



Motion von Luzian Franzini, Klemens Iten, Anna Bieri, Ronahi Yener und Carina Brüngger zur Schaffung von Krebsvorsorge-Programmen im Kanton Zug

Bericht und Antrag des Regierungsrats
vom 13. Januar 2026

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Luzian Franzini, Klemens Iten, Anna Bieri, Ronahi Yener und Carina Brüngger haben am 14. Januar 2025 eine Motion zur Schaffung von Krebsvorsorge-Programmen im Kanton Zug eingereicht (Vorlage Nr. 3858.1 - 17988), welche der Kantonsrat am 30. Januar 2025 an den Regierungsrat zum Bericht und Antrag überwiesen hat. Wir unterbreiten Ihnen dazu den nachfolgenden Bericht.

Unsere Ausführungen gliedern wir wie folgt:

1. In Kürze	1
2. Ausgangslage	2
3. Beurteilung des Motionsanliegens	7
4. Finanzielle Auswirkungen	8
5. Antrag	9

1. In Kürze

Während der medizinische Nutzen des Dickdarmkrebs-Screenings heute weitgehend unbestritten ist, beurteilen die Fachleute das Brustkrebs-Screening weiterhin unterschiedlich. In einem ersten Schritt soll ein Dickdarmkrebs-Screening-Programm in der Form des zuverlässigen, einfach handhabbaren und ressourcenschonend umsetzbaren Blut-im-Stuhl-Tests FIT kombiniert mit Dickdarmspiegelungen bei positiven Stuhlproben eingeführt werden. Damit lassen sich eigene Erfahrungen mit Screening-Programmen in der Praxis sammeln. Wie die Erfahrungen anderer Kantone zeigen, ist die zeitgleiche Einführung des Brustkrebs-Screenings aus Ressourcengründen kaum umsetzbar. Entsprechend soll der Entscheid über die Einführung eines organisierten Brustkrebs-Screenings in einem zweiten Schritt gefällt werden. Der Regierungsrat wird dem Kantonsrat innert zwei Jahren nach Start des Dickdarmkrebs-Screening-Programms über die mit dem Dickdarmkrebs-Screening gemachten Erfahrungen Bericht erstatten und dabei auch die Einführung eines organisierten Mammografie-Screenings erneut prüfen. Da die gesetzliche Grundlage zur Umsetzung des Motionsanliegens bereits vorliegt (§ 45 Abs. 2 Gesundheitsgesetz), beantragt der Regierungsrat die Umwandlung der Motion in ein Postulat.

2. Ausgangslage

2.1. Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Bereich Darm- und Brustkrebsvorsorge

Gemäss Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Welche Leistungen konkret darunterfallen, wird in den Art. 25 bis 31 KVG weiter spezifiziert. Gemäss Art. 25 Abs. 2 Bst. a Ziffer 1 KVG sind das u.a. Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant oder stationär von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden. Folglich werden in Fällen, bei denen ein Verdacht auf eine Krebserkrankung vorliegt, die erforderlichen weiteren Abklärungen und die allfällig erforderliche Behandlung durch die OKP abgedeckt. Bei den Patientinnen und Patienten verbleiben die Kosten im Rahmen der jeweiligen Franchise sowie des Selbstbehalts von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten bis zum Höchstbetrag von 700 Franken pro Jahr (Art. 64 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 103 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Anders sieht es aus, wenn Leistungen präventiv in Anspruch genommen werden – ohne dass eine Verdachtsdiagnose oder ein konkreter Anlass zur Untersuchung resp. Abklärung besteht. In diesem Fall übernimmt die OKP nur diejenigen Leistungen, die in der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV [SR 831.112.31]) aufgelistet sind.

In vorstehendem Sinn führt die KLV in Art. 12d zunächst Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten *Risikogruppen* auf, die von der OKP übernommen werden. Dies sind z.B.:

- Bei Personen mit familiärer Vorbelastung im Bereich Dickdarmkrebs: Koloskopie (Spiegelung des Dickdarms) bei Personen, bei denen im ersten Verwandtschaftsgrad (Eltern und ihre Kinder sowie Geschwister) bei mindestens drei Personen oder bei einer Person unter dem 30. Altersjahr Dickdarmkrebs diagnostiziert wurde (Art. 12d Abs. 1 Bst. b KLV). Die Durchführung einer Dickdarmspiegelung kostet unter Tardoc circa 500 Franken (inkl. aller ärztlicher Leistungen wie Konsultation, Vor- und Nachbereitungszeit, Wechselzeit und Material). Die Patientin oder der Patient beteiligt sich an den Kosten im Rahmen der Franchise und des Selbstbehalts (siehe oben).
- Bei Personen mit familiärer Vorbelastung im Bereich Brustkrebs: Digitale Mammografie bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiärem Brustkrebsrisiko oder mit vergleichbarem individuellem Risiko (Art. 12d Abs. 1 Bst. d KLV). Die Durchführung einer Mammografie kostet unter Tardoc zwischen 160 und 230 Franken (je nachdem, ob eine 2D-Mammografie oder eine 3D-Tomosynthese durchgeführt wird). Die Patientin beteiligt sich an den Kosten im Rahmen der Franchise und des Selbstbehalts (siehe oben).

Darüber hinaus übernimmt die OKP gemäss Art. 12e KLV auch die Kosten für gewisse Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der *allgemeinen Bevölkerung*. Dies sind z.B.:

- Zur Früherkennung von Dickdarmkrebs bei Personen im Alter von 50 bis 74 Jahren: Laboranalyse auf okkultes (von blossen Auge nicht sichtbares) Blut im Stuhl alle 2 Jahre sowie Dickdarmspiegelung bei positivem Befund der Stuhlprobe oder Dickdarmspiegelung alle 10 Jahre (Art. 12e Bst. d KLV). Die Laboranalyse einer Stuhlprobe kostet circa 20 Franken. Die Patientin oder der Patient beteiligt sich an den Kosten im Rahmen der Franchise und des Selbstbehalts (siehe oben).

- Zur Früherkennung von Dickdarmkrebs bei Personen im Alter von 50 bis 74 Jahren im Rahmen eines organisierten Dickdarmkrebs-Screenings: Gleiche Untersuchungsmethoden wie beim vorstehenden Punkt. Auf der Leistung wird aber keine Franchise erhoben (Art. 12e Bst. d KLV). D.h. die teilnehmenden Personen bezahlen nur den Selbstbehalt von 10 Prozent bzw. gar nichts, sofern der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts von 700 Franken bereits überschritten ist. Bei Dickdarmkrebscreening innerhalb eines kantonalen Programms werden zwischen den Tarifparteien Pauschalen vereinbart, welche alle Leistungen der involvierten Leistungserbringer abdecken sollen. Die Pauschalen unter der neuen Tarifstruktur Tardoc ab 1. Januar 2026 sind noch nicht abschliessend verhandelt.
- Zur Früherkennung von Brustkrebs bei Frauen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr im Rahmen eines Programms: Screening-Mammografie alle zwei Jahre. Auf der Leistung wird keine Franchise erhoben (Art. 12e Bst. c KLV). D.h. die teilnehmenden Frauen bezahlen auch hier nur den Selbstbehalt von 10 Prozent. Auch beim Brustkrebscreening müssen ab 1. Januar 2026 neue Tarife verhandelt und vereinbart werden.

Von der OKP nicht übernommen und von den Patientinnen und Patienten selbst zu zahlen sind folgende Vorsorgeuntersuchungen:

- Von Personen ohne familiäre Vorbelastung vor Vollendung des 49. Altersjahrs selbst veranlasste individuelle Vorsorgeuntersuchungen (Stuhlprobe und Dickdarmspiegelung) zur Früherkennung von Dickdarmkrebs.
- Von Patientinnen ohne familiäre Vorbelastung selbst veranlasste, individuelle Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs (ausserhalb eines organisierten Screenings).

2.2. Fachliche Beurteilung von Screening-Programmen

Krebsscreening-Programme sind organisierte Programme, bei denen eine bestimmte Bevölkerungsgruppe eingeladen wird, sich regelmässig auf bestimmte Krebsarten mit bestimmten Verfahren untersuchen zu lassen, bevor konkrete Symptome Anlass zu Abklärung geben. Sie dienen dazu, asymptomatische Krebserkrankungen frühzeitig zu erkennen, was in der Regel eine schonendere Behandlung ermöglicht und die Heilungschancen verbessert.

2.2.1. Dickdarmkrebs-Screening

Dickdarmkrebs gehört zu den wenigen Krebsarten, bei denen sich zuverlässig bereits Krebsvorstufen identifizieren und entfernen lassen. Zudem wachsen Dickdarmtumore in der Regel sehr langsam und lassen sich, allerdings abhängig von ihrer genauen Lokalisation, zumeist früh erkennen. Trotzdem ist Dickdarmkrebs in der Schweiz eine der häufigsten Krebsarten. Etwa 4'500 Menschen erkranken jährlich daran, rund 1'600 Personen sterben an den Folgen von Dickdarmkrebs.

Wie unter 2.1. bereits ausgeführt, gibt es zwei Formen des Dickdarmkrebs-Screenings, den Blut-im-Stuhl-Test und die Dickdarmspiegelung (Koloskopie).

Der Blut-im-Stuhl-Test basiert darauf, dass im Dickdarm zahlreiche feine und empfindliche, normalerweise geschützte Blutgefässe vorhanden sind. Veränderungen der Darmschleimhaut wie Wucherungen der Schleimhaut, ulzeröse Defekte und Tumore machen sich früh durch Blut im Stuhl bemerkbar, welches von blossen Auge nicht sichtbar ist (okkultes Blut). Heute gelangt in der Schweiz der immunochemische Test FIT zur Anwendung. Dieser unterscheidet sich vom traditionell verwendeten Hämoccult-Test dadurch, dass er gezielt nach menschlichem Hämoglobin im Stuhl sucht (und damit nicht durch Nahrungsmittel wie z.B. rotes Fleisch beeinflusst werden kann) und dass er eine Einschätzung der Menge an Blut im Stuhl erlaubt. Zudem reicht

eine einzige Probe aus, während mit dem Hämoccult-Test drei separate Stuhlproben erforderlich sind. Wird bei einem Blut-im-Stuhl-Test Blut gefunden, kann dies – unabhängig vom angewendeten Testverfahren – unterschiedliche Ursachen haben. In solchen Fällen wird daher eine nachfolgende Dickdarmspiegelung empfohlen, um die genaue Ursache für die Blutung abzuklären. Ist der Blut-im-Stuhl Test unauffällig, sind keine weiteren Untersuchungen erforderlich. Der Test sollte alle zwei Jahren wiederholt werden. Die Stuhlproben werden zu Hause von den Personen selbst entnommen und an ein entsprechend eingerichtetes Labor gesendet.

Bei der Dickdarmspiegelung wird das Innere des Dickdarms mit einer kleinen, auf einem biegsamen Schlauch befestigten Kamera untersucht. Dadurch können Dickdarmpolypen oder andere tumoröse Veränderungen mit sehr hoher Sicherheit entdeckt werden. Werden dabei Vorstufen einer krebsigen Entartung entdeckt, können diese in der Regel unmittelbar im Rahmen der Untersuchung entfernt werden, falls es sich um Polypen handelt. Durch die Entfernung von gutartigen Polypen kann das Auftreten eines späteren Dickdarmkrebses verhindert werden. Werden keine Polypen entdeckt, wird eine erneute Dickdarmspiegelung nach zehn Jahren empfohlen. Die Koloskopie bedeutet aber einen grossen Aufwand hinsichtlich Vorbereitung und Durchführung und birgt auch ein gewisses Komplikationsrisiko. Die Dickdarmspiegelungen werden durch Gastroenterologinnen und Gastroenterologen durchgeführt, so dass bei dieser Form des Screenings sichergestellt werden muss, dass ausreichend Fachärztinnen und -ärzte zur Verfügung stehen und dass diese bereit sind, im Rahmen eines Programms tätig zu werden. Der moderne, immunologische Nachweis von Blut im Stuhl FIT ist sensitiv und führt zu verlässlichen Resultaten. Entscheidend ist, dass ein positiver Stuhltest zeitnah (mittels Koloskopie) abgeklärt wird und dass der Test regelmässig wiederholt wird. Ein einmal negativer, das heisst unauffälliger Test, heisst nicht, dass sich im weiteren Verlauf kein Krebs mehr entwickeln wird. Im Rahmen eines kantonalen Vorsorgeprogramms werden die teilnehmenden Personen an die rechtzeitige Wiederholung des Tests erinnert.

In einer grossen Kohortenstudie aus Norditalien¹ war die Inzidenz des Kolonkarzinoms bei den Teilnehmenden in einem FIT-Screening-Programm verglichen mit Personen, welche an keinem Programm teilnahmen, nach zehn Jahren 31 Prozent tiefer und die karzinombezogene Mortalität sogar gut 60 Prozent tiefer. Diese Resultate, die mit den Ergebnissen verschiedener Koloskopie-Studien durchaus vergleichbar sind, belegen, dass es sich beim Blut-im-Stuhl-Verfahren um eine bewährte, effiziente Methode handelt. In der Schweiz bieten die Kantone Wallis, Tessin, Neuenburg und Jura das Dickdarmkrebs-Screening in Form des Blut-im-Stuhl-Verfahrens an. Für dieses Verfahren sprechen nicht nur die im Vergleich zur Dickdarmspiegelung deutlich tieferen Kosten zulasten der OKP. Es ist auch viel einfacher umsetzbar, indem deutlich weniger Gastroenterologinnen und Gastroenterologen für die Mitwirkung im Programm gewonnen werden müssen. Zwar braucht es, wie bereits erwähnt, bei positiven Blut-im-Stuhl-Proben zeitnah ebenfalls eine Dickdarmspiegelung, um eine krankhafte Veränderung der Dickdarmschleimhaut ausschliessen zu können. Es braucht aber deutlich weniger spezialärztliche Ressourcen als bei einem auf Dickdarmspiegelungen basierenden Screening. Zudem ist das Screening mittels Stuhltest wesentlich weniger belastend für die testenden Personen, womit auch die Akzeptanz erhöht sein dürfte.

¹ Effects of Attendance to an Organized Fecal Immunochemical Test Screening Program on the Risk of Colorectal Cancer: An Observational Cohort Study – PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35144023/>)

2.2.2. Mammografie-Screening

In der Schweiz erkranken pro Jahr rund 6'800 Frauen an Brustkrebs und rund 1'400 Frauen sterben pro Jahr an dieser Erkrankung. Das Brustkrebscreening wird von den Fachleuten unterschiedlich beurteilt. In einem Bericht vom 15. Dezember 2013 ist das Swiss Medical Board (SMB) nach eingehender Analyse zum Schluss gekommen, dass die Einführung von systematischen Mammografie-Screening-Programmen nach aktuellem Wissensstand nicht empfohlen werden könne (Bericht SMB https://www.swissmedicalboard.ch/fileadmin/public/news/2013/bericht_smb_mammographie_screening_lang_2013.pdf). SMB war ein führendes Schweizer Kompetenzzentrum für Health Technology Assessment mit breit abgestützter Trägerschaft [u.a. die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und zwei grosse Patientenorganisationen]. Als «Health Technology Assessment» (HTA) bezeichnet man die systematische Untersuchung von Eigenschaften, Wirkungen und/oder Folgen medizinischer Technologien und Interventionen. Das SMB analysierte und beurteilte präventive und diagnostische Verfahren sowie therapeutische Interventionen aus Sicht der Medizin, der Ökonomie, der Ethik und des Rechts. Darauf basierend entstanden Empfehlungen zuhanden der politischen Entscheidungsträger, medizinischer Fachpersonen und weiterer Leistungserbringer. Das SMB hat 2022 seinen Betrieb eingestellt. An dessen Stelle betreibt heute das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein analoges Health-Technology-Assessment-Programm (Sektion HTA), dessen Hauptfokus die Überprüfung von Leistungen ist, die möglicherweise die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) gemäss Art. 32 KVG nicht erfüllen. Die Gesundheitsdirektion hat mit Eingabe vom 21. November 2024 bei der Sektion HTA des BAG angeregt, dass diese prüfe, ob die Vorbehalte des SMB (insbesondere die hohe Rate an falsch positiven Mammografien) vor dem Hintergrund der seit 2013 erzielten Fortschritte in der Medizin noch zutreffen. Diese Eingabe wurde seitens der Sektion HTA am 16. Juni 2025 wie folgt beantwortet: «Nach einer internen kurzen Recherche gibt es aus wissenschaftlicher Sicht keine Anhaltspunkte für wesentliche neue Evidenz, die als Basis für ein weiteres HTA dienen oder neue Erkenntnisse liefern könnte. Auch die kürzlich publizierten internationalen HTA-Berichte basieren, was die Wirksamkeit angeht, auf den gleichen randomisierten Studien aus den 1960er bis 1990er Jahren (siehe z.B. Screening for breast cancer: a systematic review update to inform the Canadian Task Force on Preventive Health Care guideline | Systematic Reviews | Full Text: <https://systematicreviewjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-024-02700-3>). Neue qualitativ hochstehende Evidenz ist nicht absehbar. Die neueren HTAs inkludieren Daten aus Registern und Daten der Routineversorgung (sogenannte Real-World-Data, RWD), um spezifische Fragen zur Risikostratifizierung oder zur Anpassung der Altersgrenzen zu beantworten. Die von Ihnen eingereichte Fragestellung würde jedoch weder von letzteren noch von den erwähnten älteren Studien beantwortet. Aus diesen Gründen entscheidet sich das BAG gegen die Durchführung eines HTA.» Aus diesen Ausführungen muss geschlossen werden, dass aus Sicht der Sektion HTA des BAG der negative Befund des SMB aus dem Jahr 2013 nach wie vor Gültigkeit hat.

Der Bericht des SMB attestiert dem Mammografie-Screening aber durchaus gewisse positive Auswirkungen, indem dieses dazu beitragen kann, dass Tumore in einem früheren Stadium entdeckt werden. Weiter hält das SMB fest, dass die Sterblichkeit an Brustkrebs sich mittels Screening geringfügig senken lässt. Es verweist auf Studien, die belegen, dass von 1'000 Frauen mit regelmässigem Screening 1 bis 2 Frauen weniger an Brustkrebs sterben als bei 1'000 Frauen ohne regelmässiges Screening. Aus der individuellen Sicht dieser Frauen ist der persönliche Nutzen des Screenings zu bejahen. Dieser erwünschten individuellen Wirkung sind aber die unerwünschten Wirkungen aus einer Populationsbetrachtung gegenüberzustellen. So kommt es bei rund 100 von 1'000 Frauen mit Screening zu fragwürdigen Befunden, die zu weiteren Abklärungen und zum Teil zu unnötigen Behandlungen führen (siehe Bericht SMB,

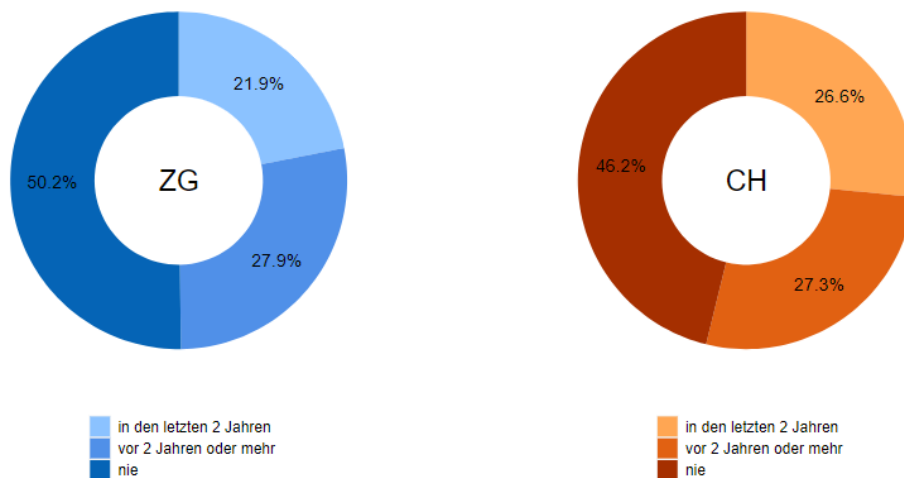
https://www.swissmedicalboard.ch/fileadmin/public/news/2013/bericht_smb_mammographie_screening_lang_2013.pdf, Kurzfassung, Seite I). Zudem können durch die ungezielte Mammografie schon kleinste tumorartige Veränderungen gefunden werden, die unbehandelt nicht alle tatsächlich zu gesundheitlichen Problemen führen (Überdiagnosen). Da sich zum Zeitpunkt der mammografischen Darstellung der weitere Verlauf des Befundes nicht voraussagen lässt, wird den Frauen tendenziell eine rückblickend nicht erforderliche Behandlung empfohlen. Im Bericht des SMB wird der Anteil der Überdiagnosen unter Hinweise auf entsprechende Studien auf bis zu 10 Prozent geschätzt (siehe Bericht SMB, https://www.swissmedicalboard.ch/fileadmin/public/news/2013/bericht_smb_mammographie_screening_lang_2013.pdf, Seite 23). All dies führt nicht nur zu einer erheblichen psychischen und physischen Belastung dieser Frauen, sondern auch zu einem ungünstigen Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis.

Aus diesen Gründen kam das SMB zu folgenden Empfehlungen:

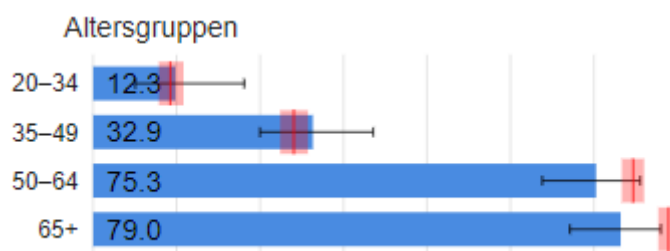
1. Es wird nicht empfohlen, systematische Mammografie-Screening-Programme einzuführen.
2. Die bestehenden systematischen Mammografie-Screening-Programme sind zu befristen.
3. Alle Formen des Mammografie-Screenings sind bezüglich Qualität zu evaluieren.
4. Ebenfalls werden bei allen Formen des Mammografie-Screenings eine vorgängige gründliche ärztliche Abklärung und eine verständliche Aufklärung mit Darstellung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen empfohlen.

Obwohl der Kanton Zug bisher über kein Mammografie-Screening-Programm verfügt, werden auch im Kanton Zug Mammografien durchgeführt. Gemäss dem aktuellen, auf der Gesundheitsbefragung 2022 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) beruhenden Gesundheitsreport Kanton Zug ([obsan_13_2024_bericht_zg.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-08/obsan_13_2024_bericht_zg.pdf), https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-08/obsan_13_2024_bericht_zg.pdf) haben im Kanton 50,2 Prozent aller Frauen noch nie eine Mammografie durchführen lassen. Bei 27,9 Prozent liegt die letzte Mammografie zwei Jahre oder länger zurück und 21,9 Prozent haben sich in den letzten 2 Jahren untersuchen lassen (Stichprobengrösse: 510 Personen). Gesamtschweizerisch ist der Prozentsatz der Frauen, die noch nie eine Mammografie haben durchführen lassen, mit 46,2 Prozent etwas tiefer und der Anteil der Frauen, die sich in den letzten 2 Jahren haben untersuchen lassen mit 26,2 Prozent etwas höher. Wie viele der an Zugerinnen durchgeführten Mammografien als diagnostische Mammografien überwiegend von der OKP vergütet wurden und wie viele von den Patientinnen selbst bezahlt wurden, lässt sich aus den vorhandenen Daten nicht ermitteln.

Letzte Mammografie, 2022



Schaut man die Altersgruppen an, so zeigt sich, dass bei den Zuger Frauen zwischen 50 und 64 Jahren 75,3 Prozent und bei jenen über 65 Jahren 79 Prozent mindestens einmal im Leben eine Mammografie haben durchführen lassen (Gesamt-CH siehe rote Striche).



Diese Zahlen zeigen, dass das Mammografie-Screening im Kanton Zug bereits heute rege genutzt wird.

3. Beurteilung des Motionsanliegens

Wie unter 2.2.1. ausgeführt, erscheint der Nutzen des Dickdarmkrebs-Screenings aus medizinischer Sicht ausgewiesen und somit die Einführung eines Dickdarmkrebs-Screening-Programms im Kanton Zug als sinnvoll. Nachdem die modernen, immunologischen Blut-im-Stuhl-Tests FIT kombiniert mit Dickdarmspiegelungen bei positiven Stuhlproben zu verlässlichen Resultaten führen, für die Patientinnen und Patienten einfach handhabbar und ressourcenschonend umsetzbar sind, soll das Dickdarmkrebs-Screening-Programm auf diese Art umgesetzt werden.

Ein solches Dickdarmkrebs-Screening richtet sich grundsätzlich an beschwerdefreie Personen und ist deshalb als Präventionsprogramm anzusehen. Betreffend Massnahmen des Kantons in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention enthält das Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (Gesundheitsgesetz, GesG; BGS 821.1) einen eigenen Abschnitt (6. Titel). Demnach unterstützt und koordiniert die Gesundheitsdirektion nach § 45 Abs. 2 GesG Massnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention. Sie kann in diesem Bereich eigene Massnahmen treffen oder Beiträge an die Kosten der Massnahmen Dritter leisten. Sie kann ebenso mit öffentlichen oder privaten Organisationen zusammenarbeiten.

Somit besteht bereits heute eine gesetzliche Grundlage zur Umsetzung des Motionsanliegens. Enthält eine Motion einen Antrag, der eine gesetzlich an den Regierungsrat oder eine andere Behörde delegierte Kompetenz betrifft, ist dieses Begehren nicht motionsfähig (TINO JORIO,

Geschäftsordnungen des Regierungsrats und des Kantonsrats des Kantons Zug, 2015, Rz. 635–638). Hingegen kann die Exekutive mit einem Postulat eingeladen werden, bestimmte Massnahmen zu treffen (§ 43 Abs. 2 Kantonsratsbeschluss über die Geschäftsordnung des Kantonsrats [GO KR; BGS 141.1]). Es können grundsätzlich alle Tätigkeitsgebiete der Exekutive Gegenstand eines Postulats sein (TINO JORIO, a. a. O., Rz. 652).

Der Regierungsrat beantragt deshalb die Umwandlung der Motion in ein Postulat und eine Teilerheblicherklärung im folgenden Sinn: Der Regierungsrat wird eingeladen, ein Dickdarmkrebs-Screening-Programm einzuführen und dem Kantonsrat innert zwei Jahren nach dessen Start über die gemachten Erfahrungen Bericht zu erstatten. In seinem Bericht soll der Regierungsrat auch der Frage nachgehen, ob das Programm auf symptomfreie Dickdarmspiegelungen ausgeweitet werden soll.

Dabei wird entscheidend sein, ob im Kanton Zug die ärztlichen Ressourcen für ein Programm mit Dickdarmspiegelungen ausreichen. In seinem Bericht wird der Regierungsrat erneut die Einführung eines organisierten Mammografie-Screenings prüfen. Wie die Erfahrungen anderer Kantone zeigen, ist die zeitgleiche Einführung beider Screening-Programme kaum umsetzbar und aufwändig, sodass das Amt für Gesundheit ohne massiven personellen Ausbau nicht beide Programme gleichzeitig einführen kann. Zudem ist, wie unter 2.2.2. ausgeführt, das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis unter Fachleuten weiterhin umstritten. Der Regierungsrat wird aber auch hier die Entwicklung im Auge behalten und in seinem oben genannten Bericht die Einführung eines organisierten Mammografie-Screenings erneut prüfen, wobei auch die mit der Einführung des Dickdarmkrebs-Screenings gemachten Erfahrungen Berücksichtigung finden werden.

4. Finanzielle Auswirkungen

Die Organisation des Dickdarmkrebs-Screenings ist, wie die Erfahrungen anderer Kantone zeigen, mit einem finanziellen Aufwand verbunden. So rechnet z.B. der Kanton Solothurn mit Aufbaukosten von 550'000 Franken und für die eigentliche Durchführung des Dickdarmkrebs-Screenings mit jährlich wiederkehrenden Kosten von 475'000 Franken. Hauptkostenfaktoren sind Personalkosten und Lizenzkosten für die erforderliche Software. Die Gesundheitsdirektion wird im Budget 2027 und im Finanzplan der Jahre 2028 bis 2030 die erforderlichen Mittel und personellen Ressourcen für die Einführung und den Betrieb des Dickdarmkrebs-Screening-Programms einstellen.

Darüber hinaus fallen Kosten bei der OKP an. Ein Teil dieser Mehrkosten rührt daher, dass das Programm ja gerade anstrebt, dass sich mehr Personen zu einer Vorsorgeuntersuchung entschliessen. Wie viele dies sein werden, lässt sich nicht quantifizieren. Wie unter 2.1. ausgeführt, wird das Dickdarmkrebs-Screening lediglich bei Personen im Alter von 50 bis 74 Jahren von der OKP übernommen, wobei sich Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen eines organisierten Früherkennungsprogramms in finanzieller Hinsicht lediglich dahingehend von solchen ausserhalb eines Programms unterscheiden, dass bei ersteren keine Franchise erhoben wird, so dass die entsprechenden Kosten bei der OKP verbleiben. Zumal die Höhe der Franchise von den Patientinnen und Patienten selbst gewählt werden kann (mindestens 300 Franken, höchstens 2'500 Franken) und in jenen Fällen, in denen im konkreten Jahr die Franchise bereits überschritten wurde, die Kosten vollumfänglich bei der Versicherung verbleiben, lassen sich die Mehrkosten, die durch die Einführung des Dickdarmkrebs-Screenings bei der OKP entstehen, nicht beziffern.

5. Antrag

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen beantragen wir Ihnen:

1. Die Motion von Luzian Franzini, Klemens Iten, Anna Bieri, Ronahi Yener und Carina Brüngger zur Schaffung von Krebsvorsorge-Programmen im Kanton Zug vom 14. Januar 2025 (Vorlage Nr. 3858.1 - 17988) sei in ein Postulat umzuwandeln.
2. Das umgewandelte Postulat sei wie folgt teilerheblich zu erklären:
 - 2.1. Erheblicherklärung, als dass der Regierungsrat eingeladen wird, ein Dickdarmkrebs-Screening in der Form des Blut-im-Stuhl Tests FIT kombiniert mit Dickdarmspiegelungen bei positiven Stuhlproben einzuführen und innert zwei Jahren ab Einführung im Sinne der obigen Ausführungen Bericht zu erstatten;
 - 2.2. Nichterheblicherklärung, als das Mammografie-Screening vorderhand nicht eingeführt wird, der Regierungsrat jedoch in seinem Bericht zum Dickdarmkrebs-Screening erneut die Einführung des Mammografie-Screenings prüfen soll.

Zug, 13. Januar 2026

Mit vorzüglicher Hochachtung
Regierungsrat des Kantons Zug

Der Landammann: Andreas Hostettler

Die stv. Landschreiberin: Renée Spillmann Siegwart