



**Postulat von Monika Barmet
betreffend Schaffung von kantonalen Programmen für medizinische Vorsorge-
massnahmen
(Vorlage Nr. 1615.1 - 12560)**

Bericht und Antrag des Regierungsrates
vom 27. Mai 2008

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Kantonsrätin Monika Barmet hat am 28. November 2007 folgendes Postulat eingereicht:

"Der Regierungsrat wird eingeladen, im Rahmen der Änderungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) auf nationaler Ebene für den Kanton Zug Programme für medizinische Vorsorgemassnahmen (Screening-Mammographie und HPV-Impfung) zu schaffen und umzusetzen."

Das Postulat wird damit begründet, dass die Kosten der Impfung von Mädchen und jungen Frauen gegen Humane Papillomaviren (HPV) – der Hauptursache von Gebärmutterhalskrebs – von der Krankenversicherung übernommen werden, sofern die Impfungen im Rahmen von kantonalen Programmen erfolgen. Damit könnten rund 70 % der Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs verhindert werden.

Mit Bezug auf das Mammographie-Screening weist die Postulantin darauf hin, dass die Leistungspflicht der Krankenversicherung für die im Rahmen von kantonalen Programmen durchgeführte Screening-Mammographie bis Ende 2009 verlängert wurde. Eine Frühdiagnose mittels Mammographie könne zwar Brustkrebs nicht verhindern, doch helfe sie, eine Krebserkrankung so früh zu erkennen, dass die Behandlung einfacher und die Sterblichkeit geringer sei.

Der Kantonsrat hat das Postulat an seiner Sitzung vom 13. Dezember 2007 an den Regierungsrat überwiesen.

Wir erstatten Ihnen dazu nachfolgend Bericht, wobei wir unsere Ausführungen wie folgt gliedern:

	Seite
1. In Kürze	2
2. Ausgangslage.....	2
3. HPV-Impfung.....	3
4. Mammographie-Screening	5
5. Antrag	11

1. In Kürze

Das Eidgenössische Departement des Innern hat Ende 2007 die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) als Auslöser von Gebärmutterhalskrebs und – befristet – für das Mammographie-Screening neu geregelt. Beide Massnahmen ergänzen die vielfältigen Aktivitäten der Gesundheitsdirektion im Bereich Krebsprävention (z. B. Tabakprävention gegen Lungenkrebs, Alkoholprävention gegen Leberkrebs und Förderung einer gesunden Ernährung gegen Krebs des Verdauungstraktes).

Gestützt auf die neue Regelung in der Krankenversicherung stellt der Kanton Zug auf Beginn des kommenden Schuljahres ein freiwilliges HPV-Impfprogramm für Mädchen und junge Frauen bereit. Die seit 1. Januar 2008 erfolgten Impfungen werden rückwirkend erfasst und vergütet. Für das Mammographie-Screening werden im Hinblick auf eine definitive Entscheidung des Bundes über die Kassenzulässigkeit die notwendigen Vorabklärungen mit der Ärzteschaft und den Nachbarkantonen getroffen.

2. Ausgangslage

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat am 21. November 2007 verschiedene Änderungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) beschlossen, welche am 1. Januar 2008 in Kraft getreten sind. Zwei wichtige Anpassungen betreffen die Kostenübernahme für die Impfung von Mädchen und jungen Frauen gegen Humane Papillomaviren (HPV) einerseits und die Verlängerung der Leistungspflicht der Krankenversicherer für die im Rahmen von kantonalen Programmen durchgeführte Screening-Mammographie bis Ende 2009 andererseits.

Beide Massnahmen können dem Krebsbereich zugeordnet werden – HPV als Auslöser von Gebärmutterhalskrebs und Mammographie-Screening als Instrument zur Früherkennung von Brustkrebs. Sie ergänzen als medizinische Interventionen die bestehenden Aktivitäten zur Krebsprävention. Letztere umfassen die gesamte Palette von Anstrengungen für einen gesunden Lebensstil. Namentlich geht es dabei um die Themenkreise Tabak (Zusammenhang mit Lungen-, Mundhöhlen-, Kehlkopf-, Speiseröhren-, Bauchspeicheldrüsen- und Blasenkrebs), Alkohol (Mund-, Rachen-, Speiseröhren-, Darm-, Leber- und Brustkrebs), Ernährung (Krebs des Verdauungstraktes, der Bauchspeicheldrüse und der Brust), Bewegung (z. B. Darm- und Brustkrebs), Körpergewicht (z. B. Krebs der Nieren, Gebärmutter und Verdauungsorgane), Sonnenschutz (Hautkrebs) sowie Sexualverhalten (Leberkrebs infolge Hepatitisinfektion, Gebärmutterhalskrebs infolge HPV-Infektion, Haut- und Lymphdrüsenkrebs infolge HIV-Infektion).

Es ist somit ersichtlich, dass der Bereich der Krebsprävention durch die Gesundheitsdirektion bereits sehr umfassend abgedeckt wird, sei es durch eigene Programme oder im Rahmen von Subventionsvereinbarungen mit privaten Organisationen: Krebsliga Zug (Krebsprävention), Lungenliga (u. a. Tabakprävention), Diabetesgesellschaft (u. a. Förderung einer gesunden Ernährung) und Aids-Hilfe (u. a. Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten). Zudem sind zurzeit unter den Zentralschweizer Kantonen auch Gespräche über ein regionales Krebsregister im Gang. Die HPV-Impfung und das Mammographie-Screening stellen in diesem Sinne zusätzliche Elemente in einem vielschichtigen und weit verzweigten Themengebiet dar.

3. HPV-Impfung

3.1. Hintergrund

Humane Papillomaviren (HPV) gehören zu den häufigsten Erregern sexuell übertragbarer Infektionen. 70 bis 80 % der sexuell aktiven Bevölkerung infizieren sich im Laufe des Lebens mit HPV. Infektionen mit sog. risikoreichen HPV-Typen können bösartige Veränderungen des Gebärmutterhalses, der Scheide, des Afters und im Mund bzw. Rachen hervorrufen. Risikoarme HPV-Typen hingegen verursachen Warzen der Geschlechtsteile und des Afters.

Zurzeit ist in der Schweiz nur ein einziger HPV-Impfstoff zugelassen und auf dem Markt verfügbar: Gardasil[®] von Sanofi Pasteur MSD. Der Impfstoff dient der Verhütung von Infektionen sowohl mit den risikoreichen als auch mit den risikoarmen HPV-Typen. Die bisherigen Studien weisen auf eine Wirksamkeit von gegen 100 % hin, allerdings fehlen Langzeiterfahrungen. In letzter Zeit haben die unerwarteten und plötzlichen Todesfälle je einer jungen Frau in Deutschland und in Österreich im Anschluss an eine HPV-Impfung aufhorchen lassen. Ein Zusammenhang zwischen Impfung und Todesfall konnte nicht nachgewiesen, zumindest im österreichischen Fall aber auch nicht ausgeschlossen werden.

Festzuhalten ist, dass die HPV-Impfung keine Krebsimpfung ist, da sie nicht die Entstehung von Krebs verhindert, sondern lediglich der Infektion mit Viren vorbeugt, die an der Entwicklung bestimmter Krebsformen beteiligt sind. Die Impfung ersetzt deshalb die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung nicht, da es auch andere Ursachen von Genitalkrebs gibt und Impfversagerinnen und Impfversager nicht ausgeschlossen werden können.

Die heilmittelrechtliche Zulassung von Gardasil[®] in der Schweiz beschränkt sich auf weibliche Personen von 9 bis 26 Jahren. Knaben und junge Männer sind mangels hinreichender wissenschaftlicher Studien in der Schweiz von der Impfstoffzulassung bis jetzt nicht erfasst, obwohl auch sie infektionsgefährdet sind und insbesondere als Überträger der Viren eine wichtige Rolle spielen.

3.2. Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Die HPV-Impfung wurde vom Eidgenössischen Departement des Innern äusserst kurzfristig am 21. November 2007 mit Wirkung ab 1. Januar 2008 kassenpflichtig erklärt. Der Impfstoff kostete zu diesem Zeitpunkt mehrere hundert Franken pro einzelne Impfdosis. Da für einen ausreichenden Impfschutz insgesamt drei Impfungen im Abstand von mehreren Monaten erforderlich sind, wären Gesamtkosten pro geimpfte Person von deutlich über Fr. 1'000.-- entstanden. Die Vergütung durch die Grundversicherung wurde deshalb an verschiedene Bedingungen geknüpft.

Zu den Auflagen zählen u. a. die Etablierung kantonaler Impfprogramme und die Verpflichtung der Kantone zum zentralen Impfstoffeinkauf. Daneben haben die Kantone für die Information der Zielgruppen (inkl. Eltern) und der Öffentlichkeit zu sorgen, die Vollständigkeit der Impfung anzustreben sowie die Datenerhebung, Abrechnung und Finanzflüsse zu regeln.

Von grosser Bedeutung ist auch die Beschränkung der Kostenübernahme auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, nämlich Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren (bzw. Schulalter) und – für Nachholimpfungen bis am 31. Dezember 2012 – Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren.

3.3. Kantonales HPV-Impfprogramm

Unmittelbar nach der Veröffentlichung der Änderungen der KLV hat die Gesundheitsdirektion eine interne Gruppe gebildet, um die Auflagen für die Kassenzulässigkeit zu erfüllen und die Ausarbeitung eines kantonalen Impfprogramms in die Wege zu leiten. Diese Vorbereitungsgruppe wurde am 5. Dezember 2007 definitiv in die HPV-Arbeitsgruppe überführt, der heute unter dem Vorsitz des Kantonsarztes ein delegierter Vertreter der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug, der Leiter des Gesundheitsamtes, der fachtechnisch den gemeindlichen Schulärztinnen und Schulärzten vorgesetzte kantonale Schularzt sowie der Heilmittelsinspektor angehören. Sie befasst sich im engen Kontakt mit den anderen Kantonen und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) v. a. mit der Regelung der konkreten Datenerhebung, der Impfstoffbeschaffung und -verteilung sowie der Informationsorganisation.

Grundsätzlich werden für die HPV-Impfung die bestehenden Kanäle und Strukturen des Zuger Impfwesens genutzt, soweit dies aufgrund der bundesrechtlichen Vorschriften möglich ist. Es ist also nicht vorgesehen, die Impfungen zu zentralisieren und auf bestimmte Impfzentren zu konzentrieren; auch in den Schulen werden keine Reihenimpfungen eingeführt. Die HPV-Impfungen sollen wie die übrigen Impfungen grundsätzlich bei der gesamten impfenden Ärzteschaft erhältlich sein.

Im Gegensatz zu den übrigen Impfungen muss die Beschaffung des HPV-Impfstoffs sowie die Weitergabe an die Ärzteschaft durch den Kanton erfolgen, was erhebliche Kosten verursachen wird, da keine entsprechenden kantonalen Strukturen bestehen und eine Distribuentin oder ein Distribuent mit dieser völlig neuen Aufgabe betraut werden muss.

Für die Informationsaktivitäten wird gemeinsam mit den anderen Kantonen und dem BAG geeignetes Material entwickelt. Aus Zeitgründen entsteht für die Schnellinformation zunächst ein einfaches Mitteilungsblatt. Die vertiefte Information wird in wenigen Monaten mit einem umfassenderen Merkblatt und die ausführliche Aufklärung mit einer eigentlichen Broschüre sichergestellt. Diese Unterlagen sind vom Impfstoffhersteller unabhängig und werden in zahlreiche Fremdsprachen übersetzt.

Ziel der beschriebenen Aktivitäten ist es, auf den Beginn des kommenden Schuljahres die gesetzlich geforderten Rahmenbedingungen für ein kantonales Impfprogramm zu erfüllen und damit die Voraussetzungen für die Kostenübernahme der HPV-Impfung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu schaffen. Die seit 1. Januar 2008 erfolgten Impfungen werden rückwirkend erfasst und vergütet.

3.4. Kosten

Die Kosten für die eigentliche Impfung setzen sich aus dem Impfstoffpreis zuzüglich Mehrwertsteuer von 2.4 % und dem Preis für den Impfstoff zusammen. Pro Person sind diese Kosten mit drei zu multiplizieren, da zur vollständigen Immunisierung drei Impfdosen in definierten zeitlichen Abständen verabreicht werden müssen.

Die Preise für den Impfstoff und den Impfstoff hätten gemäss Bund für jeden Kanton individuell mit dem Impfstoffhersteller und dem Dachverband der Krankenversicherer santésuisse vereinbart werden müssen. Im Interesse eines schweizweit einheitlichen Impfstoffpreises haben die Kantone jedoch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) für die Verhandlungen mit dem Impfstoffhersteller mandatiert. Ebenso

haben die Ärztesgesellschaften ihren Dachverband – die Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) – für die Verhandlungen mit santésuisse über die Entschädigung für den Impfstoff mandatieren. Allerdings kam keine Vereinbarung zwischen der KKA und santésuisse zustande, da die GDK überraschend eigene Verhandlungen mit santésuisse aufgenommen hatte.

Am 19. März 2008 liess die GDK in einer Medienmitteilung verlauten, die Verhandlungen mit dem Impfstoffhersteller und mit santésuisse seien erfolgreich verlaufen. Man habe sich auf einen Pauschalbetrag von Fr. 159.-- pro Einzelimpfung (davon ca. Fr. 15.-- für den Impfstoff sowie Fr. 140.-- für den Impfstoff zuzüglich rund Fr. 4.-- Mehrwertsteuer) einigen können, d. h. gesamthaft Fr. 477.-- für drei Impfungen pro Person. Diese in der Zwischenzeit von der Vertragspartnerin und dem Vertragspartner unterzeichnete Regelung muss noch vom Bundesrat genehmigt werden. Danach müssen die einzelnen Kantone diesem Vertrag beitreten, wobei der Kanton Zug durch die Gesundheitsdirektion vertreten wird. Schliesslich werden zur Umsetzung dieses Vertrags von der Gesundheitsdirektion noch weitere Regelungen zwischen dem Kanton und der Ärzteschaft bzw. der Ärzte-Gesellschaft ausgearbeitet.

Im Kanton Zug ist für die ersten zwölf Monate ab Beginn des kantonalen Impfprogramms mit etwa 10'000 Impfungen zu rechnen (zwischen 5'000 und 6'000 in Frage kommende Impflinge multipliziert mit drei Einzelimpfungen und unter der Annahme einer 60 %-igen Impfbeteiligung). Dies bedeutet für den Kanton etwa Fr. 1'590'000.-- bei santésuisse rückforderbare Kosten, wobei die Rückvergütung durch die Krankenversicherer letztlich zu höheren Prämien führt (der Zeitpunkt der Überwälzung variiert je nach Krankenversicherer und Reservesituation). Somit resultieren auch Mehraufwendungen für die Prämienverbilligung von ca. Fr. 600'000.-- (bei einer Bezugsquote von rund 38 % im Bereich der Kinderprämie). Zwar beteiligt sich daran auch der Bund, doch ist die zeitliche Staffelung und der Umfang der entsprechenden Bundessubventionen nur schwer abzuschätzen. Schliesslich sind noch nicht rückforderbare finanzielle Aufwendungen für Administration, Datenerhebung, Datenauswertung, Impfstofflagerung, Impfstoffverteilung, Impfstoffverlust und Impfinformation in der Grössenordnung von mindestens ca. Fr. 50'000.-- zu erwarten.

In den Folgejahren ist bei gleicher gesetzlicher Ausgangslage und zutreffenden Annahmen zur Impfbeteiligung durchschnittlich noch mit rund 1'000 jährlichen Impfungen zu rechnen, da die Nachholimpfungen abgeschlossen sind und jeweils nur ein Jahrgang ins impffähige Alter eintritt. Wird die Zulassung bzw. Kassenpflicht des Impfstoffs auf weitere Altersgruppen ausgedehnt und werden auch Knaben und Männer eingeschlossen, so können diese Zahlen allerdings wieder in die Höhe schnellen.

4. Mammographie-Screening

4.1. Hintergrund

Im Kanton Zug sterben pro Jahr ca. 18 Frauen an Brustkrebs (Durchschnitt 1995 - 2005). Weil das Erkrankungsrisiko nur bedingt beeinflusst werden kann, kommt der Früherkennung ein hoher Stellenwert zu. Das wichtigste Instrument neben der Selbstuntersuchung ist dabei die Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie). Man unterscheidet folgende Formen:

- Diagnostische Mammographie: Mammographie bei Frauen mit Krankheitssymptomen oder einem erhöhten Krankheitsrisiko
- Organisiertes Mammographie-Screening: Programm zur systematischen Früherkennung von Brustkrebs bei Frauen einer bestimmten Altersgruppe
- Opportunistisches Mammographie-Screening: Individuelle Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs

In allen Fällen ist das Ziel der Untersuchung, eine Brustkrebserkrankung in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken und damit die Chancen für eine erfolgreiche Behandlung zu erhöhen.

Der Nutzen des Mammographie-Screenings wurde in der Wissenschaft lange intensiv und kontrovers diskutiert. Heute kann es als erwiesen gelten, dass durch ein systematisches Mammographie-Screening die Mortalität gesenkt werden kann. Im Rahmen von Studien wurde eine Verminderung der Brustkrebssterblichkeit um 25 % in der Zielbevölkerung gezeigt. Bei einer breiten Umsetzung organisierter Mammographie-Programme schwankt die tatsächlich zu erzielende Reduktion indessen meist zwischen 5 und 20 % – je nach Akzeptanz des Programms, Qualitätsniveau, Behandlungsstandard, Rate der opportunistischen Mammographien usw. Bei optimalen Bedingungen könnten gemäss Berechnungen der Krebsliga in der Schweiz 120 - 150 Todesfälle pro Jahr vermieden werden (d. h. ca. zwei Todesfälle im Kanton Zug). Aus Sicht der teilnehmenden Frauen nimmt die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zehn Jahren an Brustkrebs zu sterben, von 0.36 % auf 0.29 % ab.

Diesem Nutzen des Mammographie-Screenings stehen die unerwünschten Wirkungen gegenüber. Dazu zählt das Problem, dass eine erhebliche Zahl falsch-positiver Resultate generiert wird (verdächtiger Befund, obwohl keine Erkrankung vorliegt). Dann sind weitere Abklärungen notwendig (diagnostische Mammographie, Ultraschalluntersuchung, MRI, Nadelbiopsie), wobei die psychische Belastung der betroffenen Frau und ihres Umfeldes während der Unsicherheitsperiode sehr gross sein kann.

Ein weiterer unerwünschter Effekt ist die "Überdiagnose". Damit ist gemeint, dass bei einer Frau ein Brustkrebs-Tumor festgestellt wird, der ohne Screening gar nie entdeckt worden wäre, weil die Krankheit nicht zu Beschwerden geführt hätte bzw. die Frau vorher an einer anderen Ursache gestorben wäre. Entsprechend wären ihr die Ängste und Behandlungen als Folge der Diagnose erspart geblieben.

Schliesslich sind noch die falsch-negativen Resultate zu erwähnen (unauffälliger Befund, obwohl eine Erkrankung besteht; d. h. der Brustkrebs wird "übersehen"). In diesen Fällen wird den Frauen eine falsche Sicherheit vermittelt.

Diese unerwünschten Wirkungen treten natürlich nicht nur bei Screening-Programmen auf, sondern bei allen Mammographien. Sie sind aber beim systematischen Screening wegen der grossen Anzahl Teilnehmerinnen zahlenmässig bedeutsamer. Deshalb werden an die Screening-Programme sehr hohe Qualitätsanforderungen gestellt.

4.2. Mammographie-Screening in der Schweiz

4.2.1 Verbreitung und Rahmenbedingungen

Die Anfänge des organisierten Mammographie-Screenings in der Schweiz gehen auf das Jahr 1993 zurück, als drei Waadtländer Regionen ein entsprechendes Pilotprojekt initiierten. 1997 erfolgte die Aufnahme in den Leistungskatalog der Grundversicherung, allerdings befristet auf 10 Jahre. 2007 wurde die Leistungspflicht nochmals um zwei Jahre bis Ende 2009 verlängert (Art. 12e Bst. c KLV).

Seit 1999 haben die Kantone Genf, Waadt und Wallis je ein eigenes Screening-Programm. Im Jahr 2004 bzw. 2005 kamen die Kantone Freiburg und Jura dazu und 2007 schliesslich der Kanton Neuenburg. In diesen Kantonen werden alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre zu einer Mammographie eingeladen. Die Frauen entscheiden selber, ob sie der Einladung folgen wollen oder nicht. Ältere Frauen werden zwar nicht mehr eingeladen, können sich aber selber anmelden.

Als erster Deutschschweizer Kanton wird voraussichtlich St. Gallen 2009 ein Mammographie-Screening-Programm einführen. Eine entsprechende Botschaft hat die Regierung am 29. Januar 2008 dem Kantonsrat vorgelegt. Dagegen hat sich der Zürcher Regierungsrat am 30. Januar 2008 in einer Postulatsantwort gegenüber einem eigenen Mammographie-Screening-Programm eher skeptisch geäussert.

In den Kantonen ohne Screening-Programm ist die Brustkrebs-Früherkennung nicht systematisiert. Die Initiative muss von der an einer Mammographie interessierten Frau selbst ausgehen (allenfalls auf Anregung ihrer Ärztin oder ihres Arztes). Dabei besteht das Problem der sozialen Ungleichheit, weil erfahrungsgemäss besser gestellte und gut informierte Frauen häufiger von der Möglichkeit des opportunistischen Mammographie-Screenings Gebrauch machen als Frauen aus sozial tieferen Schichten.

4.2.2 Qualität

Für Mammographie-Screening-Programme gelten hohe Qualitätsanforderungen (Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie; SR 832.102.4). Insbesondere gilt der Grundsatz, dass die Lesung einer Mammographie durch zwei voneinander unabhängige Radiologinnen oder Radiologen erfolgen muss. Stimmen die Beurteilungen nicht überein, erfolgt eine Drittläsung durch eine besonders erfahrene Radiologin oder einen besonders erfahrenen Radiologen. Ebenso gibt es Mindestvorgaben für die Anzahl Mammographie-Lesungen pro Jahr für die Zweit- und Drittläsenden (5'000 Mammographien pro Jahr). Für die Erstläsenden können 1'500 Mammographien pro Jahr als Richtwert gelten.

Das opportunistische Screening unterliegt hingegen keiner einheitlichen und systematischen Qualitätssicherung. Dafür wird es häufig mit anderen Methoden kombiniert (klinische Untersuchung; Ultraschall). Insofern sind Qualitätsvergleiche schwierig.

4.2.3 Kosten

Im Rahmen der aktuellen Screening-Programme in der Schweiz betragen die Kosten pro Teilnehmerin und Intervall (2 Jahre) zwischen Fr. 195.-- (Kanton Wallis) und Fr. 365.-- (Kanton

Genf). Davon übernehmen die Krankenversicherer Fr. 110.-- bis Fr. 200.-- für die Röntgenuntersuchung und Befundung. Die allgemeinen Kosten für das Programm müssen dagegen von den Kantonen oder anderen Kostenträgern (Spenden, Legate) finanziert werden. Der Gemeinkostenanteil beträgt zurzeit 30 - 45 %. Mit höheren Teilnahmequoten sollte dieser Wert auf 25 % sinken. Die folgende Tabelle zeigt die Kosten der Screening-Programme im Detail:

Tabelle 1 Kosten der Screeningprogramme in den Kantonen Waadt, Wallis, Genf und Freiburg.						
Kanton	Screeningrunde	Teilnahmerate	Preis pro Mammogramm*	Gesamtkosten* Mammographien und Organisation einer Screeningrunde (2 Jahre)	Ungefähre Kosten pro Teilnehmerin*	Ungefähre Kosten pro Teilnehmerin bei einer Teilnahmerate von 70%*
Waadt	3.	31 975 (48,8%)	140	6 350 656	200	180
Wallis	3.	18 173 (61,5%)	110**	3 536 500	195	186
Genf	3.	12 083 (30,1%)	200	4 416 600	365	278
Freiburg	1.	8 526 (32,6%)	143	1 895 740	222	190

* alle Preise in Schweizer Franken, abgerechnet über die Krankenversicherer (Stand 2005);
** Durchschnittswert der Kosten von Mammographien in öffentlichen und privaten Institutionen.

Quelle: de Wolf C.: Brustkrebsscreening in der Schweiz; Schweizerische Ärztezeitung 2007;88: 13

Die Kosten für das opportunistische Screening lassen sich weniger genau beziffern. Einerseits werden diese Untersuchungen oft als diagnostische Mammographien deklariert, andererseits erfolgen sie häufig kombiniert mit einer Ultraschalluntersuchung. Gemäss einer Studie der Krebsliga ist das opportunistische Screening unter Einschluss sämtlicher Kosten gemessen an den potentiell gewonnenen Lebensjahren in der Schweiz rund doppelt so teuer wie das Screening im Rahmen eines qualitätskontrollierten Programms. Die teuerste Variante ist jedoch eine Kombination der beiden Systeme, wenn diese zu gleichen Teilen genutzt werden.

Für die Teilnehmerinnen fallen folgende Kosten an: Bei einer Mammographie im Rahmen eines Screening-Programms beträgt der Selbstbehalt je nach Kanton zwischen 0 und 15 Franken. Die Franchise entfällt. Beim opportunistischen Screening werden die Kosten hingegen von der Krankenversicherung grundsätzlich nicht gedeckt. Die Praxis der Krankenkassen ist aber nicht einheitlich. Wie erwähnt werden die Untersuchungen auch oft als diagnostische Mammographien abgerechnet. Dann muss die Patientin den regulären Selbstbehalt und die Franchise übernehmen.

4.3. Mammographie-Screening im Kanton Zug

Wie in allen Deutschschweizer Kantonen besteht bisher im Kanton Zug kein Mammographie-Screening-Programm. Zum opportunistischen Screening gibt es naturgemäss keine detaillierten Zahlen. In der Gesundheitsbefragung 2002 haben rund 50 % der über 50-jährigen Zugerinnen angegeben, schon einmal eine Mammographie gemacht zu haben. Dieser Wert liegt gleichauf mit Zürich oder Bern.

Durch ein organisiertes Mammographie-Screening könnten im Kanton Zug unter optimalen Bedingungen über zehn Jahre knapp 20 Todesfälle vermieden werden. Andererseits würden im gleichen Zeitraum rund 1'500 Zugerinnen mit einem falsch-positiven Resultat konfrontiert (bei einer Teilnahmerate von 70 %). Die Vor- und Nachteile müssen daher sorgfältig abgewogen werden.

Die Gesundheitsdirektion hat aus diesem Grund eine Kurzumfrage bei der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug, bei der Krebsliga Zug und bei santésuisse (Geschäftsstelle Zentralschweiz) durchgeführt, um das Bild zu vervollständigen. Die Stellungnahmen sind wie folgt:

- Für die Zuger Gynäkologinnen und Gynäkologen stimmt die aktuelle Situation mit dem opportunistischen Screening. Die gynäkologisch-tätigen Allgemeinmediziner sehen hingegen Handlungsbedarf, da heute nicht alle Frauen Zugang zur Mammographie haben oder diese unter Umständen von den Krankenkassen nicht bezahlt wird. Die Radiologen weisen darauf hin, dass die erforderlichen Fallzahlen gemäss den geltenden Qualitätsstandards mit einem separaten Screening-Programm für den Kanton Zug nicht erreicht werden könnten. Überdies betont die Ärzte-Gesellschaft, dass zwischen der rein apparativen Untersuchung mittels Mammographie und einem ganzheitlichen Konzept der Früherkennung von Brustkrebs unterschieden werden muss. Schliesslich wird die Befürchtung geäussert, dass ein Screening-Programm einen "riesigen administrativen Aufwand, verbunden mit entsprechenden Kosten" bringen würde.
- Die Krebsliga setzt sich dafür ein, dass alle in der Schweiz wohnhaften Frauen Zugang zu Mammographie-Screening-Programmen haben, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft oder finanziellen Lage. Weil die Kompetenz zur Einführung solcher Programme gemäss der heutigen Rechtslage allein bei den Kantonen liege, bestehe Handlungsbedarf für den Kanton Zug. Die Krebsliga weist aber darauf hin, dass es zu Umsetzungsproblemen kommen kann, wenn die Zielpopulation zu wenig gross ist. Hier sei die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen anzustreben.
- santésuisse steht dem Mammographie-Screening ebenfalls positiv gegenüber. Damit die qualitativen Anforderungen erreicht und Kosten gespart werden können, empfiehlt santésuisse eine enge Zusammenarbeit mit den Kantonen Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz und Uri. Die Modalitäten der Kostenübernahme seien vertraglich zu regeln. Grundsätzlich würden die Krankenversicherer maximal die Kosten für die eigentliche Screening-Mammographie tragen, während die übrigen Kosten des Programms zu Lasten der Kantone gehen.

Es zeigt sich unter den Befragten somit ein zustimmender Trend für das Mammographie-Screening, doch wiegen die Vorbehalte der Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie den Radiologinnen und Radiologen schwer, denn als Fachpersonen spielen sie bei der Beratung und Behandlung eine zentrale Rolle. Ohne ihre Unterstützung ist die Akzeptanz und der Erfolg eines Screening-Programms erheblich gefährdet, denn gemäss europäischen Richtlinien sollte eine Teilnahmerate von mindestens 70 % erreicht werden.

Ebenso bedeutsam ist die Tatsache, dass die Zielbevölkerung im Kanton Zug mit rund 12'000 Frauen zwischen dem 50. und 69. Altersjahr für ein eigenständiges Programm zu klein ist. Denn wenn man davon ausgeht, dass rund 10 % nicht teilnehmen sollten (insb. Frauen, bei denen eine diagnostische Mammographie indiziert ist) und alle zwei Jahre eine Untersuchung erfolgt, ergibt dies bei einer Teilnahmerate von 30 % nur 1'600 Mammographien pro Jahr, bei 50 % 2'700 Mammographien und bei 70 % 3'800 Mammographien pro Jahr.

Um die erforderlichen Qualitätsstandards zu erreichen, müsste daher die Erstlesung bei einer bzw. maximal zwei Personen konzentriert werden und die Zweit- sowie eine allfällige Drittleistung ausserkantonale erfolgen (was allerdings im Zeitalter der Telemedizin kein Hinderungsgrund ist).

Schliesslich ist zu beachten, dass bei einem kantonseigenen Programm die relativ kleine Anzahl Mammographien in keinem Verhältnis zum erforderlichen Überbau stehen würde (Organisation, Administration, Aufgebot, Qualitätssicherung und Schulung).

Falls sich der Kanton Zug für ein systematisches Mammographie-Screening entscheidet, gibt es folglich nur zwei sinnvolle Vorgehensweisen: Mitwirkung beim Aufbau eines regionalen Programms oder Anschluss an ein bestehendes Programm.

4.4. Schlussfolgerungen

Das Mammographie-Screening ist und bleibt auf absehbare Zeit ein kontroverses Thema. Namentlich das Verhältnis zwischen Nutzen und unerwünschten Wirkungen bildet ein sehr empfindliches Gleichgewicht. Je nach Bewertung der einzelnen Faktoren kommt man zu unterschiedlichen Schlüssen. Deshalb besteht unter den Fachleuten und Kantonen bisher kein Konsens über eine einheitliche Strategie in diesem Bereich. Vielmehr hat sich in der Westschweiz und in der Deutschschweiz eine ganz unterschiedliche Praxis entwickelt, obwohl diese Differenzen in jüngster Zeit durch die Unterstützung des Mammographie-Screenings in der Ostschweiz etwas relativiert werden.

Der Regierungsrat erachtet diesen Zustand im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als problematisch. Sofern eine Leistung in der KLV vorgesehen ist, soll sie der Bevölkerung grundsätzlich zur Verfügung stehen, selbst wenn damit das Erfordernis eines kantonalen Programms verbunden ist wie im Fall der HPV-Impfung oder des Mammographie-Screenings. Umgekehrt wäre es nicht statthaft, ausgeschlossene Leistungen der Grundversicherung durch die Kantone übernehmen zu lassen.

Während bei der HPV-Impfung die Ausgangslage klar ist, stellt sich beim Mammographie-Screening das Problem, dass die Leistungspflicht bis am 31. Dezember 2009 befristet ist. Ein Grundsatzentscheid des Bundes in dieser Angelegenheit steht somit immer noch aus. Insofern bieten die heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen keine nachhaltige Grundlage für den Aufbau eines Mammographie-Screenings. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass sich die Situation bis Ende 2009 klärt.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zug wird diese Zeit nutzen, um die nötigen Vorabklärungen für den Fall eines positiven Entscheids zu tätigen. Zum einen erfordert dies Kontakte mit den Nachbarkantonen über entsprechende Kooperationsmöglichkeiten. Und zum andern gilt es, mit der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eine vertiefte Diskussion über die Rahmenbedingungen eines Mammographie-Screenings zu führen, wobei insbesondere auch den Bedenken der Gynäkologinnen und Gynäkologen und Radiologinnen und Radiologen Rechnung zu tragen ist. Damit soll erreicht werden, dass für den Zeitpunkt eines definitiven Entscheids über die Kassenpflicht des Mammographie-Screenings eine klare Ausgangslage besteht und schnell agiert werden kann.

5. Antrag

Wir beantragen Ihnen, das Postulat im Sinne unserer Ausführungen teilweise erheblich zu erklären (HPV-Impfungen vollständig erheblich und Mammographie-Screening nicht erheblich zu erklären) und als erledigt abzuschreiben.

Zug, 27. Mai 2008

Mit vorzüglicher Hochachtung
Regierungsrat des Kantons Zug

Der Landammann: Joachim Eder

Der Landschreiber: Tino Jorio