durch. Die Impfungen sind freiwillig und werden nur mit schriftlicher Zustimmung der Eltern durchgeführt. Art. 25 Die ...schulärztlichen Impfungen sind für die Schülerinnen und Schüler unentgeltlich.	Neues Reglement mit klarer Deklaration der Impfungen als schulärztliche Aufgabe. Regelung der Finanzierung für die Betroffenen, Schulgemeinden und Kanton.
OW	1997	Verordnung über den Schulgesundheitsdienst und die Schulzahnpflege Art. 9 Aufgaben Die schulärztliche Betreuung umfasst...b) die Durchführung von Impfungen. Art 11 Impfungen Der Schularzt ist nach den Weisungen des Kantonsarztes für die Durchführung der Impfungen in der Schule verantwortlich.	Verordnung sieht weiterhin Impfungen als schulärztliche Aufgabe vor, nach Weisungen des Kantonsarztes. Finanzielle Entschädigung der Impfungen nicht explizit erwähnt, pauschale Entschädigungsmodelle auf Gemeindeebene. Aus den Beilagen zur Verordnung gehen keine Änderungen dieser Bestimmungen hervor, das Policy Design wird jedoch kantonal als privatärztlich beschrieben.

Kanton	Datum	geänderte gesetzliche Bestimmung(en)	Kommentar
SG	1996	<p>Verordnung über den Schularztdienst.</p> <p>Art. 15 Der Schularzt führt die vom Gesundheitsdepartement angeordneten Impfungen durch.</p> <p>Art. 20 Die Schulgemeinde trägt die Kosten für die Untersuchungen und die Impfungen.</p> <p>Das Gesundheitsdepartement stellt den Impfstoff für jene Impfungen unentgeltlich zur Verfügung, die nach Bundesrecht kostenlos anzubieten sind.</p> <p>Streichung in Absatz 1 von „Impfungen“. Integrale Streichung des zweiten Absatzes.</p> <p>Art. 19, Abs. 2 geändert.</p> <p>Der Bericht enthält die Zahl der untersuchten Schüler und der durchgeführten Impfungen sowie besondere Vorkommnisse.</p>	<p>Schulärztliche Durchführung von Impfungen ist nach wie vor erwähnt, auf Anordnung des Gesundheitsdepartements.</p> <p>Streichung der Kostenregelungsbestimmung für die Impfungen auf der Ebene der Schulgemeinden.</p> <p>Ersatz des Bezugs auf die veraltete Verordnung auf Bundesebene über die kostenlosen Impfungen für Tbc und Poliomyelitis.</p> <p>Präzisierung der Bestimmung über die Berichterstattung zu den schulärztlich durchgeführten Impfungen im Sinne einer Verbesserung der statistischen Basis für die Auswertung.</p>
Ti	1997	<p>Legge sanitaria, Art. 28 definiert die Aufgaben und die Stellung des Schularztes im Bereich der Primärprävention und der Leistungserbringung ohne explizite Erwähnung der Impfungen. Er legt auch die Beziehung zum Kantonsarzt fest. Art. 82 legt die Möglichkeit aufgrund der epidemiologischen Situation auch statistische Aufgaben im ambulanten Bereich zu fordern.</p> <p>Regolamento sulla medicina scolastica, Art. 3 und 4 schreiben die Wahl der Schulärzte mit Bevorzugung der Pädiater fest und präzisieren die Aufgaben im Bereich der Infektionskrankheiten (u.a. Überwachung des Durchimpfungsgrades), Art. 9 legt pauschale Entschädigungen für die Arbeiten fest.</p>	<p>Umfassende Reform des Schularztwesens im Kanton 1998 mit Streichung der schulärztlichen Reihenuntersuchungen und der schulärztlichen Impfungen, neue Aufgabendefinition u.a. im Bereich der Impfkampagnen, Überwachung der Durchimpfung ist weiterhin gewährleistet und wird zentralisiert. Aktuell: zentrale Erhebung des Hepatitis B-Durchimpfungsgrades auf Stufe Kantonsarztamt.</p> <p>Die Entschädigung der Schulärzte wird in Form von Pauschalen festgelegt.</p> <p>Im Bereich der Hepatitis Impfung wird in der Folge eine pauschale Lösung im Privatarztssystem angewandt.</p>
UR	1999	<p>Verordnung über den Schulärztlichen Dienst im Kanton Uri, Neufassung (per 1. August 1999) von Art. 9 Impfungen, Der Schularzt führt anlässlich der Reihenuntersuchungen die Kontrolle des Impfstatus durch und gibt den Eltern zuhänden der Hausärzte eine Empfehlung der fälligen Impfungen ab.</p>	<p>Reihenimpfungen in der Schule werden nicht mehr durchgeführt, neue und aktuelle Anpassung.</p> <p>Vertragsverhandlungen zwischen dem Urner Krankenkassenverband (VUK) und dem Kanton Uri bezüglich der Kostenübernahme von Reihenimpfungen im Schularztdienst sind 1998 gescheitert.</p>
ZG	1992	<p>Vollziehungsverordnung zum Schulgesetz</p> <p>3. Abschnitt Gemeindliche Schuldienste</p> <p>Art 13 Der Schularzt führt Impfungen und ausserordentliche Untersuchungen nach Weisungen der Gesundheitsdirektion* durch.</p>	<p>* Fassung gemäss Änderung vom 22. Dezember 1998 der Wortlaut der Änderung ist nicht bekannt, aktuell unverbindliche Regelung der Aufgabe Impfungen für den Schularzt.</p> <p>Diese Verordnung hat das Reglement über den schulärztlichen Dienst an den Schulen im Kanton Zug vom 29. März 1966 aufgehoben.</p>

Wir ziehen an dieser Stelle einen ersten generellen Schluss aus der ersichtlichen Varianz nach der Darstellung der Resultate der abhängigen Variablen auf der kantonalen Ebene sowie der Analyse der Verordnungsänderungen.

Fazit auf kantonaler Ebene:

Die Kantone nutzen den vermehrten Handlungsspielraum im Bereich der Impfungen im Schulalter. Es sind ausgeprägte Unterschiede in der Politikproduktion auf verschiedenen Ebenen ersichtlich. Neben den Auswirkungen der Änderungen im KVG spielen auch finanzielle Überlegungen eine Rolle.

Wichtig sind aufgrund der bisherigen Untersuchung auch der zeitliche Faktor der kantonalen Politikproduktion und die finanziellen Rahmenbedingungen, da sich zeigt, dass die kantonale Politikproduktion in der untersuchten Frage nicht nur auf die Einführung des KVG zurückgeführt werden kann.

Die kantonale Varianz in der Frage der Impfungen im Schulalter ist eindeutig vorhanden, wir versuchen dieses interessante Ergebnis in der hypothesengeleiteten Analyse im Kapitel 4 weiter zu untersuchen.

3.3 Unabhängige Variablen

3.3.1 Politikkonzept und Politics auf kantonaler Ebene

Die Mehrheit der Kantone hält das BAG-Konzept für machbar, wenn auch die Minderheit, welche widerspricht, recht stark ist:

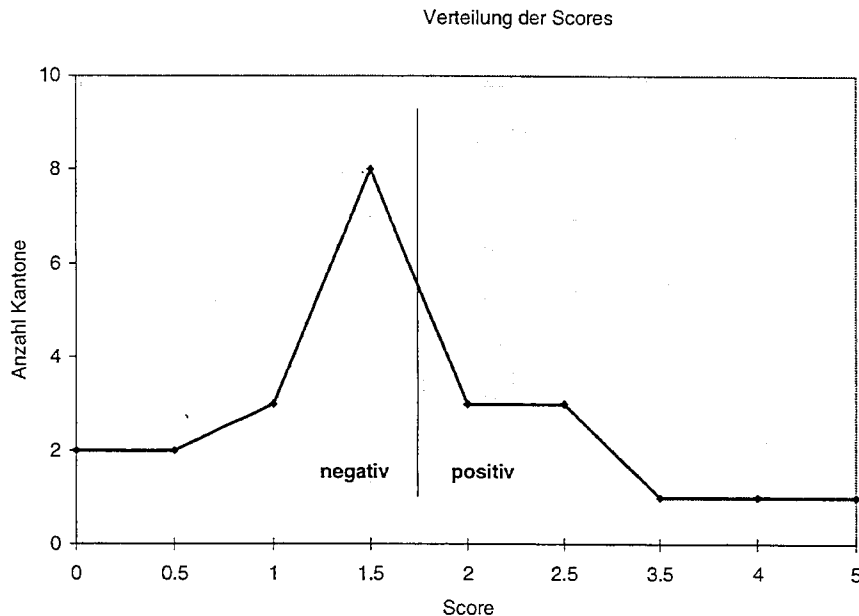
	Monitoring-Konzept des Bundesamtes für Gesundheit BAG (zweijährliche Erfassung des Durchimpfungsgrades)		
	ist machbar	ist nicht machbar	keine Antwort
Anzahl Kantone	14	8	1

Die folgenden drei Fragen enthalten noch deutlicher eine Bewertung der Politik des Bundes. Wir interpretieren dies als Zeichen der Übereinstimmung (oder fehlenden Übereinstimmung) der Kantone mit dem Bund:

	Anzahl Kantone mit Beurteilung ...				
	sehr gut	gut	genügend	ungenügend	keine Antwort
Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit betreffend die Umsetzung der Impfstrategien	5	4	10	4	1
Generellen Beurteilung der Arbeit des Bundes bezüglich der Impfstrategien	2	6	10	5	1
Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherung betreffend die Finanzierung der Impfstrategien	1	1	1	20	1

Während die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit mehrheitlich als genügend bis gut beurteilt wird, sprechen die Kantone grossmehrheitlich ein schlechtes Urteil über die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen aus.

Deshalb ergibt sich auch beim zusammenfassenden Score eine Tendenz zu einer eher negativen Einschätzung.



Die ungünstige Beurteilung der Leistungen der Bundesbehörden widerspiegelt das gegenseitige Einvernehmen und muss nicht unbedingt auf ungenügenden Leistungen beruhen. Auch eine unreflektierte Sicht der kantonalen sowie der Bundesaufgaben, andere Zielsetzungen des Beurteilenden etc. können zur Kritik am Partner statt zu einer Selbstkritik führen. Festgehalten werden muss aber, dass ein Einvernehmen nur mit genügender Kommunikation erreicht werden kann und dabei beide Seiten in der Pflicht stehen.

Zur Frage der Öffentlichkeit der politischen Diskussion der Impfungen im Schulalter sind folgende Resultate vorhanden:

öffentliche Diskussion	vorhanden	nicht vorhanden
Kantone	BS, GL, NE, TI, UR, VD, VS, ZH	AG, AI, AR, BE, BL, GE, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, TG, ZG
Anzahl Kantone	8	15

Zur Frage der politischen Konstellation in den Sanitätsdirektionen:

Die parteipolitische Zugehörigkeit der Sanitätsdirektoren in den Kantonen, mehrheitlich bürgerlich - nicht bürgerlich für die Jahre 1996-2000 sieht folgendermassen aus:

	bürgerlich	nicht bürgerlich
Kantone	AG, AI, AR, GE, GL, GR, LU, OW, SG, TG, VD	BE, BL, BS, JU, NE, NW, SH, SO, TI, UR, VS, ZG, ZH
Anzahl Kantone	11	13

Die parteipolitische Zugehörigkeit der Sanitätsdirektoren in den Kantonen ist zahlenmässig praktisch ausgeglichen.

3.3.2 Policy Design auf kantonaler Ebene

Die kantonalen Verwaltungsstellen informieren die Politikadressaten wie folgt:

	Häufigkeit der Information der zuständigen Stelle im Kanton an die Schulärzte über Fragen des Impfens			
	mehrmals pro Jahr	1 x pro Jahr	seltener	nie
Kanton	GE, SG, TI, VS	AG, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SH, SO, UR, VD, ZG, ZH	AI, AR, BE, BL, GR, TG	*
Anzahl Kantone	4	13	6	0

	Häufigkeit der Treffen der zuständigen Stelle im Kanton mit den Schulärzten			
	mehrmals pro Jahr	1 x pro Jahr	seltener	nie
Kanton	GE, OW, TI	AG, BE, JU, LU, NE, NW, SO, VD, VS, ZG, ZH	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG	BL, UR, *
Anzahl Kantone	3	11	7	2

* Der Kanton Basel-Stadt kennt keine nebenamtlichen Schulärzte.

Die grosse Mehrheit der Kantone informiert die Schulärzte und trifft sich mit ihnen mindestens einmal pro Jahr.

Das Resultat zur Frage nach Einzelbeobachtungen und systematischen Untersuchungen zur Gefahr der Benachteiligung unterprivilegierter Schichten, z.B. von Ausländerkindern, präsentiert sich wie folgt:

	Einzelbeobachtungen über eine allfällige Unterversorgung von Schülern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten		
	ja	nein	keine Antwort
Kantone	AR, BS, NW, VS	AG, AI, BE, BL, GE, GR, NE, OW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VD, ZG, ZH	GL, JU, LU
Anzahl Kantone	4	17	3

	Untersuchungen zur Unterversorgung		
	ja	nein	keine Antwort
Kantone	BS, VS, ZH	AG, AI, AR, BE, BL, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VD, ZG	JU
Anzahl Kantone	3	20	1

In den meisten Kantonen ist das vorgesehene Angebot für alle Impfungen kohärent entweder privatärztlich oder schulärztlich verfügbar. Mehrere Kantone sehen auch von vornherein beide Möglichkeiten vor:

Vorgesehenes Vorgehen bei Lücken im Impfstatus	Impfung im Schularztendienst für alle Impfungen	Impfung beim Privatarzt für alle Impfungen	mehrere Möglichkeiten für eine oder mehrere Impfungen
Kanton	NW, SG, SH, VD	AI, GE, GR, LU, NE, OW, SO, TI, UR, ZG	AR, BE, BL, BS, GL, JU, TG, VS
Anzahl Kantone	4	10	8

Nur 4 Kantone weichen von diesem Schema ab:

	Impfung im Schularztendienst	Impfung beim Privatarzt	mehrere Möglichkeiten
für Poliomyelitis	AR	BL	VS
für Di Per Te	AR	BL, VS	
für MMR	AR	BL	VS
für HB	BL	AR	

Informationsleistungen an die Politikbetroffenen

In den letzten 4 Jahren fanden in 16 Kantonen eine oder mehrere Informationskampagnen an die Bevölkerung statt, in 8 Kantonen fanden in diesem Zeitraum keine statt.

Informationskampagnen an die Bevölkerung	ja	nein
Kanton	AI, AR, BE, BL, BS, GE, GR, NE, OW, SG, SH, TI, UR, VD, VS, ZG	AG, GL, JU, LU, NW, SO, TG, ZH
Anzahl Kantone	16	8

Eigene Informationsmittel für Informationskampagnen an die Bevölkerung

Deklariert wurde in dieser Frage von 13 Kantonen, dass sie eigene Informationsmittel gebrauchen, 10 Kantone verwenden keine eigenen und stützen sich auf das Dokumentationsmaterial des Bundesamtes für Gesundheit.

Verwendung eigener Informationsmittel	ja	nein
Kanton	AG, BE, BS, GE, GL, LU, NW, OW, SG, SH, TI, UR, ZG	AI, AR, BL, GR, NE, SO, TG, VD, VS, ZH
Anzahl Kantone	13	10

3.3.3 Behördenarrangements auf kantonaler Ebene

Wir beschreiben als nächstes die kantonalen bzw. kommunalen Vollzugsstrukturen. Es stehen in den Kantonen traditionelle Schularztdienste im Vordergrund, diese sind selten voll- und mehrheitlich nebenamtlich strukturiert. Teilweise werden private Dritte in eine parastaatliche Vollzugsstruktur einbezogen.

In 9 Kantonen steht kein ärztliches Personal zur Verfügung, in 2 Kantonen stehen 5 Stellenprozente, und in je 1 Kanton 100, 460, 490, 700 und 750 Stellenprozente zur Verfügung. 8 Kantone haben nicht geantwortet.

Anderes medizinisches Personal: In 8 Kantonen steht solches nicht zur Verfügung, in 3 Kantonen stehen 10 bis 50 Stellenprozente zur Verfügung und in 4 Kantonen besteht mindestens eine Vollzeitstelle. 7 Kantone haben nicht geantwortet.

In 7 Kantonen hat es kein administratives Personal. In 5 Kantonen stehen 5 bis 10 Stellenprozente zur Verfügung und in 4 Kantonen besteht mindestens 1 Vollzeitstelle. 6 Kantone haben nicht geantwortet.

Vollamtliche Strukturen in den grösseren Städten

Detaillierung der personellen Dotation der vollamtlichen Schularztdienste je in ärztliches/akademisches Personal, medizinisch nicht-akademisches Personal und administratives Personal

Stadt	Ärztlich-akademische Vollzeitstellen	Nicht-akademisches medizinisches Personal	Administratives Personal
Bern	4,9	6,9	2,0
Basel	4,6	4,7	2,9
Genf	7,5	59	19
St. Gallen	1	0,4	1
Lausanne	7	39	4
Zürich	k.A.	k.A.	k.A.

Vollamtliche Schularztdienste sind in den fünf grossen Schweizer Städten Bern, Zürich, Lausanne, Basel, Genf sowie in St. Gallen vorhanden. Sie sind stellenmässig unterschiedlich dotiert, wobei wir nach den vorhandenen Ressourcen für die schulärztliche Tätigkeit gefragt haben, da uns eine explizite Frage nach der Unterteilung der Aufgaben, d.h. nach den Ressourcen für das Teilgebiet der Impfungen nicht der Realität entsprechend und nicht zweckmässig erschien. In Bern wird zum Beispiel rund $\frac{3}{4}$ der Tätigkeit als schulärztlich bezeichnet, wobei Impfungen davon nur einen kleinen Teil der gesamten Tätigkeit ausmachen.

Stellenabbau vollamtliche Schulärzte

Bei den vollamtlichen Schularztdiensten wurde seit 1995 nur im Kanton GE abgebaut, in den übrigen nicht.

Stadt	Abbau von Vollzeitstellen
Bern	nein
Basel	nein
Genf	ja
St. Gallen	nein
Lausanne	nein
Zürich	nein

Nebenamtliche Schulärzte

Bei den nebenamtlichen Schulärzten zeigt sich eine grosse Varianz der Anzahl Funktionsträger in den antwortenden Kantonen, die zahlenmässig von 0 im Stadtkanton BS bis 440 im Kanton BE geht. Dabei ist die starke Korrelation mit der Anzahl Gemeinden im Kanton zu beachten. Dies spricht für eine bei der weiteren Analyse der Resultate stark sichtbare kommunale Delegation der schulärztlichen Aufgaben in den Kantonen.

Zu berücksichtigen sind in den Westschweizer Kantonen JU, VD, GE, VS die Schulschwester, d.h. nicht-akademisches, medizinisches Personal, das im Rahmen der Schulgesundheitsdienste unter anderem auch Impfungen selber durchführt und somit die Funktion des nebenamtlichen Schularztes wahrnimmt. Dies etwa im Gegensatz zu analogem Personal im Kanton Aargau oder Nidwalden, das im Rahmen des Abkommens mit der Lungenliga im Impfdienst arbeitet bzw. kantonal angestellt ist. Die Impfungen werden in diesen beiden Kantonen aber ausschliesslich ärztlich appliziert.

Bei der Differenzierung der Leistungserbringer nach Kinderärzten (Pädiatern) beziehungsweise Nicht-Kinderärzten beträgt die Streubreite in den Kantonen für die Kinderärz-

te im nebenamtlichen Schulgesundheitsdienst 0 bis 43. Die Differenzierung nach Fachgebieten konnte in 3 Kantonen (BE, SO, SH) wegen fehlender Information oder fehlender elektronischer Verfügbarkeit nicht vorgenommen werden.

Mit über 50% Pädiater-Anteil (10 von 19) unter den Schulärzten sticht der Kanton Tessin hervor, der in den Jahren seit 1997 eine umfassende Reform mit Bevorzugung der Kinderärzte im Schulgesundheitsdienst durchgeführt hat. In allen Kantonen zusammengefasst machen die Kinderärzte im Durchschnitt um 10% aller nebenamtlichen Schulärzte aus.

Neben den Kinderärzten, die als Schulärzte tätig sind, lassen sich gemäss den Kommentaren auf den Fragebogen in der Mehrzahl der Kantone überwiegend Ärzte für Allgemeine Medizin und Innere Medizin in diesen Funktionen finden. Diese übernehmen in Ausübung der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten generell auch die Betreuung von Kindern und Jugendlichen, da die im Vergleich zu städtischen Gebieten deutlich tiefere Anzahl der Kinderärzte dies auch erfordert.

Insgesamt finden sich in den 23 auswertbaren Kantonen 1994 nebenamtliche Schulärzte, wovon 188 Pädiater (für 20 Kantone auswertbar)

Stellenabbau nebenamtliche Schulärzte

Bezüglich der Veränderungen der Stellenetats seit 1995 wurde nach einem Abbau der Anzahl Stellen der nebenamtlichen Schulärzte bzw. Schulschwestern gefragt. Nebenamtliche Schulärzte wurden im Kanton Tessin im Rahmen der schon erwähnten Reform und im Kanton Genf abgebaut. 20 Kantone verneinen einen Abbau, im Kanton JU wird die Frage mit dem Hinweis auf die aktuell stattfindende Reform im Schularztdienst ausgelassen, wobei darauf hingewiesen wird, dass eine Reduktion der Anzahl Schulärzte, verbunden mit einer qualitativen Verbesserung durch Erhöhung der Beschäftigungspensen, geplant ist. Der Kanton SO antwortet zu dieser Frage nicht.

Abbau von nebenamtlichen Schulärzten	ja	nein	keine Antwort
Kantone	GE, (JU), TI	AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, UR, VD, VS, ZG, ZH	SO
Anzahl Kantone	2 (3)	20	1

In der Übersichtstabelle folgt die aktuelle Situation in den Schularztdiensten mit den folgenden Faktoren: Zahl der Gemeinden im Kanton, voll- und nebenamtliche Schulärzte, Anteil Pädiater sowie Anzahl nebenamtliche Schulärzte bezogen auf die Altersgruppe 1998/99 aller Schüler der obligatorischen Schulstufen (2000):

Kanton	Anzahl der Gemeinden	Anzahl nebenamtliche Schularzte	davon nebenamtliche Pädiater	Anzahl vollamtliche Schularzte	Anzahl Schüler der obligatorischen Schulstufe (98/99) im Kanton	Anzahl Schüler pro nebenamtlichen Schularzt
AG	232	182	15		66137	363
AI	6	7	0		2071	296
AR	20	18	2		6743	375
BE	400	440		5	103353	235 *
BL	86	126	23		27356	217
BS	3	0	0	5	16590	**
GE	45	7	4	8	41026	**
GL	29	18	1		4892	272
GR	213	90	6		21150	235
JU	83	38	6		8043	212
LU	107	132	16		42061	319
NE	62	45	10		18002	400
NW	11	15	1		4525	302
OW	7	8	2		4305	538
SG	90	180	16	1	58824	327 *
SH	34	35			8613	246
SO	126	—	—	—	28080	—
TG	90	77	7		30490	396
TI	245	19	10		27629	1454
UR	20	19	2		4336	228
VD	385	130	43	7	66929	515 *
VS	163	81	18		32605	403
ZG	11	27	6		10619	393
ZH	171	300	—	k. A.	119901	400 *

* = zum Teil durch vollamtliche Schularztdienste versorgt

** = überwiegend oder vollständig durch vollamtliche Schularztdienste versorgt

Die Schularztdichte ergibt sich aus der Zweiteilung mit einem Grenzwert beim Mittelwert von 380 Schülern pro Schularzt:

	grosse Schülerzahl pro Schularzt	kleine Schülerzahl pro Schularzt
Kantone	NE, OW, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	AG, AI, AR, BE, BL, GL, GR, JU, LU, NW, SG, SH, UR
Anzahl Kantone	8	13

Finanzen

Kantonale Budgets für die Entschädigung von nebenamtlichen Schulärzten

In den meisten Kantonen sind keine Angaben zu den kantonal aggregierten Budgets für den Schulgesundheitsdienst erhältlich, bzw. es wird nur ein allfälliger Kantonsanteil (Zuschuss, Defizitgarantie, etc.) angegeben (BL, NW, AR, NE, GE, TI, SH, ZH). Dieser liegt zwischen 0.- und 500'000.- Franken. Die übrigen 15 Kantone können diese Frage nicht beantworten und begründen dies überwiegend mit der Gemeindeautonomie der Schulärztdienste.

Sachausgaben für die Schulgesundheit

Bei den Sachausgaben für die Schulgesundheit stellt sich die Datenlage in den Kantonen analog dar. Ein Budget für Sachausgaben für die Schulgesundheit auf kantonaler Ebene ist nur in 10 Kantonen (VD, VS, AG, BS, NE, GE, UR, SH, TI, ZH) vorhanden. Dieses liegt zwischen 8'000.- und 450'000.- Franken. Die mit den Budgets abgedeckten Sachausgaben variieren von Kanton zu Kanton sehr stark und können von Material bis zur Unterstützung von Projekten vieles umfassen.

Budgetkürzungen bei den Sachmitteln fanden seit 1995 in 4 Kantonen (OW, NE, GE, UR) statt, 13 Kantone antworten hier mit nein.

Kostenbeteiligung

In allen untersuchten Kantonen werden Impfungen, welche im Schularztdienst gemacht werden, unentgeltlich für die Zielbevölkerung durchgeführt. Eine spezielle Regelung kennt der Kanton Bern, wo die nebenamtlichen Schulärzte die Leistung theoretisch mit der Krankenkasse, quasi in Übernahme der Funktion als Privatarzt, abrechnen müssen.

Aufgrund der neuen gesetzlichen Bestimmungen im KVG ist einheitlich gewährleistet, dass im Falle der Leistungserbringung im privatärztlichen System die routinemässigen Impfungen von den Krankenkassen bezahlt werden. Es wird ein Selbstbehalt von 10%

erhoben, die Franchise wird für Kinder gemäss Art. 64 Abs. 4 (Alterslimite 16 Jahre) nicht erhoben.

Verwaltungsreformen

Reformen im Sinne von New Public Management (NPM) oder Wirkungsorientierter Verwaltungsführung (WoV) fanden in 5 Kantonen in dieser Zeitperiode statt (VD, VS, BE, LU, ZH). BE weist darauf hin, dass dies nur für den städtischen Schularztdienst zutrifft. NPM wird im Gesundheitswesen aktuell nur in einzelnen Kantonen, vor allem in der Deutschschweiz, diskutiert (Maag 1999).

Private Vollzugsdelegation

In mehreren Kantonen werden mit privaten Organisationen Verträge geschlossen und Leistungen der schulärztlichen Dienste im Sinne eines parastaatlichen Vollzuges ausgelagert. Insbesondere die kantonalen Lungenliga, welche sich früher stark mit Tuberkuloseerkrankungen beschäftigten, haben im Bereich der Impfungen im Schulalter in mehreren Kantonen diese Aufgabe übernommen bzw. unterstützen die schulärztlichen Dienste im logistischen und organisatorischen Bereich.

Tabelle: Beispiele für private Vollzugsdelegation im schulärztlichen Dienst

Kanton	Private Vollzugspartner	Ausgelagerte Leistung	Bemerkungen
AG	Lungenliga, ehemals Frauenliga	Organisation der Impfungen im Schulalter	
JU	Lungenliga	Organisation der Impfungen im Schulalter	in Planung
VS	Lungenliga	Organisation der Impfungen im Schulalter	
TI	Diverse, je separate Institutionen, welche nicht dem schulärztlichen Dienst unterstehen	Abklärungen von Hör- und Sehproblemen, Abklärungen von Entwicklungsrückständen, Probleme des Bewegungsapparates	

3.4 Fazit zu den Umsetzungsstrukturen: Typologie der Kantone

Aus der Beschreibung der strukturellen Entwicklungen in den einzelnen Kantonen können Typen von Kantonen zusammengefasst werden, die es erlauben, die wichtigsten Wirkungen des KVG im Bereich der Impfungen im Schulalter zusammenfassend darzustellen.

Dabei werden die unterschiedlichen Sicht- und Verhaltensweisen in der untersuchten Politics-Dimension, auf der Stufe des kantonalen Policy Designs und in den Resultaten der Behördenarrangements für eine Typologie verwendet. Berücksichtigt werden zudem die unterschiedlichen Pfade auf der Ebene der Outputs und Impacts.

Es ergibt sich folgendes Bild der untersuchten Kantone:

traditionelle Kantone mit mehrheitlich dezentralisiertem Schularztdienst auf Gemeindeebene, wenig zentrale Steuerung und Monitoring durch die kantonale Stelle, Unterstützung der schulärztlichen Dienste in unterschiedlichem Ausmass mit kantonalen Vereinbarungen:

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

traditionelle Kantone mit mehrheitlich dezentralisiertem Schularztdienst, in denen zusätzlich und exklusiv die Durchführung der Impfleistungen weg von den nebenamtlichen Schularztdiensten hin zur Privatärzteschaft gelenkt wird. Der Steuerungseffekt entsteht durch fehlende Vereinbarungen entsprechend dem kantonalen Policy Design für Impfleistungen im Schularztdienst:

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

reformorientierte Kantone mit schlanken Strukturen, die Impfleistungen zum Teil oder gänzlich privat - mehrheitlich in Zusammenarbeit mit dem Schularztdienst -kollektiv auslagern und vermehrt zentral Einfluss auf Organisation und Monitoring nehmen:

AG, BS, SG, VS, TI

In der Gruppe der reformorientierten Kantone ist der Kanton TI speziell zu erwähnen. Er ist mit sehr schlanken, stark zentralisierten Strukturen und besonders der kompletten Trennung von Public Health Aufgaben für die Schulärzte, individuellen Impfleistungen an die Privatärzte und weiteren schulärztlichen Aufgaben an Private sehr weit in einem Reformprozess fortgeschritten.

Im Kanton VS ist eine spezielle Berücksichtigung von Schülern aus Risikogruppen zu erwähnen, welche mit dem Argument der Gleichbehandlung dieser Zielgruppe spezielle Beachtung schenkt. Im Kanton Zürich ist die kantonale Vereinbarung während der aktuellen Studie zustande gekommen.

Nicht in diese Typologie einordnen lässt sich aktuell der Kanton JU. Dort befindet sich der Schularztdienst in starker Umstrukturierung.

4. Resultate der Analyse

Im vierten Kapitel analysieren wir die Zusammenhänge gemäss den formulierten Hypothesen. Als statistisches Assoziationsmass wurde Cramer's V verwendet (vgl. dazu Kap. 2.4)

4.1 Die Zusammenhänge von Politikkonzept und Politics auf kantonaler Ebene mit Outputs und Impacts

Als erstes untersuchen wir den Einfluss von kantonalem Politikkonzept (Politics) auf unsere Zielvariablen Outcome und Impact.

Hypothese 1

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die kantonale Behörde mit dem Bund einvernehmlich zusammenarbeitet und die Ziele mit jenen des Bundes übereinstimmen.

Die erste Hypothese beschreibt den Einfluss des Einvernehmens mit dem Bund auf Outputs bzw. Impacts.

Tabelle: Zusammenhänge "Einvernehmen" mit Outputs und Impacts

		H1: Einvernehmen mit Bund	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.09	23
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen	.21	21
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.02	24
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.00	24
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.33	22
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.47	20
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.06	14
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.37	17

Das Einvernehmen zeigt als einzigen Zusammenhang mit den Outputs einen häufigeren Abbau von Schüleruntersuchungen (Output 4). In 10 von 14 Kantonen mit geringerem Einvernehmen wurden keine Schüleruntersuchungen abgebaut, während in Kantonen mit

"besserem Einvernehmen" häufiger (in 5 von 8 Fällen) ein Abbau von Schüleruntersuchungen stattfand.

Die Reduktion der einzelnen Schüleruntersuchungen im Schularztdienst, unabhängig vom Impfen, kann als Ausdruck von Reform der schulärztlichen Untersuchungen gelten. Dabei wird versucht, dort, wo der klare Beweis für die Evidenz im Sinne der Prävention und des Screenings fehlt (vgl. Kapitel 3.4), den Aufwand durch Weglassen von traditionellen Untersuchungen zu vermindern.

Bei den Impacts zeigt das Einvernehmen mit dem Bund den stärksten Zusammenhang mit der Frage, wo die Mehrzahl der Impfungen im Schulalter tatsächlich stattfindet (Impact 1). In den Kantonen mit grösserem "Einvernehmen" erfolgen die Impfungen häufig schulärztlich (4 von 9). Wo das Einvernehmen geringer ist, wird häufiger im privatärztlich oder in einem gemischten System geimpft (in 10 von 11 Kantonen).

Konsistent mit dieser Beobachtung ist der Zusammenhang mit der Veränderung des Verhaltens der Schulärzte, bei Lücken im Impfstatus vermehrt zu empfehlen, für die Impfungen den Privatarzt zu konsultieren (Impact 2c). In den Kantonen, in denen das Einvernehmen mit dem Bund eher positiv beurteilt wird, hat dieses Vorgehen häufiger keine Veränderung erfahren (5 von 8). Umgekehrt haben die Empfehlungen zur Konsultation des Privatarztes häufiger in jenen Kantonen zugenommen, in welchen das Einvernehmen ungünstiger beurteilt wird (5 von 9).

Mit den übrigen Outputs und Impacts besteht kein Zusammenhang

Die kritische Beurteilung des Einvernehmens mit dem Bund in der Frage der Impfungen im Schulalter akzentuiert sich also vor allem in jenen Kantonen, in denen die Mehrzahl der Impfungen im privatärztlichen System stattfindet. Die Wirkungsanalyse des Einvernehmens mit dem Bund 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.

Hypothese 2:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die Frage, wer Impfungen im Schulalter durchführen soll, nicht öffentlich diskutiert wird.

Hier geht es um den Zusammenhang zwischen der öffentlichen Diskussion zur Frage wo die Impfungen im Schulalter durchgeführt werden sollten (Schularztssystem vs. privatärztliches System) und den Outputs und Impacts. Folgende Korrelationen konnten festgestellt werden:

Tabelle: Zusammenhänge "öffentliche Diskussion" mit Outputs und Impacts

		H2: öffentliche Diskussion	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.12	22
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen	.39	21
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.09	23
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.11	23
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.33	22
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.25	20
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.59	14
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.44	17

Zwischen der Existenz von öffentlicher Diskussion zu dieser Frage und dem Abbau schulärztlicher Impfungen (Output 2) sowie dem Abbau von einzelnen Schüleruntersuchungen (wie zum Beispiel der Wirbelsäulenuntersuchung) im Rahmen der Schüleruntersuchungen (Output 4) besteht ein Zusammenhang.

In Kantonen, in denen keine öffentliche Diskussion zum Thema geführt wird, werden schulärztliche Impfungen weniger häufig abgebaut (3 von 13) als in den andern (5 von 8). Ebenfalls werden in den Kantonen ohne öffentliche Diskussion Schüleruntersuchungen weniger häufig abgebaut (4 von 14) als in den Kantonen mit Diskussion (5 von 8).

Bei den Impacts zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der Existenz einer öffentlichen Diskussion zum Thema der Impfungen im Schulalter und der tatsächlichen Abnahme impfender Ärzte im schulärztlichen Dienst (Impact 2a).

In Kantonen ohne öffentliche Diskussion wird zum Teil eine Zunahme der impfenden Ärzte im schulärztlichen Dienst registriert (2 von 8), selten ist eine Abnahme der schulärztlich impfenden Ärzte (1 von 8) und am häufigsten keine Veränderung der schulärztlich impfenden Ärzte (5 von 8).

Demgegenüber ist in keinem Kanton, in dem die Frage öffentlich diskutiert wird, eine Zunahme der schulärztlich impfenden Ärzte festzustellen (0 von 6). Häufig hat eine Abnahme dieser Ärzte stattgefunden (4 von 6), in 2 Kantonen besteht keine Veränderung (2 von 6).

Ähnlich, jedoch weniger stark ausgeprägt, verhält sich der Zusammenhang mit Impact 2c, der Veränderung der schriftlichen Empfehlung der Schulärzte, den Privatarzt für die Impfungen zu konsultieren. In Kantonen, in denen die Empfehlungen häufig abgegeben werden, findet sich eher eine Diskussion.

Öffentliche Diskussion ist mit der Verschiebung der Impfungen vom schulärztlichen ins privatärztliche System verbunden und ist ein Indikator für die Aktivität der verschiedenen kantonalen Interessenkreise.

Die öffentliche Diskussion wird häufiger in jenen Kantonen geführt, in denen ein Abbau schulärztlicher Impfungen im Schulalter erfolgt. In diesen Kantonen ist eine dynamische Komponente sowohl in Form der Abnahme der schulärztlich impfenden Ärzte als auch in Form einer Zunahme der Empfehlung zur privatärztlichen Impfung festzustellen.

Der Abbau von einzelnen anderen Leistungen im schulärztlichen Dienst muss als weiterer Indikator für Reformen angesehen werden. Der Zusammenhang von vermehrter öffentlicher Diskussion der Impfungen und dem Abbau von einzelnen Schüleruntersuchungen ist demzufolge plausibel.

Hypothese 3:

Die staatlichen Outputs beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik hängen mit der parteipolitischen Zugehörigkeit der Sanitätsdirektoren (bürgerlich / nicht bürgerlich) zusammen.

Mit dieser Hypothese wird ein Einfluss der parteipolitischen Zugehörigkeit des Sanitätsdirektors in den Jahren 1996-2000 auf Outputs bzw. Impacts postuliert.

Tabelle: Zusammenhänge "parteilpolitische Zugehörigkeit" mit Outputs und Impacts

		H3: Parteizugehörigkeit des Sanitätsdirektors	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.14	23
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen	.04	21
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.16	24
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.30	24
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.09	22
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.34	20
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.41	14
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.27	17

Die gefundenen Zusammenhänge sind aufgrund der Datenlage schwierig zu interpretieren.

Beim schwächeren Zusammenhang mit dem Ort der effektiven Durchführung der Schülerimpfungen in den Kantonen (Impact 1), zeigt sich, dass in den Kantonen mit bürgerlicher Sanitätsdirektion die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich erfolgt (6 von 10) und nur selten die Mehrzahl der Impfungen schulärztlich erfolgt (2 von 10). In den restlichen Kantonen erfolgt die Mehrzahl der Impfungen ausgeglichen in beiden Systemen (2 von 10).

Bei der Konstellation nicht-bürgerlich regierte Sanitätsdirektionen wird die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich gemacht (7 von 10), selten erfolgt sie schulärztlich (3 von 10) und in keinem Kanton ausgeglichen in beiden Systemen (0 von 10).

Bei den Impacts besteht ein Zusammenhang zwischen bürgerlicher oder nicht-bürgerlicher Sanitätsdirektion in den Kantonen und der Veränderung schulärztlich impfender Ärzte (Impact 2a). Dieser Impact 2a zeigt im Vergleich zum Impact 1 die Veränderung der Situation an und ist in diesem Sinne ein Faktor für die „Dynamik“.

In den Kantonen mit mehrheitlich bürgerlichen Sanitätsdirektoren im Amt ist zu etwa gleichen Teilen eine Zunahme schulärztlich impfender Ärzte festzustellen (2 von 7), eine Abnahme schulärztlich impfender Ärzte vorhanden (2 von 7), sowie eine unveränderte Situation vorhanden (3 von 7)

Entsprach die politische Konstellation einer nicht-bürgerlich regierten Sanitätsdirektion, so war keine Zunahme der schulärztlich impfenden Ärzte vorhanden (0 von 7), zum Teil fand eine Abnahme statt (3 von 7), zum Teil blieben die schulärztlich impfenden Ärzte unverändert (4 von 7).

Für alle 5 Outputs kann in dieser Beziehung kein Zusammenhang nachgewiesen werden.

Die Situation, dass in den Kantonen mit bürgerlicher Sanitätsdirektion die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich erfolgt, entspricht der Erwartung. Diejenige, dass eine

Abnahme schulärztlich impfender Ärzte in Kantonen mit nicht-bürgerlichen Sanitätsdirektionen stärker ausgeprägt ist als in den andern Kantonen, zeigt, dass mittlerweile auch in Kantonen mit nicht-bürgerlicher Sanitätsdirektion der Weg in Richtung Impfungen im privatärztlichen System verläuft.

4.2 Die Zusammenhänge von Policy Design mit Outputs und Impacts

Als nächstes untersuchen wir die Informationstätigkeit zwischen den Schulärzten und der zuständigen kantonalen Behörde.

Hypothese 4:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die Politikadressaten häufig über die Ziele und Inhalte der kantonalen Impfstrategie informiert werden.

Inwiefern die Informationstätigkeit des Kantons mit den erreichten Outputs und Impacts zusammenhängt, zeigt folgende Tabelle:

Tabelle: Zusammenhänge "Information der Politikadressaten" mit Outputs und Impacts

		H4: Info an Schulärzte	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.19	22
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen	.24	20
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.48	23
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.23	23
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.34	21
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.27	20
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.49	13
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.45	16

Ein relevanter Zusammenhang zeigt sich bei der Untersuchung der Häufigkeit der Information der Politikadressaten über die kantonale Impfstrategie mit der Meldung der Statis-

tik an den Kanton (Output 3a). Hier besteht der stärkste Zusammenhang mit den Outputs. Weiter ergibt sich ein Zusammenhang zur Frage des Abbaus von Schüleruntersuchungen (Output 4).

In allen 4 Kantonen, die ihre Schulärzte mehrmals pro Jahr informieren, werden statistische Impfdaten zentral beim Kanton gemeldet (4 von 4), weniger häufig dort, wo einmal jährlich informiert wird (5 von 13), und noch seltener, wo seltener als jährlich informiert wird (2 von 6).

In der Hälfte der Kantone, die ihre Schulärzte mehrmals pro Jahr informieren, werden Schüleruntersuchungen abgebaut (2 von 4), häufig dort, wo einmal jährlich informiert wird (6 von 11) und selten dort, wo seltener als jährlich informiert wird (1 von 6).

Bei den Impacts zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Informationshäufigkeit von kantonsärztlichen Diensten an die nebenamtlichen Schulärzte und der Abnahme schulärztlich impfender Ärzte (Impact 2a).

In Kantonen, die ihre Schulärzte mehrmals pro Jahr informieren, nehmen schulärztlich impfende Ärzte ab (2 von 3), wo einmal jährlich informiert wird, nehmen sie ab oder bleiben gleich (6 von 6) und wo seltener als jährlich informiert wird, bleiben sie gleich (3 von 4).

Weiter ist der Zusammenhang mit der Veränderung von schriftlicher Empfehlung zur privatärztlichen Konsultation (Output 2c) mit dem soeben erwähnten Resultat zum Impact 2a konsistent.

Wo die Häufigkeit des Informationsaustausches zwischen kantonsärztlichen Diensten und Schulärzten zu Fragen des Impfens hoch ist, wird der Impfstatus auf der kantonalen Ebene zentral erfasst. In diesen Kantonen erfolgt also ein echter Informationsaustausch in beiden Richtungen.

Etwas häufiger wird zudem in jenen Kantonen informiert, in denen schulärztlich impfende Ärzte abnehmen und die schriftlichen Empfehlungen zur privatärztlichen Konsultation zunehmen. Es werden in diesen Kantonen auch häufiger Schüleruntersuchungen abgebaut. Reformorientierte Kantone sind aktiver in der Information. Reformen müssen kommuniziert werden.

Eine zweite Hypothese zum Policy Design lautet wie folgt:

Hypothese 5:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn der Kontakt der kantonalen Stellen mit den Politikadressaten intensiv ist.

Tabelle: Zusammenhänge "Kontakt mit den Politikadressaten" mit Outputs und Impacts

		H5: Treffen mit Schulärzten	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	20	22
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen	53	20
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	33	23
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	36	23
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	49	21
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	42	20
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	52	13
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	51	16

Die Policy Design - Variable, welche die Häufigkeit der Treffen zwischen der zuständigen kantonalen Stelle und den Schulärzten beschreibt, zeigt allgemein einen starken Einfluss auf alle Outputs mit Ausnahme der Vereinbarung Krankenversicherer - Kantone (Output 1) sowie auf alle Impacts.

Der stärkste Zusammenhang der Häufigkeit der Treffen besteht mit Output 2, welcher die Veränderung des Angebotes von Impfungen im schulärztlichen Dienst mit der expliziten Frage nach Abbau von Impfleistungen im Schularztdienst beschreibt. In den Kantonen, in denen sich die zuständige Stelle mehrmals pro Jahr mit den Schulärzten trifft, wird das Angebot der Impfungen abgebaut (3 von 3), dort wo die Treffen einmal jährlich stattfinden ist wird das Angebot nur wenig abgebaut (2 von 6), ebenso wo die Treffen seltener als jährlich stattfinden (2 von 7). In zwei Kantonen, in denen keine Treffen stattfinden, wird das Angebot in einem abgebaut, im andern nicht.

Dies soll hier konkret illustriert werden:

	kein Abbau schulärztlich erbrachter Impfungen	Abbau schulärztlich erbrachter Impfungen	keine Antwort
Treffen mehrmals pro Jahr		GE, OW, TI	
1 x pro Jahr	AG, LU, NW, VD, VS, ZG	NE, ZH	BE, JU, SO
seltener	AI, AR, SG, SH, TG	GL, GR	
nie	BL, *	UR	

* BS, keine nebenamtlichen Schulärzte

Diese Kontakte der kantonsärztlichen Dienste mit den nebenamtlichen Schulärzten scheinen bei einem Abbau der schulärztlich erbrachten Impfungen als wichtig erachtet zu werden. Explizit ist dieses Phänomen zum Beispiel für den Kanton Tessin bekannt und ist in diesem Kanton sicher im Rahmen der aktuellen Reform zu sehen.

Der Zusammenhang der Häufigkeit der Treffen mit den Schulärzten und einer zentralen Erfassung der Impfstatus-Daten (Output 3a) ist etwas schwächer als für die oben dargestellte Informationshäufigkeit der Schulärzte vorhanden. In den Kantonen, die sich mit ihren Schulärzten mehrmals pro Jahr treffen, werden statistische Impfdaten zentral beim Kanton häufig gemeldet (2 von 3), etwas weniger häufig dort, wo man sich einmal jährlich trifft (6 von 11), und seltener, wo weniger als jährlich Treffen stattfinden (3 von 7). In zwei Kantonen ohne Treffen werden keine Impfdaten zentral gemeldet.

Ebenfalls sichtbar ist zudem der entsprechende Zusammenhang mit der Auswertung und Analyse der statistischen Daten (Output 3b). In den Kantonen, die sich mit ihren Schulärzten mehrmals pro Jahr treffen, werden statistische Impfdaten zentral beim Kanton in einem Drittel ausgewertet (1 von 3), etwas häufiger dort, wo man sich einmal jährlich trifft (5 von 11), und praktisch nie, wo seltener als jährlich Treffen stattfinden (1 von 7). In zwei Kantonen ohne Treffen werden keine Impfdaten zentral ausgewertet.

Ein weiterer Zusammenhang besteht mit dem Abbau von Schüleruntersuchungen (Output 4). In den 3 Kantonen, die sich mit ihren Schulärzten mehrmals pro Jahr treffen, werden überall Schüleruntersuchungen abgebaut (3 von 3), seltener dort, wo man sich einmal jährlich trifft (3 von 9) und ähnlich häufig auch dort, wo seltener als jährliche Treffen stattfinden (2 von 7). In zwei Kantonen ohne Treffen werden je einmal Untersuchungen abgebaut bzw. nicht abgebaut.

Bei den Impacts besteht ein starker Zusammenhang der Häufigkeit des Treffens der kantonsärztlichen Dienste mit den nebenamtlichen Schulärzten und der Abnahme der schulärztlich impfenden Ärzte (Impact 2a). In den Kantonen, die sich mit ihren Schulärzten mehrmals pro Jahr treffen, nehmen die schulärztlich impfenden Ärzte ab (2 von 2), wo man sich einmal jährlich trifft, nehmen sie ab oder bleiben gleich (4 von 4), wo Treffen seltener als jährlich stattfinden, nehmen sie weniger häufig ab oder bleiben gleich (4 von 6). In einem Kanton ohne Treffen bleiben die schulärztlich impfenden Ärzte konstant.

Ebenfalls ausgeprägt ist der Zusammenhang von vermehrten Treffen und der Zunahme der schriftlichen Empfehlung zur privatärztlichen Impfung (Impact 2c).

Ein Zusammenhang besteht bei dieser Policy-Design - Variable des Treffens mit den Schulärzten ebenfalls mit der Frage nach dem effektiven Ort der Durchführung der Impfung (Impact 1). In den Kantonen, die sich mit ihren Schulärzten mehrmals pro Jahr treffen, wird die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich gemacht (3 von 3), wo man sich einmal jährlich trifft, wird die Mehrzahl überwiegend privatärztlich gemacht (5 von 8), wo seltener als jährliche Treffen stattfinden werden sie etwa zu gleichen Teilen schulärztlich, privatärztlich und in beiden Systemen gleich häufig gemacht (2 von 7, 3 von 7, 2 von 7). In zwei Kantonen ohne Treffen wird die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich gemacht.

Die Frequenz der Treffen zwischen der zuständigen kantonalen Stelle und den Schulärzten ist in Kantonen, welche einen Abbau der Zahl schulärztlicher Impfungen angeben, deutlich höher als in den anderen. In diesen Kantonen werden häufiger Schüleruntersu-

chungen abgebaut und die statistischen Daten zur Durchimpfung häufiger auf der zentralen kantonalen Ebene erfasst und ausgewertet. Die Häufigkeit der Treffen zwischen der zuständigen kantonalen Stelle und den Schulärzten ist in Kantonen mit einer Abnahme der schulärztlich impfenden Ärzte bzw. einer Zunahme der Empfehlung zur privatärztlichen Konsultation deutlich grösser. In diesen Kantonen werden die Impfungen im Schulalter auch in der Mehrzahl privatärztlich durchgeführt.

Es handelt sich bei dieser Variable des Treffens mit den Schulärzten um einen Indikator, der einerseits als Zeichen für Umbau und Reform steht; andererseits steht er für eine Beschleunigung und möglicherweise eine kantonale Begleitung und Steuerung des Übergangs der Impfungen im Schulalter vom schulärztlichen in das privatärztliche System.

In der nächsten Hypothese untersuchen wir die Zusammenhänge mit der Beobachtung in den Kantonen von Unterversorgung bei Schülern aus benachteiligten Bevölkerungsschichten.

Hypothese 6:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die staatlichen Stellen Einzelfälle von Unterversorgung benachteiligter Bevölkerungsschichten beachten.

Hier präsentieren sich die Zusammenhänge mit mehreren Outputs und Impacts wie folgt:

Tabelle: Zusammenhänge "Beobachtungen Unterversorgung" mit Outputs und Impacts

		H6: Einzelfälle Unterversorgung	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.45	20
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen	.39	19
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.27	21
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.17	21
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.41	20
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.57	18
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.51	13
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.33	16

Als stark erweist sich der Zusammenhang zwischen der Beobachtung von einzelnen Fällen von Unterversorgung von Schülern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten mit der Existenz von Vereinbarungen zwischen Kanton und Versicherern zu den schulärztlichen Impfungen (Output 1). In den Kantonen, in denen Einzelbeobachtungen von Unterversorgung gemacht wurden, sind überall Vereinbarungen vorhanden (4 von 4), in jenen Kantonen, die keine Einzelbeobachtungen von Unterversorgung gemacht haben, sind etwa zur Hälfte Vereinbarungen vorhanden (7 von 16).

Einzelbeobachtungen von Unterversorgung hängen weiter mit dem Abbau des Angebotes schulärztlicher Impfungen zusammen (Output 2). In den Kantonen mit solchen Beobachtungen ist das Angebot schulärztlicher Impfungen nicht abgebaut worden (4 von 4), in jenen Kantonen, in denen keine Einzelbeobachtungen von Unterversorgung gemacht wurden, ist das Angebot in etwa der Hälfte der Kantone abgebaut worden (7 von 15).

In den Kantonen, in denen Einzelbeobachtungen von Unterversorgung gemacht wurden sind keine Schüleruntersuchungen abgebaut worden (4 von 4), in jenen Kantonen, in denen keine Einzelbeobachtungen von Unterversorgung gemacht wurden, sind sie in der Hälfte der Kantone abgebaut worden (8 von 16).

In den Kantonen mit solchen Beobachtungen wird die Mehrzahl der Impfungen (Impact 1) schulärztlich durchgeführt (2 von 3), in jenen Kantonen, in denen keine Einzelbeobachtungen von Unterversorgung gemacht wurden, wird die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich gemacht (11 von 15).

Der Zusammenhang der Beobachtung von Unterversorgung mit einer Veränderung schulärztlich impfender Ärzte (Impact 2a) in den Kantonen ist stark.

In den Kantonen wo Einzelbeobachtungen von Unterversorgung gemacht wurden sind die schulärztlich impfenden Ärzte konstant geblieben (3 von 3), in jenen Kantonen, in denen keine Einzelbeobachtungen von Unterversorgung gemacht wurden, ist in 4 von 10 Fällen eine Abnahme verzeichnen.

Die Situation ist für die Veränderung der schriftlichen Empfehlung zur Konsultation des Privatarztes entsprechend, jedoch mit einem schwachen Zusammenhang.

Von den 4 angegebenen Einzelbeobachtungen von Unterversorgung von Schülern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten stammen alle aus Kantonen mit vorhandener Vereinbarung zwischen Kanton und Versicherern zu den Impfungen im Schulalter.

	Vereinbarung nicht vorhanden	Vereinbarung vorhanden	unbekannt
Einzelbeobachtung Unterversorgung		AR, BS, NW, VS	
keine Einzelbeobachtung Unterversorgung	AI, BE, GR, NE, OW, SO, TI, UR, ZG	AG, BL, GE, SG, TG, VD, ZH	SH

In den Kantonen, in welchen Einzelbeobachtungen von Unterversorgung unterprivilegierter Schüler gemacht wurden, ist das Angebot schulärztlicher Impfungen nicht abgebaut worden; es sind keine Schüleruntersuchungen abgebaut worden; die Mehrzahl der Impfungen wird schulärztlich durchgeführt.

Diese Resultate deuten darauf hin, dass vor allem in jenen Kantonen, in denen ein starkes sozialmedizinisches Bewusstsein vorhanden ist, die traditionellen Aufgaben auf der Bevölkerungsebene betont werden und der Kanton als Leistungserbringer aktiv bleibt.

Bei der Gleichmässigkeit der Versorgung geht es um die Frage, ob in den Kantonen Untersuchungen zu Unterversorgung von Schülern aus benachteiligten Bevölkerungsschichten existieren.

Hypothese 7:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn sich die staatlichen Stellen über die Gleichmässigkeit der Versorgung informieren.

Der Zusammenhang zwischen Untersuchungen über eine Unterversorgung von Schülern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten und den Outputs und Impacts ist allgemein schwach. Nur zwei Outputs weisen einen Zusammenhang auf.

Tabelle: Zusammenhänge "Untersuchungen Unterversorgung" mit Outputs und Impacts

		H7: Untersuchungen Unterversorgung	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.36	22
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen?	.04	21
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.08	23
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.31	23
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.06	22
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.21	20
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.18	14
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.15	17

Der Zusammenhang mit den Untersuchungen über eine Unterversorgung und Output 1 präsentiert sich wie folgt:

In den Kantonen, in denen Untersuchungen zu Unterversorgung gemacht werden sind überall Vereinbarungen vorhanden (3 von 3), in jenen Kantonen, die keine Untersuchungen von Unterversorgung gemacht haben, sind etwa nur zur Hälfte Vereinbarungen vorhanden (9 von 19).

Der Zusammenhang mit den Untersuchungen über eine Unterversorgung und Output 3b präsentiert sich wie folgt:

In den Kantonen, in denen Untersuchungen zu Unterversorgung gemacht werden, werden mehrheitlich Impfdaten zentral ausgewertet (2 von 3), in jenen Kantonen, die keine Untersuchungen von Unterversorgung gemacht haben, wird nur zu einem Viertel zentral ausgewertet (5 von 20).

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.

Beim vorgesehenen Vorgehen in Hypothese 8 geht es um das kantonale Policy Design, im Sinne von was soll der Schularzt konkret bei Feststellen von Lücken im Impfstatus während einer Schüleruntersuchung bezüglich der Durchführung der notwendigen Impfung tun.

Hypothese 8:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn das Vorgehen der Schulärzte bei Lücken im Impfstatus kohärent geregelt ist.

Es ergeben sich folgende Zusammenhänge:

Tabelle: Zusammenhänge "vorgesehenes Vorgehen" mit Outputs und Impacts

		H8: Vorgesehenes Vorgehen bei Lücken	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.81	21
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen?	.60	19
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.28	22
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.32	22
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.17	20
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.61	19
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.48	13
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.46	16

Der stärkste Zusammenhang mit dem vorgesehenen Vorgehen der Schulärzte bei Lücken im Impfstatus eines Schülers - zusammengefasst für alle Kombinationen von Impfungen - ergibt sich mit der Variable der Existenz einer Vereinbarung Kanton - Versicherer (Output 1).

In allen drei Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen "schulärztlich" ist eine Vereinbarung vorhanden, gleichfalls in 7 von 8 Kantonen mit gemischtem Vorgehen. Dagegen ist in 9 von 10 Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „privatärztlich“ keine Vereinbarung vorhanden.

	Vertrag nicht vorhanden	Vertrag vorhanden
vorgesehenes Vorgehen schulärztlich		NW, SG, VD
vorgesehenes Vorgehen privatärztlich	AI, GR, LU, NE, OW, SO, TI, UR, ZG	GE
beide Möglichkeiten vorgesehen	BE	AR, BL, BS, GL, JU, TG, VS
keine Antwort		AG, ZH

Der Zusammenhang des vorgesehenen Vorgehens mit dem Abbau des Angebotes schulärztlicher Impfungen (Output 2) ist ebenfalls eindeutig. In allen Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen "schulärztlich" besteht kein Abbau des Angebotes schulärztlicher Impfungen (4 von 4), in den Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen "privatärztlich" wird das Angebot schulärztlicher Impfungen mehrheitlich abgebaut (6 von 9), in den Kantonen mit gemischtem vorgesehenen Vorgehen ist das Angebot mehrheitlich nicht abgebaut worden (7 von 8).

	kein Abbau schulärztlich erbrachter Impfungen	Abbau schulärztlich erbrachter Impfungen
vorgesehenes Vorgehen schulärztlich	NW, SG, SH, VD	
vorgesehenes Vorgehen privatärztlich	AI, LU, ZG	GE, GR, NE, OW, TI, UR, ZH
beide Möglichkeiten vorgesehen	AR, BL, BS, TG, VS	GL

Der Zusammenhang des vorgesehenen Vorgehens bei Lücken im Impfstatus eines Schülers zur Auswertung der statistischen Impfdaten (Output 3b) ist relativ schwach.

In allen Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen "schulärztlich" besteht keine zentrale statistische Auswertung (4 von 4), in den Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen "privatärztlich" wird in weniger als der Hälfte zentral statistisch ausgewertet (4 von 10), in den Kantonen mit gemischtem vorgesehenem Vorgehen wird ebenfalls selten zentral statistisch ausgewertet (3 von 8).

Der Zusammenhang des vorgesehenen Vorgehens mit der Frage nach dem effektiven Ort der Durchführung der Mehrzahl der Impfungen im Schulalter (Impact 1) erweist sich als stark.

In den Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „schulärztlich“ wird die Mehrzahl der Impfungen effektiv schulärztlich durchgeführt (3 von 4), in allen Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „privatärztlich“ wird die Mehrzahl der Impfungen auch privatärztlich durchgeführt (10 von 10), in den Kantonen mit gemischtem vorgesehenem Vorgehen wird effektiv gleich häufig schulärztlich wie privatärztlich geimpft (je 2 von 5).

		Ort der effektiven Durchführung der Mehrzahl der Impfungen		
		beim Schularzt	beim Privatarzt	bei beiden gleich häufig
Vorgesehenes Vorgehen bei Lücken im Impfstatus	kohärent Schularztdienst	NW, SH, VD		SG
	kohärent Privatarztdienst		AI, GE, GR, LU, NE, OW, SO, TI, UR, ZG	
	gemischt für eine oder mehrere Impfungen	TG, VS	BL, GL	AR

Der Zusammenhang des vorgesehenen Vorgehens mit der Frage nach der Veränderung der schulärztlich impfenden Ärzte (Impact 2a) erweist sich ebenfalls als stark. In den vier Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „schulärztlich“ nehmen die schulärztlich impfenden Ärzte zu oder bleiben gleich, in den vier Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „privatärztlich“ nehmen die schulärztlich impfenden Ärzte ab oder bleiben gleich. In 3 von 5 Kantonen mit gemischtem vorgesehenem Vorgehen bleiben die schulärztlich impfenden Ärzte mehrheitlich gleich.

Zum vorgesehenen Vorgehen bei Lücken im Impfstatus bestätigt sich der entsprechende Zusammenhang mit den Veränderungen privatärztlicher Empfehlungen der Impfungen (Output 2c).

In allen Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „schulärztlich“ ist eine Vereinbarung vorhanden, in den Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „privatärztlich“ ist dagegen fast überall keine Vereinbarung vorhanden.

In allen Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „schulärztlich“ besteht kein Abbau des Angebotes schulärztlicher Impfungen.

Es zeigt sich, dass in der Mehrzahl der Kantone das vorgesehene Vorgehen bei Lücken im Impfstatus eines Schülers effektiv auch dem tatsächlichen Vorgehen in der Frage, wo die Mehrzahl der Impfungen durchgeführt wird, entspricht. Dies trifft vollständig für das privatärztliche System zu.

In den Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „schulärztlich“ nehmen die schulärztlich impfenden Ärzte zu oder bleiben gleich, in den Kantonen mit vorgesehenem Vorgehen „privatärztlich“ nehmen die schulärztlich impfenden Ärzte ab oder bleiben gleich.

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.

Hypothese 9:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn die Politikbetroffenen häufig über die Ziele und Inhalte der kantonalen Impfstrategie informiert werden.

Der Zusammenhang zwischen der Information der Politikbetroffenen, den Eltern der zu impfenden Kindern, (Informationskampagnen in den letzten 4 Jahren) mit den Outputs und Impacts ist generell schwach. Nur zwei Impacts zeigen einen Zusammenhang.

Tabelle: Zusammenhänge "Information der Politikbetroffenen" mit Outputs und Impacts

		H9: Info an Bevölkerung	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.27	23
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen?	.06	21
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.12	24
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.06	24
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.09	22
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.23	20
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.32	14
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.49	17

Der Zusammenhang zwischen der Variable zur Information der Politikbetroffenen mit der Veränderung der schulärztlich impfenden Ärzte (Impact 2a) ist schwach. In 10 Kantonen mit vorhandener Information an die Politikbetroffenen in Form von Informationskampagnen sind die schulärztlich impfenden Ärzte unverändert geblieben oder haben abgenommen (9 von 10), in 4 Kantonen ohne Information an die Politikbetroffenen sind sie in 3 von 4 Fällen gleichgeblieben oder haben abgenommen.

Der Zusammenhang zwischen der Variable zur Information der Politikbetroffenen mit der Veränderung der schriftlichen Empfehlung zur privatärztlichen Impfung (Impact 2c) ist als einziger stark. In 13 Kantonen mit vorhandener Information an die Politikbetroffenen hat die schriftliche Empfehlung zur Konsultation des Privatarztes zugenommen (5 von 13), in Kantonen ohne Information an die Politikbetroffenen war die Zunahme bei kleinen Zahlen ähnlich (2 von 4).

In Kantonen mit vorhandener Information an die Politikbetroffenen (Impfkampagnen) hat die schriftliche Empfehlung zur Konsultation des Privatarztes zugenommen (vgl. Hypothese 10).

Hypothese 10:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn im Kanton eigene Informationsmittel verwendet werden.

Tabelle: Zusammenhänge "eigene Informationsmittel" mit Outputs und Impacts

		H10: Eigene Informationsmittel	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.10	20
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen?	.08	21
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.06	23
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.01	23
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.06	22
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.12	20
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.16	14
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.44	17

Der Zusammenhang zwischen der Verwendung eigener Informationsmittel in den Kantonen mit den Outputs und Impacts ist allgemein sehr schwach. Der einzige Zusammenhang ergibt sich mit Impact 2c.

In 7 von 9 Kantonen ohne eigene Informationsmittel hat die Empfehlung der Schulärzte bei Impflücken privatärztlich impfen zu lassen nicht zugenommen. In 5 von 8 Kantonen mit eigenen Informationsmitteln hat diese Empfehlung zugenommen.

In Kantonen, welche eigene Informationsmittel verwenden, hat die Empfehlung der Schulärzte, bei Impflücken privatärztlich impfen zu lassen, mehrheitlich zugenommen.

Vermehrte Information ist im privatärztlichen System, wo im Rahmen der Schüleruntersuchungen nicht mehr direkt geimpft wird, sondern Empfehlungen abgegeben werden, besonders wichtig. Diese Informationsleistung wird an die Politikbetroffenen Kinder und deren Eltern in Form von Impfkampagnen (Hypothese 9) und eigenen Informationsmitteln (Hypothese 10) in den Kantonen erbracht.

4.3 Die Zusammenhänge von Behördenarrangements mit Outputs und Impacts

Hypothese 11:

Die staatlichen Outputs sind dann eher breit beziehungsweise die Impacts einer kantonalen Politik eher effektiv, wenn jeder Schularzt eine hohe Anzahl Schüler versorgt.

Ein Zusammenhang von Dichte der schulärztlichen Dienste ist mit einem Output und zwei Impacts vorhanden.

Tabelle: Zusammenhänge "Schularztdichte" mit Outputs und Impacts

		H11: Schularztdichte	
		CV	n
Output 1:	Vereinbarungen mit Krankenkassen	.08	20
Output 2:	Abbau Angebot schulärztlicher Impfungen?	.23	19
Output 3a:	Zentrale Statistik Meldung	.04	21
Output 3b:	Zentrale Statistik Auswertung	.16	21
Output 4:	Abbau von Schüleruntersuchungen	.38	20
Impact 1:	Wo wird nachgeimpft?	.34	18
Impact 2a:	Veränderung schulärztlich impfender Ärzte	.53	12
Impact 2c:	Veränderung Empfehlungen	.29	14

Höhere Kinderzahl pro Schularzt und der Abbau von Schüleruntersuchungen (Output 4) hängen zusammen. In Kantonen, in denen die Schularztdichte tief ist, wurden mehrheitlich Schüleruntersuchungen abgebaut (5 von 8), in den andern wurde mehrheitlich nicht abgebaut (9 von 12).

Es besteht weiter ein Zusammenhang zwischen Schularztdichte und dem effektiven Ort der Impfung (Impact 1). In Kantonen, in denen die Zahl der Schüler hoch ist, wird die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich erbracht (5 von 8), in den Kantonen, in denen die Schülerzahl tief ist, wird die Mehrzahl etwas weniger privatärztlich erbracht (6 von 10).

Ein starker Zusammenhang besteht zwischen Gesundheitsdiensten mit tiefer Schularztdichte und der Veränderung der schulärztlich impfenden Ärzte (Impact 2a). In Kantonen, in denen die Dichte des Dienstes tief ist, ist eine Abnahme schulärztlich impfender Ärzte zu verzeichnen (3 von 5), in den Kantonen, in denen die Dichte hoch ist, bleiben die schulärztlich impfenden Ärzte unverändert (5 von 7).

In Kantonen, in denen ein Schularzt eine höhere Anzahl Schüler versorgt, ist eine Abnahme schulärztlich impfender Ärzte zu verzeichnen und Schüleruntersuchungen wurden mehrheitlich abgebaut.

Es zeigt sich hier ein Zusammenhang von Reform und kantonaler Zentralisierung (tiefere Schularztdichte) mit Überprüfung und Abbau des Leistungsangebotes in mehreren Teilbereichen.

5. Synthese

Aus den Resultaten entlang dem Wirkungsmodell, der Untersuchung des Politikkonzeptes auf der nationalen Ebene zur Frage der Kohärenz und der Konsistenz sowie der kantonalen Resultate auf den untersuchten Ebenen des Policy Cycles und der Wirkungsanalyse mit den Outputs und Impacts verwenden wir nun die gewonnene Information zur Beantwortung der Fragestellung des Auftraggebers - dies unter Rückführung der Forschungsfragen auf diese uns gestellten Fragen.

5.1 Die Verfügbarkeit der Impfungen im Schulalter

Die erste Frage des BSV betrifft die Verfügbarkeit der präventivmedizinischen Leistungen am Beispiel der Impfungen im Schulalter.

Aus einer grundsätzlichen Optik wurde mit der Aufnahme der präventivmedizinischen Leistungen im Allgemeinen und den Impfungen im Kindes- und Schulalter im Speziellen die Finanzierung dieser Leistungen durch die Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog des KVG für die gesamte Zielbevölkerung sichergestellt. Dieses Resultat war im Sinne der Chancengleichheit, der Beseitigung von Rechtsunsicherheiten und letztlich, damit alle Versicherten in den Genuss der gleichen Leistungen kommen, ein erklärtes Ziel des KVG im Bereiche der medizinischen Prävention (1991).

Dass die gesicherte Finanzierung über die obligatorische Grundversicherung nicht mit der Verfügbarkeit der präventiven Leistung identisch ist, muss hier jedoch betont werden. Leistungen der Primärprävention wie die Impfungen im Schulalter unterscheiden sich in diesem Punkt wesentlich von Leistungen, welche im Zusammenhang mit einem Krankheitsverdacht oder einer Krankheit erbracht werden.

Aus unserer Untersuchung geht hervor, dass die Impfungen im Schulalter in allen Kantonen angeboten werden. Ob diese Leistung im privatärztlichen oder schulärztlichen Rahmen erbracht wird, ist aber kantonal sehr unterschiedlich. Aktuell sind zudem starke Veränderungen der Schulgesundheitsdienste im Gange. Grundsätzlich ist die individuelle Leistung privatärztlich aufgrund des KVG überall verfügbar, die schulärztlichen Impfungen sind hingegen komplementär dazu angelegt, um die Lücken im Impfstatus bei Schulkindern auszugleichen. Sie sind als solche komplementäre Leistungen nur dort verfügbar, wo sie auch von den Schulärzten angeboten und effektiv durchgeführt werden.

In insgesamt 13 Kantonen und damit in mehr als der Hälfte der untersuchten Kantone der Schweiz wird die Mehrzahl der Impfungen aktuell privatärztlich durchgeführt.

Die Mehrzahl der Impfungen im schulärztlichen System erbringen 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 (vgl. Resultate Impact 1).

Die Differenzen in der Verfügbarkeit in Bezug auf die einzelnen Impfkombinationen, welche im Gesetz geregelt sind, sind klein. Einzig für die Hepatitis B Impfung ist eine höhere Verfügbarkeit in einzelnen Kantonen festzustellen, nämlich dort, wo diese vorwiegend im schulärztlichen Dienst angeboten wird (zum Beispiel BL).

5.2 Veränderungen in Leistungsangebot und Nutzung

Der Auftraggeber interessiert sich sehr dafür, ob allfällige Veränderungen des Leistungsangebotes und der Nutzung eingetreten sind und allenfalls auf die Einführung des KVG zurückgeführt werden können.

Veränderung des Angebots

Impfungen im Schulalter wurden in mindestens 8 Kantonen in den schulärztlichen Diensten abgebaut und in den privatärztlichen Rahmen verlagert, wobei es sich bei 4 dieser Kantone (OW, TI, GR, UR) um eine komplette Sistierung der Durchführung der Leistung im Schularztdienst handelt, sie also nur noch im privatärztlichen System verfügbar sind. Bei den anderen 4 (GL, NE, GE, ZH) wird die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich erbracht.

Weitere 5 Kantone führten das individuelle privatärztliche System früher, zum Teil schon vor Einführung des KVG, ein (AI, BL, LU, SO, ZG). Hier kennen mindestens LU und ZG nur noch das privatärztliche System für die Impfungen im Schulalter.

Bei 2 von 4 Kantonen ist eine Zunahme der Durchführung von Impfungen im schulärztlichen Dienst zu verzeichnen (SG, TG), diese gehören zur Gruppe jener Kantone, welche eine detaillierte und pauschale Vereinbarung mit den kantonalen Krankenversicherern über die Abgeltung der schulärztlich erbrachten Leistungen in diesem Bereich getroffen haben.

Neben den schulärztlichen Impfungen haben wir parallel nach einem Abbau von Schüleruntersuchungen im Schularztdienst gefragt. Diese Schüleruntersuchungen wurden in den letzten Jahren zunehmend unter dem Aspekt der Qualität und der wissenschaftlichen Evidenz in Frage gestellt, zum Teil kontrovers diskutiert und abgebaut (Amstad H 1998). Ein Abbau kann in diesem Sinne als Ausdruck von Reform gesehen werden, andererseits interessierte der Zusammenhang mit dem Abbau von Impfungen im Schularztdienst.

Eine oder mehrere Schüleruntersuchungen wurde(n) in 9 Kantonen abgebaut, wobei 6 dieser Kantone auch einen Abbau bei den Impfungen im Schularztdienst angaben.

Veränderung der Nutzung

Insgesamt muss mit einer Abnahme der Nutzung der tatsächlich erbrachten Leistungen gerechnet werden. Schlüssige Zahlen liegen hier nicht vor.

Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme der Leistung durch eine Verlagerung vom schulärztlichen in das privatärztliche System insgesamt zurückgeht, besonders bei zurückhaltenden Eltern und sozial benachteiligten Gruppen. 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 anstelle 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. Diese Faktoren werden teilweise auch in andern Untersuchungen zur Inanspruchnahme von Impfungen als relevant dargestellt (Oettinger B 2000).

Zur Frage eines differentiellen Rückganges der Inanspruchnahme bei den einzelnen Unter- beziehungsweise Risikogruppen der Zielbevölkerung bestehen hingegen widersprüchliche Meinungen bei den Leistungserbringern. In eher ländlichen Kantonen wurde von den interviewten nebenamtlichen Schulärzten mehrheitlich die Meinung vertreten, dass im gegebenen sozialen Kontext gerade ausländische Kinder oft durch einen gewissen Anpassungsdruck motiviert würden, Impfungen im schulärztlichen oder auch im privatärztlichen System zu machen. Einzelne andere, und fast alle Leistungserbringer in den Städten sehen hingegen einen starken Rückgang der Inanspruchnahme bei Risikogruppen im Falle von Abbau schulärztlicher Impfungen.

Bei der Befragung der Kantone schätzt die Hälfte diese Gefahr als sehr gross oder gross ein, die andere Hälfte der Kantone als eher klein oder klein.

Hinweise, dass eine unterschiedliche Nutzung der Inanspruchnahme abhängig von soziodemographischen Merkmalen der zu Impfinden vorhanden ist, kann unseres Wissens aktuell für die Schweiz nur für die Stadt Zürich in einer Studie des Schularztdienstes nachgewiesen werden (Marty-Nussbaumer 1999). Eine Untersuchung in einer anderen Gegend der Schweiz, allerdings bei Kleinkindern, kommt zu etwas anderen Schlüssen. (Mütsch-Eckner M 1995). Die Studien sind schwer vergleichbar, da zum Beispiel die eine nicht vorhandene Impfausweise als fehlende Impfung, die andere als fehlende Daten interpretierte.

Aus unserer Untersuchung geht hervor, dass in Kantonen, in denen Untersuchungen zu Unterversorgung von Schülern aus unterprivilegierten Schichten gemacht wurden, häufi-

ger vertragliche Vereinbarungen für die schulärztliche Abgeltung der Impfungen vorhanden sind und auch Impfdaten besser ausgewertet werden. Je mehr ein Kanton sich um allfällige Defizite in einzelnen Bevölkerungssegmenten bemüht, desto mehr bleibt er auch als Leistungserbringer aktiv. Dies wirkt sich in der Folge auch auf die Inanspruchnahme der Leistungen aus.

Neben dem Zusammenhang mit der Abnahme des Angebotes der Impfungen im schulärztlichen Dienst, welcher deutlich nachweisbar ist, muss eine verminderte Nutzung durch die Zielbevölkerung aber auch aufgrund von anhaltenden gesellschaftlichen 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. Dies gilt für die Impfungen im Schulalter speziell für die Impfstoffpreise, was in den Diskussionen auf nationaler Ebene ein relevantes Thema war. In welchem Umfang diese Einflüsse der Individualmedizin aktuell zu einer Abnahme der Nutzung der Impfungen im Schulalter beitragen, ist schwierig abzuschätzen.

Eine verminderte Nutzung des Angebotes kann hingegen nicht einzig auf den nachgewiesenen Effekt des KVG zurückgeführt werden.

5.3 Strukturelle Veränderungen

Hier lautet die Frage, ob bei der Prävention durch Impfungen im Schulalter strukturelle Veränderungen eingetreten sind, unter Berücksichtigung sozialer, regionaler und kultureller Unterschiede.

In den untersuchten Kantone konnten Gesetze und Erlasse zum Thema der Impfungen im Schulalter insbesondere in der Zeit zwischen 1994 und 1999 analysiert werden, welche die kantonalen strukturellen Veränderungen in den Gesetzen und Verordnungen konkret aufzeigten.

Dabei zeigte sich, dass in der Mehrzahl der untersuchten Kantone Änderungen und Anpassungen der einschlägigen Gesetzestexte erfolgten, die eine weniger verbindliche Festlegung der Impfungen im Schularztendienst als auch der Impfungen im Allgemeinen zeigten. Ein Rückzug aus der Finanzierung der Leistung auf dieser Ebene der Politikproduktion ist bei der Mehrheit der untersuchten Kantone festzustellen, dies auch in Kantonen, welche grundsätzlich weiterhin inhaltlich auf Impfungen im Schularztendienst tendieren und auch gute vertragliche Vereinbarungen zwischen Kanton und kantonalen Versicherern aufweisen, wie zum Beispiel SG.

Aus unserer Untersuchung geht weiter hervor, dass die kantonalen Policy Designs sich als stringent und effektiv erweisen. 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.

Regional ist im föderalen System auch bei der Politik zu den Impfungen im Schulalter eine „horizontale Anpassung der Politik“, im Sinne einer regionalen Politikanpassung zwischen benachbarten Kantonen zu beobachten. Dies ist aus unserer Untersuchung vor allem in der Zentralschweiz sichtbar, wo der Kanton LU seine Politik relativ früh auf ein privatärztliches System ausgerichtet hat. Das Resultat aus dem Interview mit einem nebenamtlichen Schularzt im Kanton bestätigt die entsprechend weit fortgeschrittene Umsetzung dieser Politik. Die grundsätzliche Ausrichtung auf das privatärztliche System und der Verzicht auf Impfungen im Schularztdienst scheint deshalb in LU auch kein umstrittenes Thema mehr zu sein. Regional sind mehrere Kantone diesem Beispiel gefolgt (OW, UR, ZG), wobei insbesondere UR diesen Schritt erst kürzlich gemacht hat, nachdem die Vereinbarung über die Finanzierung der Impfungen im Schularztdienst mit den Krankenversicherern anscheinend gescheitert ist.

Als Kanton mit einer aktuellen Kehrtwende kann GL gelten, wo ausgehend von der aktuellen Situation, in der die Mehrzahl der Impfungen privatärztlich erfolgt, durch eine pauschale aber detaillierte Vereinbarung die Anreize für die Leistungserbringer wiederum etwas in die andere Richtung zeigen. Auch NW mit einem traditionellen Konzept der Impfleistungen durch kantonale Schulschwester im schulärztlichen Dienst weicht von dieser regionalen Einheitlichkeit ab.

Spezielle strukturelle Bedingungen mit hoher Dynamik existieren in den in unserer Untersuchung nicht erfassten Städten und Agglomerationen mit vollamtlichen Schularztdiensten und einer heterogenen Zielbevölkerung. Zu nennen ist insbesondere der relativ hohe Ausländeranteil an Schülern. Im Fall von Zürich beträgt dieser Anteil in allen Stadtkreisen durchschnittlich über 40% (Marty-Nussbaumer 1999).

Diese Situation in den Städten hat dazu geführt, dass die Wahrnehmung von Impflücken und der komplementären Aufgabe des Impfers im Schularztdienst wieder gestiegen ist. In Zürich und Bern bestehen für die vollamtlichen Schularztdienste möglicherweise deshalb Vereinbarungen mit den Krankenversicherern, in Zürich wurde kürzlich eine gesamtkantonale Vereinbarung erzielt und eine regierungsrätliche Gruppe für eine Neuorganisation eingesetzt.

Unsere Untersuchung erlaubt im weiteren, gewisse unklar einzuordnende Kantone präziser zu erfassen. So existiert im Kanton BE die komplexe Situation, dass keine Vereinbarung zwischen Versicherern und Kanton besteht. Das schulärztliche Impfen basiert hingegen auf einer theoretischen Vorgabe, wonach Impfungen im Schulalter als Krankenkas-

senleistungen abgerechnet werden sollen, wenn sie in der Praxis des Schularztes erfolgen. Dies führt de facto zu einer Verlagerung ins privatärztliche System, was von den nebenamtlichen Schulärzten bestätigt wird. Andererseits wurden Kantone identifiziert, wo die gesetzlichen Anpassungen die Durchführung von schulärztlichen Impfungen klar vorsahen, wie in NE. Das Scheitern der Vertragsverhandlungen über eine Vereinbarung führte jedoch dazu, dass entgegen den Vorschriften mehrheitlich privatärztlich geimpft wird.

Interessante strukturelle Veränderungen ergeben sich durch die Tendenz einiger Kantone (AG, VS, TI), vermehrt parastaatliche Vollzugspartner für die Mithilfe bei der Leistungserbringung, vor allem in organisatorischen Belangen, zu gewinnen. Zu nennen ist insbesondere die Kooperation mit den Lungenligen. Diese private Zusammenarbeit ist häufig mit einem verstärkten zentralen Einfluss des Kantons auf die Leistungserbringung und das Monitoring verbunden. Im Kanton JU, der voll in einer Reform des Schularztwesens steckt, deuten die geplante Kooperation mit der Lungenliga und die Beibehaltung eines schlankeren Schularztdienstes in Richtung eines parastaatlichen Vollzugs.

Auf die Frage des Profils des optimalen Leistungserbringers im strukturellen Kontext der schulärztlichen Untersuchung möchten wir hier noch gesondert eingehen.

Sie ist aus der Sicht der nebenamtlichen Schulärzte umstritten; diese geben vor allem in jenen Kantonen, welche die eigentliche Impfleistung privatärztlich definieren, mehrheitlich die Stellungnahme zugunsten der getroffenen Lösung ab. Es sind hauptsächlich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, welche in einem kollektiven „Setting“ der Schüleruntersuchungen häufig zu störenden Interventionen im Zusammenhang mit den Impfungen führten; dies in der Form von Telefonaten von besorgten Eltern mit Rückfragen oder auch in Form von fehlenden oder unvollständigen Einwilligungen zur Impfung. Diese Umstände erschwerten die Impfungen im Rahmen der nebenamtlichen Schularztstätigkeit massiv. Die fehlenden Anreize im KVG seien im Vergleich dazu nicht der entscheidende Faktor, nicht mehr schulärztlich zu impfen. Hier ist eine gewisse Resignation der Leistungserbringer in der Rolle als nebenamtliche Schulärzte festzustellen.

Diese Aussagen aus den Interviews, dass finanzielle Argumente nicht im Vordergrund stehen, sind unseres Erachtens zutreffend, gleichzeitig muss aber erwähnt werden, dass der Bezug zur Entschädigung des zeitlichen Aufwandes im Schularztdienst, welche als ungenügend empfunden wird, praktisch immer auch gemacht wurde. Es besteht in den Kantonen in der Population der nebenamtlichen Schulärzte noch viel Idealismus zugunsten einer - auch subjektiv - als sehr wichtig empfundenen präventiven Tätigkeit in der Schule. Dieser bemerkenswerte Idealismus war in den Interviews spürbar und wird von einzelnen Exponenten öffentlichkeitswirksam verbreitet. (Gassner M 1999).

Bei den vollamtlichen Schulärzten ist aufgrund der Unterschiede in der Zielbevölkerung und der akzentuierten Problematik in den Städten die Überzeugung von der Notwendigkeit der schulärztlichen Tätigkeit gross, und die Anstrengungen haben im Rahmen der

Einführung des KVG zugenommen. Dies ist aufgrund der deutlichen Zunahme der Datengrundlagen zur Durchimpfung festzustellen.

Auffallend war bei der Auswertung der Resultate die Rolle der Kantonsärzte, welche - in vielen Kantonen und in unterschiedlichem Ausmass - die schulärztlich tätigen Kollegen trotz der subjektiv als ungenügend empfundenen finanziellen Abgeltung zu motivieren versuchen, die wichtige epidemiologische Aufgabe der Impfungen im Schulalter weiterzuführen. Dies im Interesse der Bevölkerung und um die Epidemiengefahr möglichst klein zu halten. In dieser Frage ist die Public Health Orientierung und Einflussnahme des Kantonsarztes ein wichtiger Faktor.

Zusammenfassend konnten wir in unserer Untersuchung nachweisen, dass die kantonale Politik stringent und effektiv ist, was insbesondere mit den Resultaten aus der Analyse der untersuchten Gesetzesänderungen übereinstimmt. In Kantonen, welche sich nicht aktiv für ein schulärztliches Impfen einsetzen, sind die Anreize in Richtung privatärztliches Impfen dominant.

Der Effekt des Rückzugs der Kantone aus den Impfungen im Rahmen der schulärztlichen Dienste ist strukturell eingeleitet oder vorhanden, er verläuft grob in zwei Varianten und ist im wesentlichen unabhängig von der politischen Konstellation in den Sanitätsdirektionen:

- die grundsätzliche Politik wurde vor der Einführung des KVG festgelegt, die Umsetzung im Policy Design und Behördenarrangement fällt mit dem neuen KVG zusammen, oder
- die Politik wurde zeitlich im Rahmen der Einführung des KVG geändert.

Der Rückzug der Kantone ist deshalb nicht nur als Reaktion auf das neue KVG zu interpretieren. Vielmehr ist im Zusammenhang mit starken Sparbemühungen der Kantone in den 90er Jahren vielerorts auch ein Reformbedarf im Bereich der schulärztlichen Dienste definiert worden. Wir weisen den Zusammenhang von Reformen mit kantonaler Zentralisierung, einer Überprüfung und einem Abbau des Leistungsangebotes sowie vermehrter Information der Leistungserbringer und Betroffenen nach.

5.4 *Finanzielle Auswirkungen*

Es soll eine Darstellung der finanziellen Auswirkungen der heutigen Regelung in struktureller Hinsicht erfolgen (Verschiebungen zwischen öffentlicher Hand, Versicherern, Selbstzahlern im Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten des KVG).

Aus den untersuchten Vereinbarungen zwischen Kantonen und Versicherern ergibt sich, dass in der Mehrheit von 13 Kantonen solche Vereinbarungen bestehen. Diese vertraglichen Vereinbarungen zwischen Kanton, kantonalem Versicherungsverband und Leistungserbringern regeln die pauschale Abgeltung und die Finanzströme im Sinne einer effizienten Abwicklung der Leistung der Impfungen im Schularztdienst und sind eine wesentliche Voraussetzung für die praktische Durchführung der Impfungen durch nebenamtliche Schulärzte. Bei der differenzierten Analyse zeigt sich jedoch, dass eigentliche pauschale und umfassende Verträge, welche die Anreize für die Politikadressaten klar in Richtung einer schulärztlichen Erbringung der Impfungen lenken, nur in 5 Kantonen (BS, GL, NW, SG, TG) vorhanden sind. Ganz neu ist jetzt auch der Kanton Zürich mit einer kantonalen Vereinbarung dazugestossen, welche zeitlich parallel mit unserer Untersuchung zustande gekommen ist.

Die Vertragswerke zeichnen sich durch eine klar definierte Abgeltung für die Impfstoffe und die ärztliche Leistung inklusive Material pro Impfung aus. Sie sind auf das Impfen durch die nebenamtlichen Schulärzte ausgerichtet. Dabei wird insbesondere auch das Verfahren der Rechnungsstellung zwischen Kanton und kantonalem Versicherungsverband sowie die weitere Aufteilung der Kosten auf die einzelnen angeschlossenen Versicherer im Kanton geregelt. Die Finanzflüsse in jenen Kantonen, welche umfassende Vereinbarungen kennen, erlauben es, pauschale Abgeltungen der versicherten Kinder zu Gesamtkosten zusammenzufassen und diese meist halbjährlich seitens der kantonalen Gesundheitsdirektion dem Krankenversicherungsverband in Rechnung zu stellen. Dieser verteilt die Kosten dann nach einem internen Schlüssel auf die beteiligten Versicherer. Häufig ist auch eine Klausel, die den Vertrag von einem minimalen Abdeckungsgrad für die Zielbevölkerung durch die mitwirkenden Versicherer (zum Beispiel 95%) abhängig macht. Beteiligt am Vertragsabschluss ist neben der Gesundheitsdirektion und dem kantonalen Versicherungsverband meist auch die Erziehungsdirektion des Kantons und die kantonale Ärztesgesellschaft.

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 schwächere Varianten darstellen als die umfassenderen Vereinbarungen in den genannten 5 Kantonen. 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.

Aus allen Interviews mit den nebenamtlichen Schulärzten und aus 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. Die aus der Sicht der Ärzte ungenügende finanzielle Entschädigung

der schulärztlichen Impfungen bezieht sich einerseits auf die ärztliche Leistung (Impfakt inkl. Material), akzentuiert sich aber insbesondere für die von den Ärzten als zunehmend aufwendig empfundene Information und Rechtfertigung im Zusammenhang mit dem Impfen. Dies vor allem, weil die Routine der Reihenimpfung durch zunehmende Interventionen der Eltern gestört wird. Interessant ist die positive Beurteilung der nebenamtlichen Schulärzte in jenen Kantonen, wo parastaatliche Vollzugspartner wie die Lungenligen durch organisatorische und administrative Unterstützung wesentlich rationellere Schüleruntersuchungen und Impfungen ermöglichen.

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.

Erhebung von Finanzdaten

In praktisch allen Kantonen werden die nebenamtlichen Schulärzte durch die Gemeinden für ihre Arbeit im Schulgesundheitsdienst entschädigt. Die kommunale Delegation und Autonomie der Organisation der Schularztdienste geht so weit, dass in den Kantonen keine Angaben zu kantonal aggregierten Budgets für den Schulgesundheitsdienst erhältlich sind.

Die Auswertung der Finanzdaten zu den Schularztdiensten aus dem BSV-Bericht „Beiträge zur sozialen Sicherheit (Forschungsbericht Nr. 5/00)“ zeigt, dass nur spärliche nationale Finanzdaten aggregiert vorhanden sind und dass die jeweiligen kantonalen Aufwendungen gesamthaft nicht bekannt sind.

Auskünfte beim Bundesamt für Statistik zur Art der Erhebung dieser Daten haben diese Sachlage bestätigt. Das Erhebungssystem basiert auf Stichproben in einzelnen Gemeinden, die dann für eine nationale Berechnung verwendet werden.

In der Tabelle 5.2.2.b Ausgaben nach beanspruchten Gütern und Dienstleistungen (in % des Totals), sieht die Darstellung für die Prävention und die Schulgesundheit so aus:

Art der Leistungen	1994	1995	1996	1997	1998*
Prävention	1.7%	1.9%	1.8%	1.6%	1.6%
Schulgesundheitsdienst	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%

*vorläufige Werte

Der allgemeine Kommentar dazu lautet: „Die im KVG vorgesehene Förderung der Prävention wirkt sich noch nicht auf die Ausgaben aus. Insgesamt erweist sich der für die Prävention beanspruchte Ausgabenanteil eher als leicht rückläufig.“ (2000)

Die absoluten Zahlen für die Aufwendungen für die Schulgesundheit über die Jahre 1994 (153,2 Mio. Franken) bis 1996 (172, 7 Mio. Franken) zeigen verglichen mit den übrigen Leistungen der Prävention als auch mit anderen beanspruchten medizinischen Gütern und Dienstleistungen keine prozentualen Veränderungen. Diese Zahlen stammen aus dem älteren Forschungsbericht 15/98 des BSV aus der gleichen Reihe (BSV 1998).

Zur Illustration der Situation der Datenlage möge ein Kommentar zur Vernehmlassung des Reformprojektes im Kanton Jura dienen. Hier steht zu den Kosten: *„Au titre de la scolarité obligatoire: estimation difficile dans la mesure où les coûts des prestations des médecins scolaires sont éparpillés dans les budgets des diverses écoles et communes concernées; mais une estimation permet de les évaluer à Fr. 250'000.-,“*

Die Impfungen machen in den Gesamtbudgets gemäss übereinstimmenden Auskünften, vor allem aus den vollamtlichen Schularztdiensten, nur einen geringen Bruchteil aus und werden kantonal nicht in brauchbarer Form erfasst. Es sind in unserer Umfrage sporadisch Kantonsanteile bzw. Defizitgarantien angegeben worden, dies entweder nur zu den Impfstoffen beziehungsweise für unklar abgegrenzte Dienstleistungen der Schularztdienste. Diese Daten sind für die antwortenden Kantone nicht vergleichbar und konnten für die weitere Analyse nicht verwendet werden.

Aus vielen Kommentaren geht hervor, dass die Aufwendung für die Schulgesundheit in den meisten Kantonen auf kommunaler Ebene über die Erziehungs- bzw. Schulbehörde und nicht über die Gesundheitsbehörde abgerechnet wird, dies soweit in den Gemeinden dafür getrennte Funktionen dieser Behörden bestehen.

Wir kommen zum Schluss, dass zur Erfassung der effektiven finanziellen Auswirkungen der heutigen Regelung die Finanzleistung der Kantone sowie einer repräsentativen Stichprobe von Gemeinden vollständig erfasst werden müsste. Dies würde eine eigene Studie erfordern.

5.5 Übergeordnete Zielsetzungen

Es soll eine Bewertung des Ist-Zustandes im Hinblick auf übergeordnete Zielsetzungen (Impfprogramm BAG; Gesundheit 21) erfolgen.

Aktuell bestehen in der Schweiz Lücken im Impfstatus der Schüler, aber gleichzeitig auch Lücken in der Statistik darüber. In vielen Kantonen sind im Moment in der Erhebung die-

ser Daten vermehrte Anstrengungen festzustellen. Insbesondere scheint aufgrund unserer Untersuchung gerade in jenen Kantonen, welche im Schularztdienst die eigentliche Leistung der Impfung weniger oder gar nicht mehr anbieten, das Bewusstsein der Wichtigkeit des Monitorings des Durchimpfungsgrades zu wachsen. Die Studie zeigt auch, dass Information und durchgeführte Treffen zwischen kantonalen Behörden und Schulärzten als Zeichen von Reform und Umbau stehen.

Der Entwurf für ein nationales Impfprogramm des BAG propagiert vermehrte Anstrengungen, um die WHO-Ziele und die für Europa daraus modifizierten Ziele Gesundheit 21 zu erreichen. Unser Land ist davon noch weit entfernt. Im Vergleich zu andern Ländern der Region steht die Schweiz im Bereich der Impfungen schlecht da. International sind in europäischen Staaten die Durchimpfungsraten in jenen Ländern, in denen ausschliesslich im öffentlichen Sektor des Gesundheitswesens geimpft wird, deutlich höher als in den andern Staaten. Dies gilt insbesondere für Finnland, Schweden, Grossbritannien und die Niederlande im Vergleich zu Deutschland, Frankreich und der Schweiz, wo dies für die Masern - Mumps - Röteln Impfung nachgewiesen wurde. In den Staaten mit im öffentlichen Sektor durchgeführten Impfungen, sowie in Frankreich ist zudem die Leistung für die zu Impfinden gratis (BAG 2000).

Die Bedeutung des Schliessens von Impflücken in einem System, das bis zum Schulalter die Durchführung der routinemässigen Impfungen im privatärztlichen Rahmen und auf der individuellen Ebene vorsieht, ist abhängig von der Effizienz des vorgelagerten Systems. Diese Effizienz ist für die Schweiz auch bei spärlicher Datenlage als noch ungenügend zu bezeichnen.

Die Verfügbarkeit der Impfungen im Schularztdienst hat im überblickten Zeitraum abgenommen. Mit einer Abnahme der Inanspruchnahme von Impfungen muss gerechnet werden. Aktuell ist somit eine negative Entwicklung bezüglich der zu erwartenden Durchimpfungsraten für die Schweiz festzustellen. Gefordert sind vermehrte Anstrengungen zur Erreichung der international abgestimmten Ziele im Impfbereich. Anstrengungen in den Kantonen zu einer besseren und flächendeckenden Erfassung der Durchimpfung im Schulalter sind deshalb sinnvoll. Auch sollten die bestehenden Lücken weiterhin im Schulalter komplementär über einen schulärztlichen Dienst geschlossen werden. Dies gilt insbesondere für jene Kantone und Regionen mit relativ grossen Anteilen von Risikopopulationen wie ausländischen Migranten, welche in einem privatärztlichen System ungenügend erfasst werden.

Die aktuelle nationale Politik bei den Impfungen im Schulalter entspricht entgegen den Vorstellungen des Bundes einer Förderung des Systemwechsels zu privatärztlicher Leistungserbringung. Dort, wo sich die Kantone - aus welchen Gründen auch immer - nicht entgegenstellen, ist die Tendenz dazu sichtbar oder der Systemwechsel schon erfolgt.

Die Untersuchung zeigt auch, dass die kritische Beurteilung des Einvernehmens mit dem Bund in der Frage der Impfungen im Schulalter sich in jenen Kantonen akzentuiert, in de-

nen die Mehrzahl der Impfungen im privatärztlichen System stattfindet. Die kritische Beurteilung der Bundesbehörden durch die Kantone in der untersuchten Frage führt somit auch bei der Durchführung der Impfleistungen zu grösseren Abweichungen von den Vorstellungen des Bundes.

Durchimpfungsraten sind als gute Gesundheitsindikatoren international anerkannt (Spencer N 1993). Sie gehen insbesondere über die in den westlichen Industrienationen für eine nationale Gesundheitsberichterstattung mittlerweile zu groben Indikatoren der Mortalität hinaus. Durchimpfungsraten wären dennoch - gerade im Vergleich zu anderen Gesundheitsindikatoren relativ zuverlässig und mit vertretbarem Aufwand zu erheben. Sie sollten in Anbetracht der aktuellen Bemühungen im Rahmen des Projektes „nationale Gesundheitspolitik“ in der Schweiz prioritär gesamtschweizerisch erhoben werden.

Auf nationaler Ebene ist mit den Kantonen im Rahmen dieser Gesundheitspolitik die komplementäre Impfung im Schularztdienst dringend zu thematisieren.

6. Literaturangaben

- Abelin Theodor (1998). Fallbeispiel Public Health: Probleme und Lösungen bei der Übernahme präventiver Leistungen durch das KVG. Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz. Hünenberg, TrendCare.
- Ackermann U (2000). Leiterin des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Bern, Persönliche Mitteilung und Dokumentation.
- Agresti Alan (1984). Analysis of ordinal categorical data, S. 23. New York, John Wiley.
- Amstad Hermann (1998). Die schulärztliche Tätigkeit als Public-Health-Aufgabe. Master-Thesis. Basel, Schulärztlicher Dienst des Kantons Basel-Stadt.
- Andersen RM. (1995). Infectious Diseases of Humans. Dynamics and Control. New York, Oxford Science Publications.
- Baumann Thomas et al (1999). Prävention in der Pädiatrie - ein Manual. Solothurn, S&Z Print AG, Brig.
- Bundesamt für Gesundheit (1999). Neue Empfehlungen zur Poliomyelitisimpfung, BAG Bulletin 43: 809-11.
- Bundesamt für Gesundheit (2000). Workshop zum nationalen Impfplan. II. Schweizer Impfkongress, Fribourg.
- Bundesamt für Sozialversicherung (1997). Kriterien zur Beurteilung des Nutzens von präventivmedizinischen Methoden, Entwurf.
- Bundesamt für Sozialversicherung (1998). Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens: 101, Tab. 5.4.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2000). Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit: 63, Tab 5.2.2.b.
- Bundesamt für Statistik (2000). Statistisches Jahrbuch der Schweiz. Zürich, Verlag NZZ
- Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz).
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.
- Bundesrat (1976). Verordnung über die kostenlosen Impfungen.
- Bundesrat (1991). Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991.
- Busmann Werner et al (1997). Einführung in die Politikevaluation. Basel und Frankfurt am Main, Helbling & Lichtenhahn.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1994). The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa, Canada Communication Group.
- Dreifuss Ruth (1996). L'importance de la prévention dans la nouvelle LAMal. Schweizerische Ärztezeitung: 2120ff.
- Frey Daniel (1997). Vorsorgeuntersuchungen im Schulalter, wer ist zuständig: Schulärztlicher Dienst oder Privatpraxis. Schweiz. Ärztezeitung 78(22): 832-4.

- Gassner Markus (1999). 15 Jahre Seroepidemiologie im Schularztdienst Grabs. Fribourg, Wissenschaftliche Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen.
- Haidinger Gerald et al (1996). Impfstatus und soziodemographische Variablen bei Wiener Volksschülern. *Soz Präventivmed* 41: 194-200.
- Henderson RH (1982). Cluster sampling to assess immunization coverage: a review of experience with a simplified sampling method. Geneva, *Bull WHO* 60: 253-60.
- Linder Wolf (1987). Politische Entscheidung und Gesetzesvollzug in der Schweiz, Bern, Haupt.
- Maag Daniel (1999). New Public Management (NPM) im Gesundheitswesen. Muri, Zentralsekretariat Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Marty-Nussbaumer Annalis (1999). Vaccination Rates and Sociodemographic Determinants with School Age Children in Zurich 1995/1996. Zürich, Schulärztlicher Dienst Stadt Zürich
- Maurer Anne-Marie et al (1997). Durchimpfung bei Kleinkindern und Schulkindern im Kanton Bern. *Soz.- Präventivmed.* 42: 324-331.
- Mütsch-Eckner M (1995). Durchimpfung bei 371 Kleinkindern. *Bulletin BAG(15)*: 14-16.
- Oertle Bürki Cornelia. (1999). Gesundheit 21, Umsetzungsmöglichkeiten ausgewählter WHO-Ziele für den Kinder- und Jugendbereich in der Schweiz. Bern, Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz.
- Oettinger Barbara et al (2000). Impfkampagne in den 5. und 6. Schulklassen des Landkreises Göppingen 1999. *Gesundheitswesen* 2000 62: 505-510.
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (1995). Leitbild der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie. *Schweiz. Ärztezeitung* 76(20): 841-6.
- Spencer N (1993). Community indicators of child health. *Soz Präventivmed(38)*: 90-95.
- U.S. Preventive Services Task Force (1996). Guide to Clinical Preventive Services. Second Edition. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Vranjes N et al (1996). Durchimpfung von Kleinkindern im Kanton Zürich. *Schweiz Med Wochenschrift* 126: 22-26.

7. Anhang

Tabelle: Durchimpfungsgrad bei Klein- und Schulkindern (Überblick über vorhandene, aktuelle Daten)

Kanton	Daten zum Durchimpfungsgrad
AG	1999 für Polio, DiPerTe bzw. Di-Te und MMR bei Schuleintritt und -austritt gemäss Impfdienst Lungenliga Aargau
AI	1993 MMR BAG nur für Schuleintritt
AR	1993 MMR BAG
BE	1995 kantonal umfangreich, bei Schuleintritt, Polio, Di, Per, Te, MMR, Ma, publiziert. Aktuelle Daten auch aus dem städt. Schulgesundheitsdienst
BL	keine seit 85
BS	1999 3. Klasse (~9-jährig) und 7. Schuljahr (~14jährig) Polio, DiTe
GE	1990 nur bei Schuleintritt mit Ausnahme HB, Schulaustritt nur MMR 1995
GL	1991 Dissertation Marti, 1993 2-jährige
GR	keine
JU	aktuelle sehr detaillierte Daten
LU	1994/95 MMR BAG, Studie Littau Kleinkinder, ISPM ZH im Anlaufen
NE	keine
NW	1992 MMR BAG
OW	1994 MMR BAG
SG	keine
TG	keine, Studie mit dem ISPM Zürich 2000
TI	aktuelle Daten 2000, Stichprobe 15-jährige Jugendliche für alle Impfungen
UR	keine
VD	Schulaustritt 99/00 (14-jährige, 7.Klasse), HB
VS	1998 MMR BAG, Pilotstudie ISPM ZH 2000 für alle Impfungen zu drei Zeitpunkten
ZG	1994/95 MMR BAG
ZH	umfangreiche Daten 1995/96, nur aus dem städtischen Schularztendienst

Fragebogen zu Impfungen im Schulalter

Hinweis zum Ausfüllen: Falls Sie nicht über genaue Zahlenangaben verfügen, bitte Schätzungen angeben (z.B. "ca. 30%").

1. Wie viele **Stellenprozente** stehen in Ihrem Kanton für den Schularztdienst zur Verfügung (staatliche Stellen, ohne nebenamtliche Schulärzte) ?

- a) ärztliches/akademisches Personal? _____%
- b) medizinisches nicht-akademisches Personal? _____%
- c) administratives Personal? _____%

2. **Wie viele nebenamtliche Schulärzte** sind in Ihrem Kanton tätig? _____

3. Wie viele davon sind Pädiater? _____

4. Werden in Ihrem Kanton nebenamtliche Schulärzte teilweise aus staatlichen Mitteln entschädigt? Ja Nein

falls Ja: Welcher Budgetbetrag steht Ihrem Amt für die Entschädigung der nebenamtlichen Schulärzte zur Verfügung?

Fr. _____

5. Welcher **Budgetbetrag für Sachausgaben** steht Ihrem Amt für die Schulgesundheit aktuell zur Verfügung?

Fr. _____

6. Verfügen Sie über eine Adressliste der nebenamtlichen Schulärzte? Ja Nein

7. Wie häufig **informiert** die zuständige Stelle in Ihrem Kanton die Schulärzte über Fragen bezüglich des Impfens?

- mehrmals pro Jahr 1 x pro Jahr seltener nie

8. Wie häufig trifft sich die zuständige Stelle in Ihrem Kanton mit den Schulärzten?

- mehrmals pro Jahr 1 x pro Jahr seltener nie

9. Haben in Ihrem Kanton in den letzten 4 Jahren **Informationskampagnen an die Bevölkerung** über eine oder mehrere empfohlene Impfungen stattgefunden? Ja Nein
10. Verwenden Sie eigene Informationsmittel (falls ja, dürfen wir Sie bitten diese beizulegen?) Ja Nein
11. Erfolgt bei der Erhebung des Impfstatus im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung eine Meldung der Statistik an den Kantonsarzt / an eine zentrale Stelle im Kanton? Ja Nein
12. Falls statistische Angaben gemeldet werden: werden diese systematisch zusammengefasst und **ausgewertet**? Ja Nein

Falls Angaben zum Durchimpfungsgrad in Ihrem Kanton vorliegen, bitte in Tabelle der Beilage eintragen!

13. Ein neu entwickeltes Konzept des Bundesamtes für Gesundheit schlägt als Monitoring eine zweijährliche Erfassung des Durchimpfungsgrades im schulärztlichen Dienst vor. Wie beurteilen Sie die praktische Umsetzbarkeit dieses Vorgehens? machbar nicht machbar

Ein Stichwort zur Begründung: _____

14. Wo wird in Ihrem Kanton aktuell die Mehrzahl der Impfungen im Schulalter durchgeführt?
- beim Schularzt
- beim Privatarzt
- bei beiden gleich häufig

15. Es wird diskutiert, dass die zunehmende Verlagerung von schulärztlichen Aufgaben auf die Privatärzte zu einer **Unterversorgung von Schülern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten**, besonders Ausländerkindern bezüglich Inanspruchnahme der empfohlenen Impfungen führen könnte.
- a) Gibt es in Ihrem Kanton Einzelbeobachtungen darüber? Ja Nein
- b) Gibt es Untersuchungen dazu? Ja Nein
- c) Wie beurteilen Sie für Ihren Kanton diese Gefahr?
- sehr gross eher gross eher klein sehr klein

16. Welches Vorgehen wählt der Schularzt oder die Schulschwester vorwiegend bei **Lücken im Impfstatus** eines Schülers?
Bitte für jede Impfung ankreuzen!

Impfung	Vorgesehenes Vorgehen			
	Impfung oder Nachimpfung im schulärztlichen Dienst	Impfung oder Nachimpfung in Übernahme der Rolle als Privatarzt	schriftliche Empfehlung zur Konsultation des Privatarztes	mündliche Empfehlung zur Konsultation des Privatarztes
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DiTePer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hat sich Ihres Erachtens das Verhalten der impfenden Ärzte in Bezug auf die erwähnten Leistungen (alle Impfungen) in Ihrem Kanton verändert?
Bitte für jede Spalte beantworten!

Impfung oder Nachimpfung im schulärztlichen Dienst	Impfung oder Nachimpfung in Übernahme der Rolle als Privatarzt	schriftliche Empfehlung zur Konsultation des Privatarztes	mündliche Empfehlung zur Konsultation des Privatarztes
<input type="checkbox"/> Zunahme	<input type="checkbox"/> Zunahme	<input type="checkbox"/> Zunahme	<input type="checkbox"/> Zunahme
<input type="checkbox"/> Abnahme	<input type="checkbox"/> Abnahme	<input type="checkbox"/> Abnahme	<input type="checkbox"/> Abnahme
<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> keine Veränderung

18. Wird in Ihrem Kanton öffentlich darüber diskutiert, wer Impfungen im Schulalter durchführen sollte (Schulärzte oder Privatarzte)?

Ja Nein

19. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit des **Bundesamtes für Gesundheit** mit den Kantonen in der Frage der Umsetzung der Impfstrategien?

sehr gut gut genügend mangelhaft

20. Wie beurteilen Sie die **Arbeit des Bundes** bezüglich der Impfstrategien?

sehr gut gut genügend mangelhaft

21. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit **des Bundesamtes für Sozialversicherungen** mit den Kantonen in der Frage der Finanzierung der Impfstrategien?

sehr gut gut genügend mangelhaft

22. Kam es in Ihrem Kanton im **Schulgesundheitsdienst seit 1995** zu:

- a) Abbau bei der Zahl der diversen Schüler-Untersuchungen im Schularztdienst? Ja Nein
- b) Abbau bei der Anzahl der schulärztlich erbrachten Impfungen? Ja Nein
- c) Abbau bei der Anzahl Stellen der nebenamtlichen Schulärzte oder Schulschwestern? Ja Nein
- d) Abbau bei der Anzahl Stellen der vollamtlichen Schulärzte? Ja Nein
- e) Budgetkürzungen bei den Sachmitteln? Ja Nein
- f) Reformen im Sinne von New Public Management (NPM) bzw. wirkungsorientierter Verwaltungsführung (WoV)? Ja Nein

Bemerkungen:

Kontaktperson für allfällige Rückfragen: _____ Telefon: _____

Dürfen wir Sie bitten, uns zusätzlich Verordnungen, Richtlinien, Reglemente, Rundschreiben und ähnliches betreffend die Schularztdienste und die Impfungen im Schulalter der Rücksendung des Fragebogens beizulegen.

Falls Sie keine Kopie zur Hand haben, sind wir Ihnen dankbar für die Mitteilung der Bezeichnung dieser Erlasse, so dass wir sie selber bei der Staatskanzlei Ihres Kantons bestellen können.

Bitte bis zum 31. August 2000 an folgende Adresse einsenden:

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
Impfungen im Schulalter
Finkenhübelweg 11
3012 Bern

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen zu Impfungen im Schulalter Zusatz Kanton ZH

bitte unsere Informationen - soweit vorhanden (*kursiv*) - korrigieren oder ergänzen

Durchimpfungsgrad bei Schuleintritt

(gemäss offiziellem Schweizerischem Impfplan, wo nichts anderes vermerkt)

Neuste Jahreszahl und Durchimpfungsgrad (%) einsetzen / Spalte 3 ankreuzen

Impfung	Jahr der neusten Studie	Durchimpfungsgrad	seit 1985 nie erhoben
Polio			<input type="checkbox"/>
DiPerTe			<input type="checkbox"/>
Di			<input type="checkbox"/>
Per			<input type="checkbox"/>
Te			<input type="checkbox"/>
MMR			<input type="checkbox"/>
Ma			<input type="checkbox"/>
Mu			<input type="checkbox"/>
Rö			<input type="checkbox"/>
HB			<input type="checkbox"/>

Polio= Poliomyelitis, Di= Diphterie, Te= Tetanus, Per= Pertussis, Ma= Masern, Mu= Mumps, Rö= Röteln, HB= Hepatitis B

Durchimpfungsgrad bei Schulaustritt

Impfung	Jahr der neusten Studie	Durchimpfungsgrad	seit 1985 nie erhoben
Polio			<input type="checkbox"/>
DiPerTe			<input type="checkbox"/>
Di			<input type="checkbox"/>
Per			<input type="checkbox"/>
Te			<input type="checkbox"/>
MMR			<input type="checkbox"/>
Ma			<input type="checkbox"/>
Mu			<input type="checkbox"/>
Rö			<input type="checkbox"/>
HB			<input type="checkbox"/>

Polio= Poliomyelitis, Di= Diphterie, Te= Tetanus, Per= Pertussis, Ma= Masern, Mu= Mumps, Rö= Röteln, HB= Hepatitis B

bitte wenden

Existiert aktuell in Ihrem Kanton eine Vereinbarung zwischen kantonaler Behörde und Versicherern über die finanzielle Abgeltung der Impfungen im Rahmen des schulärztlichen Dienstes? Ja Nein

Vereinbarungen

bitte unsere Informationen - soweit vorhanden (*kursiv*) - korrigieren oder ergänzen

Impfung	Vereinbarung vorhanden	pauschale Abgeltung (Impfakt und -stoff)*	Pauschale für Impfakt	nur Impfstoff	ärztliche Leistung pro Stunde
Hep B					
MMR					
DiTe					
Polio					
andere:					

* Enthalten die pauschalen Abgeltungen noch andere Leistungen als Impfstoff und / oder ärztliche Impfleistung? Wenn ja, welche?

Questionnaire sur les vaccinations à l'âge scolaire

Remarque: Dans les cas où vous ne disposez pas de chiffres exacts, veuillez donner des estimations (p.ex. „env. 30%“).

1. Combien de postes (**en pour-cent**) sont à disposition, dans votre canton, pour le service de médecine scolaire (postes cantonaux, non compris les médecins privés ayant une activité similaire annexe)?

a) médecins / personnel avec formation académique _____%

b) personnel médical sans formation académique _____%

c) personnel administratif _____%

2. **Combien de médecins privés** exercent en qualité de médecin scolaire dans votre canton? _____

3. Combien d'entre eux sont des pédiatres? _____

4. Les médecins privés exerçant en qualité de médecin scolaire dans votre canton, sont-ils partiellement indemnisés par des fonds publics?

oui non

Dans l'affirmative: de quel crédit budgétaire dispose votre office pour l'indemnisation des médecins scolaires en fonction secondaire?

fr. _____

5. De quel crédit budgétaire pour les dépenses de matériel dispose votre office actuellement dans le domaine de la santé scolaire? fr. _____

6. Disposez-vous d'une liste d'adresses des médecins privés exerçant en qualité de médecin scolaire ?

oui non

7. Combien de fois l'autorité compétente de votre canton informe-t-elle les médecins scolaires à propos de questions de vaccination?

plusieurs fois par an une fois par an moins d'une fois par an jamais

8. Combien de fois ont lieu des rencontres entre l'autorité compétente de votre canton et les médecins scolaires?

plusieurs fois par an une fois par an moins d'une fois par an jamais

9. Est-ce que des **campagnes d'information de la population** à propos d'une ou plusieurs vaccinations recommandées ont été menées au cours des quatre dernières années dans votre canton? oui non

10. Est-ce que vous utilisez vos propres moyens d'information? oui non
(Dans l'affirmative, nous vous prions de nous faire parvenir ce matériel avec ce questionnaire.)

11. Lors de l'évaluation de l'état de vaccination dans le cadre de l'examen médical scolaire, les données statistiques sont-elles communiquées au médecin cantonal / à une autorité cantonale centrale? oui non

12. Si les données statistiques sont communiquées, sont-elles recueillies et exploitées systématiquement? oui non

Si des données sur la couverture vaccinale dans votre canton sont disponibles, veuillez les inscrire dans le tableau ci-joint, s.v.p.

13. Un concept récemment développé par l'Office fédéral de la Santé publique propose en tant que monitoring une évaluation bisannuelle de la couverture vaccinale par les services de médecine scolaire. Quel est votre avis sur les chances de réalisation de ce concept? faisable non faisable

justification (1 mot-clé)

14. Par qui sont actuellement administrées, dans votre canton, la plupart des vaccinations à l'âge scolaire?

- par le médecin scolaire
- par le médecin de famille
- par les deux, à parts égales

15. A mesure que les prestations des services de médecine scolaire sont de plus en plus fournies par des médecins de famille on pourrait craindre un éventuel déficit d'accès aux vaccinations recommandées des écoliers provenant de milieux socio-économiques défavorisés et notamment des enfants de familles étrangères.

a) Des observations isolées à ce sujet ont-elles été enregistrées dans votre canton? oui non

b) Des enquêtes sur ce sujet ont-elles été menées oui non

c) Comment jugez-vous ce risque dans votre canton?
 très grand plutôt grand plutôt faible très faible

16. En cas de lacunes dans l'état de vaccination d'un écolier quel est le procédé normalement choisi par le médecin scolaire / l'infirmière?
Mettre une croix pour chaque type de vaccination, s.v.p.

Type de vaccination	Procédé prévu			
	Vaccination ou revaccination par le service de médecine scolaire	Vaccination ou revaccination en fonction de médecin de famille	Conseil par écrit de consulter le médecin de famille	Conseil verbal de consulter le médecin de famille
poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DiPerTe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Selon votre opinion, l'attitude des vaccinateurs dans votre canton envers les prestations mentionnées ci-dessous a-t-elle changé (pour tous les types de vaccinations)?
Mettre une croix dans chaque colonne, s.v.p.

Vaccination ou revaccination par le service de médecine scolaire	Vaccination ou revaccination en assumant le rôle de le médecin de famille	Conseil par écrit de consulter le le médecin de famille	Conseil verbal de consulter le le médecin de famille
<input type="checkbox"/> Augmentation	<input type="checkbox"/> Augmentation	<input type="checkbox"/> Augmentation	<input type="checkbox"/> Augmentation
<input type="checkbox"/> Diminution	<input type="checkbox"/> Diminution	<input type="checkbox"/> Diminution	<input type="checkbox"/> Diminution
<input type="checkbox"/> Pas de changement	<input type="checkbox"/> Pas de changement	<input type="checkbox"/> Pas de changement	<input type="checkbox"/> Pas de changement

18. Est-il mené, dans votre canton, un débat public sur la question si les vaccinations à l'âge scolaire devraient être administrées par les médecins scolaires ou plutôt par les médecins de famille? oui non

19. Comment jugez-vous la coopération entre l'**Office fédéral de la Santé publique** et les cantons s'agissant du lancement des campagnes de vaccination?
 très bon bon suffisant insuffisant

20. Comment jugez-vous le **travail de la Confédération** en regard des campagnes de vaccination?
 très bon bon suffisant insuffisant

21. Comment jugez-vous la coopération entre l'**Office fédéral des Assurances sociales** et les cantons s'agissant du financement des campagnes de vaccination?
 très bon bon suffisant insuffisant

22. **Depuis 1995, dans le service de médecine scolaire** de votre canton y a-t-il eu

- a) une réduction du nombre des différents examens pour écoliers dans le service de médecine scolaire? oui non
- b) une réduction du nombre des vaccinations administrées par les médecins scolaires? oui non
- c) une réduction du nombre des médecins privés exerçant en qualité de médecin scolaire ou des infirmières? oui non
- d) une réduction du nombre de postes officiels dans les services de médecine scolaire? oui non
- e) une réduction du crédit budgétaire pour les dépenses de matériel? oui non
- f) des réformes en vue d'une introduction de New Public Management ? oui non

Remarques:

Contact pour d'éventuelles informations supplémentaires:

M. / Mme _____ tél. _____

Nous vous serions très reconnaissant de vouloir joindre à ce questionnaire des ordonnances, lois, règlements, directives et circulaires, etc. concernant les services de médecine scolaire et les vaccinations à l'âge scolaire.

Si vous n'avez pas de copies sous la main veuillez nous communiquer la désignation exacte de ces ordonnances etc. pour que nous puissions les commander nous-même à la Chancellerie d'Etat de votre canton.

Veuillez s.v.p. retourner ce questionnaire jusqu'au 8 septembre 2000 à l'adresse suivante:

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
Impfungen im Schulalter
Finkenhubelweg 11
3012 Bern

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Questionnaire sur les vaccinations à l'âge scolaire / Annexe NE

Veillez s.v.p. corriger ou compléter *nos données* (en italiques).

Couverture vaccinale au début de la scolarité

(d'après le plan suisse officiel, sauf indication contraire)

Indiquer l'année et la couverture vaccinale (en %) de l'enquête la plus récente

Type de vaccination	Année de l'enquête la plus récente	Couverture vaccinale	Pas d'enquêtes depuis 1985
poliomyélite			<input type="checkbox"/>
DiPerTe			<input type="checkbox"/>
diphtérie			<input type="checkbox"/>
coqueluche			<input type="checkbox"/>
tétanos			<input type="checkbox"/>
MMR			<input type="checkbox"/>
rougeole			<input type="checkbox"/>
oreillons			<input type="checkbox"/>
rubéole			<input type="checkbox"/>
hépatite B			<input type="checkbox"/>

Couverture vaccinale à la fin de la scolarité

(d'après le plan suisse officiel, sauf indication contraire)

Indiquer l'année et la couverture vaccinale (en %) de l'enquête la plus récente

Type de vaccination	Année de l'enquête la plus récente	Couverture vaccinale	Pas d'enquêtes depuis 1985
poliomyélite			<input type="checkbox"/>
DiPerTe			<input type="checkbox"/>
diphtérie			<input type="checkbox"/>
coqueluche			<input type="checkbox"/>
tétanos			<input type="checkbox"/>
MMR			<input type="checkbox"/>
rougeole			<input type="checkbox"/>
oreillons			<input type="checkbox"/>
rubéole			<input type="checkbox"/>
hépatite B			<input type="checkbox"/>

tournez, s.v.p.

Existe-t-il actuellement, dans votre canton, une convention entre l'autorité cantonale compétente et les assureurs concernant la compensation financière des vaccinations dans le cadre du service de médecine scolaire?

Conventions

Veillez s.v.p. corriger ou compléter *nos données (en italiques)*.

Type de vaccination	Convention en vigueur	Compensation forfaitaire (acte de vaccination et vaccin)*	Somme forfaitaire pour l'acte de vaccination	Vaccin seulement	Prestation médicale (par heure)
hépatite B					
MMR					
DiTe					
polio					
autres:					

Est-ce que dans les éventuelles compensations forfaitaires sont comprises d'autres prestations à part le vaccin et/ou l'acte de vaccination?
 Dans l'affirmative: lesquelles?

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. No 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. No 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

**BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

**OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

**UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. No 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. No 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. No 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. No 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
**BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
**OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
**UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. No 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. No 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen (Wirkungsanalyse KVG); Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons (Analyse des effets de la LAMal). N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen (Wirkungsanalyse KVG). Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

- | | |
|--------|---|
| *EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| *OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| *UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| **BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| **OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| **UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme. Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	EDMZ * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OCFIM* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	EDMZ * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich (Wirkungsanalyse KVG); INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	EDMZ* 318.010.7/00 d

*EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
*OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
*UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
**BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
**OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
**UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	OCFIM* 318.010.8/00 f
Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/RPC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00	OCFIM* 318.010.9/00 f
Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00	EDMZ * 318.010.10/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00	EDMZ * 318.010.11/00 d
Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00	OCFIM* 318.010.12/00 f
Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00	EDMZ * 318.010.13/00 d
Rapport de recherche: Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00	OCFIM* 318.010.13/00 f
Rapport de recherche: Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel: Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. N° 14/00	OCFIM* 318.010.14/00 f
Forschungsbericht: Rita Baur, Ulrike Braun, Prognos: Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung. Nr. 15/00	EDMZ * 318.010.15/00 d
Rapport de recherche: Maryvonne Gognalons-Nicolet, Jean-Marie Le Goff, Hôpitaux Universitaires de Genève: Retraits anticipés du marché du travail avant l'âge AVS: un défi pour les politiques de retraite en Suisse. N° 1/01	OCFIM* 318.010.1/01 f
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Interface Institut, Luzern: Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000. Nr. 2/01	EDMZ * 318.010.2/01 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 2/01	OCFIM* 318.010.2/01 f
Forschungsbericht: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Nr. 3/01	EDMZ * 318.010.3/01 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos: Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Nr. 4/01	EDMZ * 318.010.4/01 d
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Luzern: Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 5/01	EDMZ * 318.010.5/01 d
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Lucerne: Evaluation de l'application de la réduction de primes (Analyse des effets de la LAMal). N° 5/01	OCFIM* 318.010.5/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 6/01	EDMZ * 318.010.6/01 d
Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallver- sicherung. Bericht einer Expertenkommission. Nr. 7/01	EDMZ * 318.010.7/01 d
Protection de la personnalité dans l'assurance-maladie et accidents sociale et privée. Rapport d'une commission d'experts. N° 7/01	OCFIM* 318.010.7/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 8/01	EDMZ * 318.010.8/01 d
Forschungsbericht: Markus Battaglia, Christoph Junker, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern: Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog (Wirkungs- analyse KVG), Teilbericht Impfungen im Schulalter. Nr. 9/01	EDMZ * 318.010.9/01 d

- | | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |