

Krebs Früherkennung

Teilprojekt

Gesetzliche Grundlagen und Finanzierung des Krebs Screenings

Grundlagenpapier

August 2004, Andreas Biedermann

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Auftrag	3
1.2	Formen des Screenings	3
1.3	Vorgehen	4
2	Gesetzliche Grundlagen und Szenarien	4
2.1	Gesetzliche Grundlagen in der Schweiz	4
2.1.1	Bundesrechtliche Grundlagen	5
2.1.2	Kantonale gesetzliche Grundlagen	6
2.2	Szenarien	7
2.2.1	Szenario 1: Screening bei unverändertem gesetzlichen Rahmen	7
2.2.2	Szenario 2: Neue, umfassende nationale Gesetzesgrundlage für das Screening	8
2.2.3	Szenario 3: Screening bei Anpassung des KVG	9
2.3	Schlussfolgerungen	10
3	Finanzierungsmodelle für das Screening	11
3.1	Finanzierung durch die öffentliche Hand	11
3.1.1	Finanzierung des Screenings durch den Bund	11
3.1.2	Finanzierung des Screenings durch die Kantone	12
3.1.3	Gemeinsame Finanzierung des Screenings durch Bund und Kantone	12
3.2	Finanzierung durch das KVG	12
3.2.1	Art. 26 KVG, Modell „Fallpauschale“	13
3.2.2	Art. 26 KVG, Modell „Qualitätsabgabe“	13
3.2.3	Art. 19 KVG	13
3.2.4	Kombination von Art. 26 und Art. 19 KVG	14
3.2.5	Leistungsabwicklung über die gemeinsame Einrichtung nach Art. 18 KVG	14
3.3	Andere Formen der Finanzierung	15
3.3.1	Konsumenten bezahlen selbst	15
3.3.2	Private freiwillige Zusatzversicherung	15
3.3.3	Arbeitgeber-/Arbeitnehmer-Beiträge	15
3.3.4	Präventionsholding	15
3.4	Kombinationsmodelle	15
3.4.1	Art. 26 KVG und Bundesbeteiligung	15
3.4.2	Art. 26 KVG und kantonale Beteiligung (Standard-Modell)	16
3.4.3	Art. 26 und gemeinsame Beteiligung von Bund und Kantonen	16
4	Diskussion und Empfehlungen	16
5	Anhang: Auswahl von Gesetzestexten	18
5.1	Bundesverfassung, ausgewählte Artikel	18
5.2	KVG, ausgewählte Artikel	18
5.3	Epidemiengesetz, ausgewählte Artikel	21
5.4	Unfallversicherungsgesetz, ausgewählte Artikel	22
5.5	Strahlenschutzgesetz, ausgewählte Artikel	24

Dank

Dieses Grundlagenpapier entstand auf der Basis eines Literaturstudiums und von Gesprächen mit Fachleuten. Besonderer Dank geht an die Mitglieder der Arbeitsgruppe: Pascal Coullery, BAG, Felix Gurtner, BAG, Toni Haniotis, santésuisse, Marie-Christine Peter-Gattlen, FMH, Georg von Below, FMH, Franz Wyss, GDK sowie an die Mitglieder der Steuergruppe (Anhang A1). Die Verantwortung für die Inhalte dieses Diskussionspapiers liegt beim Autor.

1 EINLEITUNG

1.1 Auftrag

Die folgenden Ausführungen sind Bestandteil des Projektes "Krebs Früherkennung" der Oncosuisse. Dieses Projekt ist eingebunden in den Auftrag, den die Oncosuisse vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) erhalten hat, eine nationale Krebsbekämpfungspolicy zu entwickeln. Das Früherkennungs-Projekt besteht aus den Elementen „Krebs Screening-Policy“, „Health Technology Assessments“ und „Umsetzungsprogramme“.

Die Krebs Screening-Policy soll auch grundsätzliche Aspekte betreffend die gesetzlichen Grundlagen und die Finanzierung des Screenings behandeln. Zu diesem Zweck wird im vorliegenden Papier der Frage nachgegangen, ob mit der bestehenden Gesetzgebung in der Schweiz ein qualitativ hochstehendes Screening möglich ist und wie es finanziert werden kann bzw. welche gesetzlichen Grundlagen und welche Finanzierungsmodi dafür nötig wären.

Dieses Teilprojekt soll somit Entscheidungsgrundlagen liefern, welche die Wahl der zukünftigen rechtlichen Form sowie die Finanzierung des Screenings erleichtern.

Die grundsätzlichen Fragen zum Bedarf für und zur Art der Screenings und der begleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sind nicht Gegenstand dieser Analyse, sondern werden an anderem Ort (siehe Grundlagenpapiere „Appropriateness criteria for screening examinations in Switzerland“ und „Qualitätssicherung bei opportunistischen Screeningsystemen“) behandelt.

1.2 Formen des Screenings

Beim Screening für eine Krankheit muss bei klinisch gesunden Menschen eine medizinische Handlung bzw. ein medizinischer Test durchgeführt werden. Mehr noch als bei therapeutischen Massnahmen, welche erst dann ergriffen werden wenn ein Leidensdruck herrscht und eine gewisse Bereitschaft da ist, zur Behebung des Leidens auch gewisse Risiken oder Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen, muss beim Screening darauf geachtet werden, dass möglichst kein Schaden verursacht wird. Das Screening muss nachweisen können, dass der Gesamtnutzen überwiegt und dass die Untersuchung auf höchst-möglichem Qualitätsniveau durchgeführt wird.

Um die hohe Qualität zu gewährleisten, sind neben den medizinischen Leistungen flankierende, nicht-medizinische Massnahmen nötig. Dazu zählen die Datenerfassung und –auswertung, es kann eine Zertifizierung der Leistungserbringer nötig sein, ihre Aus- und Fortbildung muss sichergestellt werden, eine umfassende und ausgewogene Information der Zielgruppen ist nötig etc.

Während die medizinischen Leistungen, sofern sie anerkannt sind, heute über das KVG abgegolten werden können, ist nicht geregelt, wie die flankierenden Massnahmen bezahlt werden sollen. Diese Situation hat dazu geführt, dass das Screening in der Schweiz in der Regel ohne flankierende Massnahmen und insbesondere ohne externe und unabhängige Qualitätssicherung durchgeführt wird. Es wird in diesem Fall von opportunistischem Screening gesprochen. Die Abrechnung über das KVG ist möglich, weil die Leistung nicht als ein Screening bzw. eine präventive Handlung sondern als ein diagnostischer Eingriff deklariert wird.

Eine Ausnahme stellen die kantonalen Mammographie-Screening Programme in den welschen Kantonen dar, welche zum Teil bereits gut eingeführt sind oder zurzeit eingeführt werden. Sie werden entsprechend den europäischen Vorgaben für die Qualitätssicherung bei Mammographie-Programmen umgesetzt. Die medizinische Leistung wird in diesen Programmen als präventive Massnahme auf der Basis von Art. 26. KVG abgerechnet.

Das primäre Ziel des Projektes „Krebs Früherkennung“ der Oncosuisse ist die Verbesserung des Screenings in der Schweiz. Dies heisst nicht zwangsläufig, dass jedes Screening im Rahmen eines hochstehenden Screening-Programmes mit europäischen Qualitätsstandards angeboten werden muss. Es bedeutet jedoch, dass bei jenen Screenings, welche als angemessen angesehen und empfohlen werden, Massnahmen ergriffen werden, um sicherzustellen, dass die erwünschte Wirkung auch tatsächlich eintritt.

In Ergänzung zu den Screening Programmen einerseits und dem opportunistischen Screening andererseits wird deshalb hier neu der Begriff des „opportunistischen Screeningsystems“ eingeführt. Das opportunistische Screeningsystem zeichnet sich dadurch aus, dass gewisse systematische Massnahmen zur Qualitätssicherung fest mit der medizinischen Leistungserbringung verknüpft werden. Weitere flankierende Massnahmen sind möglich. Die Zielbevölkerung wird jedoch nicht persönlich zur Partizipation eingeladen.

1.3 Vorgehen

Ein erstes Arbeitspapier für dieses Teilprojekt resultierte aus Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern der santésuisse (Reto Guetg, Judith Petermann), der Helsana (Gaudenz Bachmann, Andrea Jaussi) sowie des BSV (heute BAG: Felix Gurtner) sowie der Analyse des BAG-Berichtes „Mögliche Szenarien für Prävention im Rahmen von Public Health in der Schweiz“¹. Das Arbeitspapier wurde von einer Arbeitsgruppe diskutiert und zum vorliegenden Grundlagenpapier weiterentwickelt. Dessen wichtigsten Erkenntnisse fliessen in die Krebs Screening-Policy ein.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind:

- Biedermann Andreas, PHS Public Health Services GmbH (Koordination)
- Coullery Pascal, BAG
- Gurtner Felix, BAG
- Haniotis Toni, santésuisse
- Peter-Gattlen Marie-Christine, FMH
- Von Below Georg, FMH
- Wyss Franz, GDK

Im anschliessenden Teil 2, „Gesetzliche Grundlagen und Szenarien“ dieses Grundlagenpapiers wird eine Auslegeordnung der für das Screening (potentiell) relevanten Gesetzesbestimmungen gemacht. Anschliessend werden drei Szenarien diskutiert und Schlussfolgerungen daraus abgeleitet. Im Teil 3, „Finanzierungsmodelle für das Screening“ werden mit einem systematischen Ansatz verschiedenartige Finanzierungsmodelle beschrieben. Die Arbeitsgruppe hat aus der Vielzahl der möglichen Szenarien und Modelle drei ausgewählt. Das erste bedarf keiner gesetzlichen Veränderungen. Beim zweiten müssen bestehende Gesetze adaptiert werden. Der dritte Vorschlag bedingt die Erarbeitung einer neuen gesetzlichen Grundlage.

2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND SZENARIEN

2.1 Gesetzliche Grundlagen in der Schweiz

Die gesetzliche Regelung der Krebs-Prävention und der Krebs-Früherkennung in der Schweiz ist nicht in einem einzelnen Rechtsdokument (z.B. Präventionsgesetz, Gesetz für nicht-übertragbare Krankheiten, Krebsgesetz) zusammengefasst, sondern basiert auf vielen verschiedenen Gesetzen und Verordnungen. Gewisse Aufgaben der Prävention sind auf Bundesebene angesiedelt. Die konkrete Umsetzung ist aber in der Regel Aufgabe der Kantone.

Empfehlungen der Europäische Union

Das EU-Parlament hat im November 2003, basierend auf einem Vorschlag der Kommission, folgende Empfehlung zur Krebsvorsorge abgegeben:

- Mammographieuntersuchung auf Brustkrebs bei Frauen zwischen dem 50. und dem 69. Lebensjahr.
- Pap-Test zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs spätestens ab dem 30., keinesfalls jedoch vor dem 20. Lebensjahr.
- Stuhluntersuchungen auf okkultes Blut zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms bei Männern und Frauen zwischen dem 50. und dem 74. Lebensjahr.

Andere Vorsorgeuntersuchungen werden für eine EU-weite Krebsvorsorge noch nicht empfohlen. Eine Verpflichtung der Mitgliedstaaten, solche Programme durchzuführen, besteht mit dieser Empfehlung nicht.

¹ Faisst K., Oggier W., Zanoni U., Zeyen Bernasconi P.: Mögliche Szenarien für Prävention im Rahmen von Public Health in der Schweiz, Bundesamt für Gesundheit, Bern 2001

2.1.1 Bundesrechtliche Grundlagen

Bei der Krebs-Früherkennung stehen folgende Untersuchungen im Vordergrund:

- Brustkrebs Screening (insbesondere Mammographie, aber auch klinische Untersuchung, andere bildgebende Verfahren)
- Screening des Gebärmutterhalskrebses (insbesondere Cytologie, HPV-Virus-Bestimmung)
- Darmkrebs-Screening (Stuhluntersuchung nach okkultem Blut, endoskopische Untersuchungsverfahren, neue Ansätze in Abklärung)
- Prostatakrebs-Screening (Prostata-spezifisches Antigen, kombiniert mit digitaler Untersuchung)
- Hautkrebs-Früherkennung (optische Untersuchungsmethoden)
- Lungenkrebs-Screening (bildgebende Verfahren, Sputum-Cytologie)
- Screenings für gewisse arbeitsplatzbedingte Krebsformen (z.B. Asbest-bedingte Krankheiten)

Unter Berücksichtigung dieser Auflistung und der wichtigsten Risikofaktoren sind insbesondere folgende gesetzliche Grundlagen potentiell relevant:

- Bundesverfassung (allgemeiner Bezug zu Krebs)
- Krankenversicherungsgesetz (allgemeiner Bezug zu Krebs)
- Epidemiengesetz (Bezug zum Gebärmutterhalskrebs)
- Unfallversicherungsgesetz (Bezug zu arbeitsplatzbedingten Krebsformen)
- Strahlenschutzgesetz (allgemeiner Bezug zu Krebs sowie spezifischer Bezug zu Lungenkrebs)
- Umweltschutzgesetz (allgemeiner Bezug zu Krebs sowie spezifischer Bezug zu Lungenkrebs)

2.1.1.1 Bundesverfassung

Gemäss Bundesverfassung ist es Aufgabe des Bundes, im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zu ergreifen. Er erlässt Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten (BV Art. 118, s. Anhang). Er hat auch Rechtssetzungskompetenz im Bereich der Krankenversicherung (BV Art. 117, s. Anhang)

2.1.1.2 Krankenversicherungsgesetz

1983 wurde ein Bundesgesetz zur Prävention vorgeschlagen, welches jedoch von den Kantonen abgelehnt wurde. Später wurde im Rahmen einer Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes der Artikel 19 eingeführt, welcher die Einrichtung eines nationalen Fonds für die Verhütung von Krankheiten ermöglichte, was wiederum die Einrichtung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zur Folge hatte. Diese soll Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregen, koordinieren und evaluieren (Art. 19, s. Anhang).

In Artikel 26 wird die medizinische Prävention geregelt. Demgemäss übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind (Art. 26, s. Anhang).

Artikel 58 regelt Aspekte der Qualitätssicherung und gibt dem Bundesrat die Kompetenz, Massnahmen zur Sicherung der Qualität von Leistungen, welche durch das KVG vergütet werden, vorzusehen.

2.1.1.3 Epidemiengesetz

Das Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) bezweckt den Schutz der Menschen vor solchen Krankheiten und regelt hierfür die zu ergreifenden Massnahmen von Bund und Kantonen und somit auch die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen. Der Bund übt demgemäss eine Oberaufsicht über die Durchführung des Gesetzes aus und koordiniert wenn nötig die Aktivitäten der Kantone (Art. 9, s. Anhang). Die Kantone treffen die Massnahmen zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, wenn nicht ausserordentliche Umstände diese zu einer Bundesaufgabe machen (Art. 11, s. Anhang). In erster Linie heisst dies, dass die Kantone jene kantonalen Organe bestimmen, welche für die Umsetzung der Bundesgesetze und -verordnungen verantwortlich sind. Es ist grundsätzlich vorstellbar, dass dieses Gesetz im Rahmen des Screenings für Gebärmutterhalskrebs zur Anwendung gelangt, da die Entstehung dieses Krebses durch gewisse übertragbare Viren entscheidend beeinflusst wird.

Die gesetzliche Lösung im Bereich der übertragbaren Krankheiten wird oft als exemplarisch für eine gute nationale Gesundheitspolitik angesehen. Die unterschiedliche Regelung der Impfungen in den verschiede-

nen Kantonen, vor allem in der Folge der neu eingeführten Leistungspflicht für die Impfungen im Schulalter im KVG wird jedoch auch kritisch beurteilt^{2 3}.

2.1.1.4 Unfallversicherungsgesetz

Das Unfallversicherungsgesetz regelt auch die Verhütung von Berufskrankheiten. Gemäss Art. 84 können die Durchführungsorgane bestimmte Massnahmen zur Verhütung von Berufskrankheiten anordnen. Solche Massnahmen können grundsätzlich auch spezifische Früherkennungsuntersuchungen sein. Verantwortlich für die Umsetzung sind die Durchführungsorgane des Arbeitsgesetzes vom 13. März 1964 sowie die SUVA (Art. 85, s. Anhang).

2.1.1.5 Strahlenschutzgesetz

Das Strahlenschutzgesetz bezweckt den Schutz des Menschen vor ionisierender Strahlung und umfasst sowohl natürliche als auch künstliche Belastungen mit ionisierenden Strahlen. Dieses Gesetz hat einen Bezug zur Primärprävention von Krebs (Radon in Gebäuden als mögliche Ursache von Lungenkrebs, arbeitsplatzbedingte Expositionen als mögliche Ursache von diverse Krebsformen). Es regelt die medizinischen Massnahmen bei beruflich strahlenexponierten Personen (Art. 13, s. Anhang). Medizinische Massnahmen bei nicht-arbeitsplatzbedingten Belastungen, also auch solche durch erhöhte Radonkonzentrationen in Wohngebäuden, sind hingegen im Strahlenschutzgesetz nicht vorgesehen.

2.1.1.6 Umweltschutzgesetz

Auch das Umweltschutzgesetz hat einen Bezug zur Primärprävention von Krebs (v.a. Luftverschmutzung mit karzinogenen Stoffen als mögliche Ursache von Lungenkrebs). Hingegen sieht es bei den Massnahmen keine medizinische Handlungen vor.

2.1.1.7 Aktuelle politische Initiativen Bund

Im Oktober 2002 wurden im Nationalrat zwei Motionen „Für eine nationale Krebsbekämpfungspolitik“⁴ sowie „Gesetz zur Krebsbekämpfung“⁵ eingereicht. Gemäss Antwort des Bundesrates plant dieser, Anfang 2005 dem Parlament den Bericht des unter Federführung von Oncosuisse erarbeiteten Krebsprogrammes zusammen mit einem Vorschlag zum Vorgehen in der Gesetzgebung vorzulegen.

2.1.2 Kantonale gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Regelungen der 26 kantonalen Gesundheitspolitiken bilden neben der Bundesgesetzgebung die rechtliche Basis der schweizerischen Gesundheitspolitik. Die gesetzlichen Detail-Regelungen betreffend die öffentliche Gesundheit sind in erster Linie Aufgabe der Kantone. Diese legiferieren unabhängig voneinander und in Abhängigkeit zu neu entstehenden Bedürfnissen. Die Analyse der kantonalen Gesetze zeigt denn auch gemäss einer Untersuchung der Universität Lausanne⁶ aus dem Jahr 2001 eine sehr grosse Disparität zwischen den einzelnen Gesetzten. Das älteste Gesetz, jenes von Basel, datiert vom 18. Januar 1864, das jüngste, jenes von Fribourg vom 16. November 1999⁷. Die Inhalte und auch der Aufbau der verschiedenen kantonalen Gesetze unterscheiden sich sehr stark.

Die Autoren betonen jedoch, dass das Vorhandensein oder Fehlen eines spezifischen Inhalts im Gesetz nicht zwingend das Vorgehen und die Massnahmen eines Kantons in diesem spezifischen Bereich der Öffentlichen Gesundheit reflektieren. So verfolge zum Beispiel der Kanton Genf in vielen Bereichen eine fortschrittliche Gesundheitspolitik, auch wenn er gar kein eigentliches Gesundheitsgesetz besitzt.

² BSV, Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Teilbericht Impfungen im Schulalter, Forschungsbericht 9/01

³ BSV, Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallbeispielen, Forschungsbericht 10/01

⁴ Joder Rudolf, Für eine nationale Krebsbekämpfungspolitik, Motion 02.3534, 02.10.2002

⁵ Gysin Remo, Gesetz zur Krebsbekämpfung, Motion 02.3531, 02.10.2002

⁶ von Türk A., Hofner M.-Cl., Gervasoni J.-P., Analyse comparée et synthèse des lois sanitaires cantonales suisses, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, April 2001

⁷ Gemäss Newsletter der nationalen Gesundheitspolitik Schweiz von Mai 2004, herausgegeben vom BAG, sind seither die folgenden Gesundheitsgesetze überarbeitet worden: Appenzell I.Rh (1999), Solothurn (2000), Bern (2001), Waadt (2003), Schwyz (2004)

Vierzehn kantonale Gesundheitsgesetze erwähnen die Prävention (AI, AG, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SG, SZ, SO, TI, VS, VD). Beim Kanton Waadt wird der Prävention ein ganzes Kapitel gewidmet während nur eine kurze Erwähnung im Gesetz des Kantons Sankt Gallen zu finden ist. Grundsätzlich sei festzuhalten, dass die Gesetze, je jüngeren Datums sie sind, desto eher eine moderne Gesundheitspolitik widerspiegeln und die Prävention als Handlungsbereich speziell erwähnen. (Die fehlende Erwähnung der Prävention im Gesundheitsgesetz der anderen 12 Kantonen heisst aber – wie oben bemerkt wurde – nicht, dass hier keine präventiven Aktivitäten entfaltet werden.)

18 Kantone erwähnen die Schulgesundheit und 14 führen die Gesundheitserziehung auf.

10 Kantone erwähnen die Früherkennung (AG, BE, FR, GE, LU, NE, SG, SO, TI, VS). Der Kanton Waadt, welcher als erster ein kantonales Mammographie-Früherkennungsprogramm eingeführt hat, macht jedoch keine explizite Erwähnung der Früherkennung in seinem Gesundheitsgesetz.

2.2 Szenarien

Ziel des Projektes Krebs Früherkennung ist die qualitative Verbesserung des Screenings. Dies kann dadurch geschehen, dass systematische Screening Programme eingeführt werden oder indem das opportunistische Screening dank organisierten, flankierenden qualitätssichernden Massnahmen verbessert wird, das „opportunistische“ Screening somit zu einem „opportunistischen Screeningsystem“ wird. Im Folgenden sollen die Vor- und Nachteile von drei Szenarien, welche sich bezüglich der gesetzlichen Grundlagen unterscheiden, im Hinblick auf die Umsetzung sowohl von opportunistischen Screeningsystemen als auch von Screening Programmen diskutiert werden. Es werden die folgenden Szenarien unterschieden:

- A) Screening bei unverändertem gesetzlichen Rahmen
- B) Neue, umfassende nationale Gesetzesgrundlage für das Screening
- C) Screening bei Anpassung des KVG

2.2.1 Szenario 1: Screening bei unverändertem gesetzlichen Rahmen

Eine Qualitätsverbesserung des opportunistischen Krebs-Screenings im Sinne eines „opportunistischen Screeningsystems“ ist bei unverändertem gesetzlichen Rahmen grundsätzlich möglich. Von den betroffenen Berufsverbänden könnten Richtlinien und Guidelines herausgegeben werden. Diese definieren die „good medical practice“ und verpflichten zur Einhaltung von Qualitätsstandards. Die gleichen Verbände könnten Weiterbildungsangebote offerieren und Fähigkeitsausweise vergeben. Drittorganisationen wie zum Beispiel eine Krebsliga könnten Informationsmaterialien für Informed Choice und Shared Decision Making publizieren. Öffentliche oder private Stellen könnten Gelder für ein Monitoring und die Evaluation sprechen.

Das Beispiel „Nationales Brustkrebs Screening-Programm“, welches ende 90er Jahre lanciert werden sollte, zeigt, dass auch ein nationales, qualitätsgesichertes Screening-Programm grundsätzlich ohne umfassende neue nationale Gesetzesgrundlage möglich ist. Für das Brustkrebs-Screening wurde die präventive Mammographie als Pflichtleistung in den Leistungskatalog des KVG aufgenommen. Eine nationale Verordnung⁸ regelt die Qualitätsvorgaben. Die Krankenversicherer waren bereit, die Leistungen in Form einer Pauschale abzugelten, welche neben den medizinischen Leistungen auch die flankierenden Massnahmen des Programms abgedeckt hätte. (Dass das Programm nicht realisiert werden konnte, hing unter anderem damit zusammen, dass die Höhe der Pauschale nicht den Vorstellungen der medizinischen Leistungserbringer entsprach.)

Heute existieren fünf kantonale qualitätsgesicherte Mammographie-Programme in den Kantonen Genf, Waadt, Wallis, Fribourg und Jura (einzelne Programme noch im Aufbau). Deren Umsetzung ist von der Unterstützung der kantonalen Behörden abhängig (Delegation von Befugnissen, Finanzierung von flankierenden Massnahmen). Diese Unterstützung erfolgt auf der Basis von bestehenden kantonalen Gesetzen und insbesondere der kantonalen Gesundheitsgesetze. So gibt es für das Mammographie-Screening im Kanton Wallis einen politischen Entscheid des Staatsrates, basierend auf dem kantonalen Gesundheitsgesetz⁹ und einem Mandat des Gesundheitsdepartements¹⁰. Im Kanton Waadt wurde, gestützt auf die kantonale Ge-

⁸ Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie vom 23. Juni 1999

⁹ Auszüge aus den Protokollen der Sitzungen des Staatsrates vom 8. Juli 1998 und vom 23. Sept. 1998

¹⁰ Programme de dépistage du cancer du sein, mandat du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie à la Ligue valaisanne contre les maladies pulmonaires et pour la prévention par son Centre Valaisan de Dépistage du Cancer du Sein

setzung, eine Konvention zwischen dem Kanton und der durchführenden Institution abgeschlossen¹¹. Zurzeit steht eine interkantonale Vereinbarung zwischen den betreffenden Kantonen vor dem Abschluss. In deren Rahmen werden die kantonalen Programme zu einem interkantonalen Programm zusammengeführt.

Der Nachteil einer Lösung mit den heutigen gesetzlichen Grundlagen ist im Fall der kantonalen Mammographie-Programme evident: das Mammographie-Angebot ist heute nicht für alle Bewohnerinnen der Schweiz gleich. Die Umsetzung ist von der Bereitschaft der beteiligten Akteure abhängig, eine kantonale Lösung zu finden – und dies 26 mal in den 26 Kantonen der Schweiz. Die kantonalen Programme sind heterogen und es besteht die grosse Gefahr, dass mögliche Synergien und Einsparpotentiale nicht realisiert werden (siehe z.B. bei den ersten drei kantonalen Mammographie-Programmen von GE, VD, VS die unterschiedlichen EDV-Systeme, was Gesamtauswertungen nur erschwert und zum Teil in reduziertem Umfang möglich machte und letztlich zu erhöhten finanziellen Aufwänden führte).

Im Falle von opportunistischen Screeningsystemen ist die Umsetzung von Qualitätsförderungsmaßnahmen vom Engagement und der Konsensfindung unter den beteiligten Akteuren abhängig. Eine signifikante Qualitätsverbesserung dürfte nur mit grossen Anstrengungen zu erreichen sein und die Gefahr eines Misserfolges wegen divergierender Interessen ist gross. Es muss damit gerechnet werden, dass wegen unterschiedlicher Finanzierung sowie unterschiedlichem regionalen, kantonalen oder individuellen Engagement die Screening-Leistungen national sehr heterogen sein werden. Dadurch wird auch die Datenerhebung erschwert und es besteht die Gefahr, dass die Evaluation der Wirkung des Screenings nur beschränkt möglich sein wird.

Tab. 1: Vor- und Nachteile von unveränderten Gesetzesgrundlagen für das Screening

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsverbesserungen grundsätzlich möglich • Aufwand für gesetzgeberische Arbeit fällt weg • Änderungen erfolgen erst bei grossem gesellschaftlichen Konsens 	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Qualitätsverbesserungen des Screenings nur mit grossem Aufwand möglich (Überzeugungsarbeit bei allen Stakeholdern) • Grosse Gefahr von Misserfolgen wegen divergierenden Interessen • Uneinheitliche kantonale Lösungen führen zu fehlender Versorgungsgerechtigkeit, Effizienzverlusten, Gefahr von höheren Kosten • Aufwand für Evaluation gross, reduzierte Aussagekraft der Evaluation

2.2.2 Szenario 2: Neue, umfassende nationale Gesetzesgrundlage für das Screening

Eine umfassende nationale Gesetzgebung, z.B. ein bundesrechtliches (Präventions-) Rahmengesetz, wäre sowohl für die Einführung von qualitätssichernden Massnahmen beim opportunistischen Screening als auch für die Einführung von nationalen systematischen Krebs Screening Programmen hilfreich. Mit einem entsprechenden Gesetz könnte die Durchführung der Krebs Früherkennung vereinheitlicht und es könnten allgemeingültige Qualitätsvorgaben erlassen werden. Die Qualitätssicherung und allfällige Sanktionen bei Nicht-Einhalten der Vorgaben könnten gesamtschweizerisch festgeschrieben werden. Die Datenerhebung und die Datenauswertung würden standardisiert und dank der grossen, nationalen Zahlenbasis wären raschere und differenziertere Erkenntnisse zu erwarten, was für die Steuerung und qualitative Verbesserung des Screenings förderlich wäre. Das Gesetz könnte den Betrieb eines nationalen Krebsregisters vorsehen, eine wichtige Voraussetzung für die Wirkungsüberprüfung des Screenings. Informationskampagnen könnten die Bevölkerung über die Vor- und Nachteile des Screenings aufklären und die betroffenen Menschen in die Lage versetzen, sich im Sinne eines Informed Choice eine eigene Meinung zu bilden. Die Durchführung erhielte eine klare gesetzliche Grundlage, würde national einheitlich organisiert und könnte dadurch effizient gestaltet werden. Die Finanzierung (siehe Teil 2) könnte mit dem Gesetz gesichert und einheitlich geregelt werden. Ein solches Gesetz könnte auch Chancengleichheit und Versorgungsgerechtigkeit schaffen.

¹¹ CONVENTION entre l'Etat de Vaud, représenté par le Département de la santé et de l'action sociale, et la Fondation pour le dépistage du cancer du sein

Der Nachteil einer umfassenden neuen gesetzlichen Regelung liegt im Aufwand, der betrieben werden muss, bis ein neues Gesetz verabschiedet ist. Während Jahren muss daran gearbeitet werden und immer besteht das Risiko, dass das Gesetz nicht in einer für ein optimales Screening gewünschten Form realisiert werden kann. Mit einem neuen Gesetz ist auch die Gefahr verbunden, dass aus verschiedensten Teilen der Gesellschaft Wünsche für Ergänzungen und Erweiterungen geäussert werden und zum Schluss der Gegenstand der Gesetzgebung diffus ist und das Gesetz nicht die gewünschte Wirkung zeigt. Es stellt sich auch die Frage, ob die generelle und sehr heikle Frage der Qualitätssicherung bei medizinischen Leistungen aus der Perspektive und mit den Bedürfnissen des Krebs Screenings angegangen werden soll oder ob dieses Problem nicht vielmehr in einem breiteren Rahmen behandelt werden müsste, welcher dieses Projekt sprengen würde.

Tab. 2: Vor- und Nachteile eines umfassenden nationalen Gesetzes für das Screening

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Einheitliche Organisation und Umsetzung • Umfassende flankierende Massnahmen, inkl. national einheitliche Qualitätssicherung und Informationskampagnen für die Zielbevölkerung • Standardisierte Datenerhebung und –auswertung mit besseren und rascheren Erkenntnissen (grosse Zahlen), Wirkungsüberprüfung dank nationalem Krebsregister • Geregelter, einheitlicher Finanzierungsmodus • Höhere Wirksamkeit und Effizienz • Chancengleichheit und Versorgungsgerechtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Grosser Aufwand für die Erarbeitung eines neuen Gesetzes • Gefahr des mangelnden politischen Willens bzw. des Scheiterns • Gegenstand der Gesetzgebung noch relativ unklar („Präventionsgesetz“ oder „Gesetz für chronische, nicht-übertragbare Krankheiten“ oder „Qualitätsgesetz“) • Gefahr der Anspruchsinflation

2.2.3 Szenario 3: Screening bei Anpassung des KVG

Die medizinische Leistung eines Screenings kann, sofern dieses als Pflichtleistung aufgenommen wurde, via KVG abgerechnet werden. Rechtlich schlecht abgestützt sind dagegen die Inhalte und die Finanzierung der flankierenden Massnahmen. Aus diesem Grund sollte sich eine minimale gesetzliche Anpassung auf die flankierenden Massnahmen konzentrieren.

Eine geeignete gesetzliche Grundlage könnte im Rahmen einer Revision des KVG geschaffen werden. Möglich und am naheliegendsten wäre wohl eine Zweckerweiterung von Artikel 19 „Förderung der Verhütung von Krankheiten“. Grundsätzlich könnte aber auch ein neuer Artikel eingeführt werden oder allenfalls Artikel 18 so umformuliert werden, dass dadurch in der Schweiz opportunistische Screeningsysteme einheitlich umgesetzt und finanziert werden können.

Der Vorteil einer gesetzlichen Anpassung ist der geringere Aufwand im Vergleich zur Erarbeitung eines neuen Gesetzes. So könnte die gewünschte Anpassung des KVG im Rahmen der aktuell laufenden Revision erfolgen. Auch zeitlich gesehen, ergeben sich grosse Vorteile, da der jahrelange Entstehungsprozess für ein neues Gesetz dahin fällt. Viele Vorteile einer Lösung mit neuer umfassender Gesetzesgrundlage könnten auch mit einer geringfügigen Anpassung des KVG erzielt werden. Trotzdem besteht die Gefahr, dass das volle Potential der qualitätssichernden Massnahmen nicht ausgeschöpft werden könnte. Insbesondere dürfte es schwierig sein, im Rahmen einer KVG-Revision die flächendeckende Krebsregistrierung zu verankern, ohne die grundsätzliche Frage der Wirksamkeit des Screenings nicht beantwortet werden kann.

Tab. 3: Vor- und Nachteile einer Anpassung des KVG für das Screening

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Vergleichsweise geringer Aufwand für gesetzgeberische Arbeit • Änderungen können rasch eingeführt werden • National einheitliche Lösungen betreffend Organisation und Umsetzung • Umfassende flankierende Massnahmen inkl. national einheitliche Qualitätssicherung und Informationskampagnen für Zielbevölkerung • Finanzierung national sicher gestellt • Chancengleichheit und Versorgungsgerechtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Volles Potential der Qualitätsverbesserung nicht ausgeschöpft • Evaluation der langfristigen Wirkung nicht gewährleistet

2.3 Schlussfolgerungen

Aus dem Beschrieb der drei Szenarien „Unveränderter gesetzlicher Rahmen“, „Neue, umfassende nationale Gesetzesgrundlage“ und „Anpassung des KVG“ folgt, dass Qualitätsverbesserungen – z.B. bessere Erfassung und Auswertung von Daten, Informationskampagnen etc. – grundsätzlich immer möglich sind.

Der geringste gesetzgeberische Aufwand fällt natürlich bei unveränderten gesetzlichen Grundlagen an. Voraussetzung dafür, dass die medizinischen Leistungen eines Screenings über das KVG finanziert werden können, ist ein entsprechender Entscheid des Eidgenössischen Departements des Innern, welches diesen gestützt auf eine Empfehlung der Eidgenössischen Leistungskommission fällt. Ohne gesetzliche Anpassungen dürften systematische nationale Massnahmen der Qualitätssicherung für opportunistische Screeningssysteme jedoch nur beschränkt via KVG zu finanzieren sein. Für freiwillige weitergehende Massnahmen wird rasch ein grosser Aufwand resultieren, da in einem konsensuellen Verfahren die Beteiligten von deren Notwendigkeit überzeugt und eine Finanzierung hierfür gefunden werden müssen. Das volle Potential (der Qualitätsverbesserung) des Screenings wird so kaum realisiert werden können.

Andererseits sind mit den heutigen gesetzlichen Grundlagen sogar systematische Screening-Programme möglich. Die medizinische Leistung wird dabei über das KVG abgerechnet. Die flankierenden Massnahmen müssen jedoch die Kantone bezahlen. Für die Umsetzung bedarf es Ausführungsbestimmungen auf Verordnungsstufe, wie dies bei der Mammographie erfolgt ist. Gerade das Beispiel Mammographie zeigt aber, dass eine kantonale Lösung bei Screening-Programmen mit bedeutenden Nachteilen (heterogenes Angebot, Effizienzverluste, sehr grosser Aufwand bzw. Misserfolge bei der Einführung) verbunden ist.

Ein grosser gesetzgeberischer Aufwand resultiert, wenn ein neues Gesetz erarbeitet werden soll, welches das Screening in umfassender Weise regelt. Sehr wahrscheinlich würde ein solches Gesetz nicht nur das Screening behandeln sondern die Prävention allgemein oder sogar in noch umfassenderen Sinn die Bekämpfung der chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten. Ein solches Gesetz würde die Umsetzung national vereinheitlichen, die Qualitätssicherung gewährleisten und die Finanzierung der flankierenden Massnahmen sichern. Im Gegensatz zum Vorgehen bei unveränderten gesetzlichen Grundlagen würde ein entsprechendes Gesetz auch die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die übergeordneten Ziele des Screenings, nämlich die Senkung der Mortalität und der Morbidität sowie die Steigerung der Kosteneffizienz, überprüft werden können, indem die hierfür nötige nationale Datenerhebung mit einem nationalen Krebsregister sicher gestellt wird.

Im Sinne eines mittleren Szenarios, vielleicht auch als Interimslösung, bis ein neues Gesetz eingeführt ist, könnten geringe gesetzliche Anpassungen am KVG wichtige Aspekte der Qualitätssicherung abdecken und zu einer signifikanten Verbesserung des Screenings in der Schweiz beitragen. Die Qualitätssicherung würde primär die medizinische Leistung umfassen. Aber es könnte auch sicher gestellt werden, dass die Zielgruppen genügend informiert und in die Lage versetzt werden, eine „Informed Choice“ zu treffen oder zusammen mit ihrem Arzt durch „Shared Decision Making“ zu einer individuell angepassten Entscheidung zu kommen. Eine Überprüfung der (langfristigen) Wirkung des Screenings auf die Mortalität und Morbidität durch die Finanzierung eines nationalen Krebsregisters könnte in diesem Szenario aber nicht gewährleistet werden.

Aus Besagtem folgt, dass eine umfassende nationale Gesetzesgrundlage eine qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung mit einer angemessenen Krebs Früherkennung begünstigen würde. Die Einführung einer solchen Gesetzesgrundlage ist längerfristig ernsthaft zu erwägen, weil damit neben hochstehendem Krebs Screening verschiedene weitere Aspekte der Prävention und insbesondere die Qualitätssicherung generell in medizinischen Programmen geregelt werden könnten. Signifikante Verbesserungen der Qualität wären aber auch mit geringen Anpassungen am heutigen Krankenversicherungsgesetz möglich. Bei unveränderten gesetzlichen Grundlagen dürfte das Angebot jedoch heterogen bleiben und es besteht die Gefahr, dass die Fragen nach der Wirkung und der Angemessenheit des Screenings weitgehend unbeantwortet bleiben.

3 FINANZIERUNGSMODELLE FÜR DAS SCREENING

Ein Screening soll nur durch KVG- oder öffentliche Gelder bezahlt werden, wenn es nach eingehender Analyse seiner Wirksamkeit und seiner Angemessenheit empfohlen wird (siehe zur Angemessenheit von Screenings die Grundlagenpapiere „Appropriateness criteria for screening examinations in Switzerland“ und „Health Technology Assessment mit Stakeholder-Appraisal“). Damit Screening-Tests nicht als diagnostische Untersuchungen abgerechnet werden, müssen die Tarifstruktur und die Kostenbeteiligung entsprechend angepasst werden (siehe Grundlagenpapier „Qualitätssicherung bei opportunistischen Screeningsystemen“).

Screenings, welche nicht empfohlen werden, sollen nur im Rahmen von Zusatzversicherungen oder vom Leistungsempfänger direkt bezahlt werden.

Im Folgenden werden mögliche Finanzierungsmodelle für empfohlene Screening-Untersuchungen diskutiert. Vier Grundtypen der Finanzierung können unterschieden werden:

- Finanzierung durch die öffentliche Hand
- Finanzierung durch das KVG
- Andere Formen der Finanzierung
- Kombinationen

3.1 Finanzierung durch die öffentliche Hand

Die Finanzierung durch die öffentliche Hand kann durch den Bund, durch die Kantone oder durch beide gemeinsam erfolgen. Im Vergleich zur Finanzierung via KVG, wo die Pro-Kopf-Prämien die sozial benachteiligten Schichten relativ stärker belasten, weist die Kostenübernahme durch die öffentliche Hand durch die Fiskalität eine grössere Finanzierungsgerechtigkeit auf.

3.1.1 Finanzierung des Screenings durch den Bund

Der Bund könnte das Screening vollständig mit allgemeinen Bundesmitteln finanzieren. Zurzeit liegen die hierfür nötigen gesetzlichen Grundlagen nicht vor und müssten noch geschaffen werden (siehe Teil 1, Szenario „Neue, umfassende nationale Gesetzesgrundlagen“).

Vorteile

- Einheitliche nationale Finanzierung der Massnahmen, dadurch Gewährleistung von Chancengleichheit und Versorgungssicherheit, Sicherstellung einer einheitlichen Qualität inkl. nationale Datenerhebung und –auswertung und im Vergleich zur kantonalen Lösung einfache Organisation.

Nachteile

- Hoher Finanzbedarf, da sowohl die medizinischen als auch die flankierenden Massnahmen bei diesem Modell über öffentliche Gelder finanziert würden.
- Eine solche zusätzliche Belastung des Bundeshaushalts läuft heutigen politischen Tendenzen entgegen.

Bemerkungen

Alternativ zu einer fiskalischen Finanzierung wäre bei einer Finanzierung des Screenings durch den Bund ein Modell „Verursacherprinzip“ möglich. Dabei wird von der Tatsache ausgegangen, dass gewisse Produkte und Verhaltensweisen das Risiko für Krebs erhöhen. Abgaben auf Tabakwaren, Alkoholika, möglicherweise auch auf gewissen Nahrungsmitteln und anderen Produkten würden bei diesem Modell für die Finanzierung

der Prävention sowie der Früherkennung von Krebs (bzw. umfassender für die Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten) herangezogen.

3.1.2 Finanzierung des Screenings durch die Kantone

Grundsätzlich ist es denkbar, dass die Kantone die nötigen Mittel für ein Screening mobilisieren. Die kantonalen Impfprogramme für Kinder (vor Einführung des KVG¹²) oder gewisse schulmedizinische Programme entsprechen diesem Modell.

Vorteile:

- Das Modell wurde (z.T. vor Einführung des KVG) bereits erfolgreich angewendet (Impfungen bei Kindern und Schulmedizin)

Nachteile:

- Für jedes Screening (Brustkrebs, Darmkrebs, Gebärmutterhalskrebs usw.) braucht es bei 26 Kantonen 26 Mal den entsprechenden Willen.
- Die Chancengleichheit und die Versorgungsgerechtigkeit kann zwar dort, wo ein kantonales Engagement vorliegt, gewährleistet werden. Interkantonal ist aber mit grossen Diskrepanzen zu rechnen, weil die Beteiligung der Kantone unterschiedlich sein wird.
- Es ist mit vielen verschiedenartigen Programmen zu rechnen, wodurch Synergieeffekte nicht genutzt werden und erhöhte Kosten zu erwarten sind.
- Die Budgets sind hoch, da sowohl die medizinischen als auch die flankierenden Massnahmen bei diesem Modell mit öffentlichen Mitteln zu finanzieren sind. Eine solche zusätzliche Belastung der Kantonshaushalte läuft heutigen Tendenzen zu deren Entlastung entgegen.

Eine Alternative zur Finanzierung von kantonalen Einzellösungen ist ein gemeinsames Vorgehen der Kantone, wie dies beim Leistungsvertrag zur Berufsbildungsregelung mit dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK), bei der Mitfinanzierung des Tox-Zentrums und des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) oder früher bei der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel IKS geschehen ist. Dieser Ansatz würde viele der oben aufgeführten Nachteile vermeiden. Vor- und Nachteile eines Modells mit gemeinsamen Vorgehen der Kantone unterscheiden sich nicht stark von jenen bei einer gemeinsamen Finanzierung des Screenings durch Bund und Kantone (siehe nachstehend).

3.1.3 Gemeinsame Finanzierung des Screenings durch Bund und Kantone

Bei dieser Lösung würde die Finanzierung des Screenings zu einer Verbundaufgabe. Als rechtliche Grundlage würde ein bundesrechtliches (Präventions-) Rahmengesetz benötigt. Die spezifischen Nachteile einer kantonalen Lösung könnten mit einem solchen Modell umgangen werden. Die finanziellen Lasten teilen sich auf Bund und Kantone auf.

Nach wie vor bleibt die Tatsache bestehen, dass eine solche Lösung heutigen Tendenzen zur Entlastung der Budgets der öffentlichen Hand zuwiderläuft. Die Einführung eines (Präventions-) Rahmengesetzes würde viele Jahre dauern.

3.2 Finanzierung durch das KVG

In Art. 26 KVG wird die medizinische Prävention geregelt (siehe Anhang). Sofern die medizinische Leistung in den Leistungskatalog aufgenommen wurde, wird sie durch die Krankenversicherer abgegolten. Dies ist beim Krebs Screening heute nur für die Mammographie der Fall, sofern sie, wie in der Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie vorgegeben, im Rahmen eines qualitätsgesicherten Programms mit europäischen Standards angeboten wird.

Die heutige Rechtsauslegung von Art. 26 KVG impliziert jedoch, dass die Qualitätssicherung bzw. die flankierenden Massnahmen generell (z.B. auch für das Monitoring, die Information, die Aus- und Fortbildung) fremdfinanziert werden müssen. Bei den existierenden Mammographie-Programmen der Romandie sind es die Kantone, welche diese flankierenden Massnahmen finanzieren (siehe Kap. 3.4.2 Standard-Modell).

¹² Viele kantonalen Impfprogramme wurden sistiert, seit die obligatorische Krankenversicherung eingeführt wurde.

Heute werden die opportunistisch durchgeführten Screening Tests nicht über Art. 26 KVG abgegolten, weil die Leistungserbringer die Massnahme nicht als Screening bzw. präventive Leistung, sondern als diagnostische Untersuchung deklarieren.

Auf die Nachteile der Pro-Kopf-Finanzierung des KVG wurde bereits hingewiesen.

3.2.1 Art. 26 KVG, Modell „Fallpauschale“

Bei einer Fallpauschale würden sowohl die medizinische Leistung als auch die nötigen flankierenden Massnahmen (Datenerhebung, Datenauswertung, Qualitätssicherung, Information usw.) durch eine Fallpauschale über Artikel 26 KVG abgegolten werden. Die Fallpauschale würde in einem konsensuellen Verfahren zwischen Leistungserbringern und Versicherern festgelegt. Aus präventionspolitischen Überlegungen – möglichst geringe Hemmschwellen – ist darauf zu achten, dass die Zielgruppen sowohl von der Franchise (gemäss Art. 64 KVG) als auch vom Selbstbehalt befreit werden.

Vorteile

- Eine Lösung mit Fallpauschale lag für ein nationales Mammographie-Screening Programm bereit, konnte aber wegen politischen Widerständen sowie Uneinigkeit betreffend die Höhe der Pauschale nicht realisiert werden. Die Vereinbarung sah eine volle Übernahme der Kostenbeteiligung, d.h. sowohl der Franchise als auch des Selbstbehaltes vor¹³.
- Dieser Ansatz würde eine rasche und einheitliche nationale Lösung ermöglichen.

Nachteile

- Die Gefahr besteht, dass keine Einigkeit zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern betreffend die Höhe der Fallpauschale gefunden werden kann.
- Es ist davon auszugehen, dass nicht alle wünschbaren qualitätsverbessernden Massnahmen realisiert werden können (z.B. keine oder nur beschränkt Gelder für die Information der Bevölkerung; Finanzierung eines nationalen Krebsregisters zur Überprüfung der Wirkung kaum möglich).

Anmerkung

- Die Rechtsauslegung des Artikels 26 in Bezug auf die Finanzierung von flankierenden Massnahmen sollte geklärt werden. Hierfür müsste allenfalls ein Gerichtsentscheid provoziert werden.

3.2.2 Art. 26 KVG, Modell „Qualitätsabgabe“

Die Leistung wird über Artikel 26 KVG abgerechnet. Die Leistungserbringer verpflichten sich, einen Anteil ihres Honorars an eine Einrichtung zur Sicherstellung der Qualität bzw. der flankierenden Massnahmen abzugeben (als Vergleich siehe z.B. die gesetzlich vorgegebenen Kontrollen der Röntgenapparate, welche zu Ausgaben auf Seite der Leistungserbringer führen, wenngleich diese nicht in eine zentrale Einrichtung fließen).

Vor- und Nachteile dieses Modells sind vergleichbar mit jenem von 26 KVG „Fallpauschale“. Erschwerend kommt hier hinzu, dass mit Problemen beim Inkasso zu rechnen ist. Der Beweis, dass die Leistungserbringer bereit sind, bei unserem System des Tiers Garant eine solche Abgabe zu bezahlen, wenn gleichzeitig die Gefahr besteht, dass die Leistung wegen schlechter Zahlungsmoral vom Patienten nicht vergütet wird, müsste noch erbracht werden.

3.2.3 Art. 19 KVG

Eine Lösung mittels Artikel 19 impliziert, dass der Bundesrat eine Institution – im Vordergrund steht die Gesundheitsförderung Schweiz – beauftragt, opportunistische Screeningsysteme oder sogar Screening Programme aufzubauen. Alle anfallenden Kosten (inkl. medizinische Leistungen) werden über Artikel 19 entgolten. Gemäss Art. 20 KVG hat das Eidg. Department des Innern die Kompetenz, die Beitragssätze zur Finanzierung dieser Leistungen anzupassen.

¹³ Gisler R., Abschlussbericht «Gesamtschweizerisches Programm für Mammographie-Screening» Stiftung zur Früherkennung von Krebs, Bern 2000

Vorteile:

- Das gesamte Screening, sowohl die medizinischen als auch die flankierenden Leistungen, werden im Rahmen von Artikel 19 umgesetzt und finanziert.
- Das Angebot erfolgt ohne Franchise und Selbstbehalt.
- Die Leistungserbringer müssen nicht zwingend Ärzte sein.
- Chancengleichheit und Versorgungsgerechtigkeit sind weitgehend gewährleistet.

Nachteile:

- Die „Nutzung“ von Artikel 19 für die Früherkennung entspricht nicht der bisherigen Praxis. Eine gesetzliche Anpassung dürfte nötig sein.
- Die Strukturen und Prozesse für die Verrechnung der medizinischen Leistungen müssten neu aufgebaut und eingeführt werden.

Anmerkungen:

- Art. 19 KVG bezweckt die Gesundheitsförderung und die Verhütung von Krankheiten (siehe Anhang). Damit ist dieser Artikel innerhalb des KVG ein Fremdkörper. Einige Fachleute äusserten deshalb Zweifel, ob es angesichts dieser Tatsache sinnvoll ist, für Art. 19 KVG weitere Aufgaben zu definieren.
- Bei der Früherkennung stellt sich die Frage, ob von einer Verhütung von Krankheiten gesprochen werden kann. Allenfalls müsste differenziert werden zwischen z.B. der Koloskopie mit endoskopischer Entfernung von Polypen, welche eine Krankheit verhüten kann und der Mammographie, welche die Krankheit nicht verhütet sondern deren frühzeitige Diagnose ermöglicht. Jedenfalls müsste bei Anwendung dieses Modells sicher gestellt werden, dass der Gesetzestext so lautet, dass das Screening für eine Krankheit damit abgedeckt werden kann.

3.2.4 Kombination von Art. 26 und Art. 19 KVG

Die medizinischen Leistungen werden über Art. 26 KVG entgolten, die flankierenden Massnahmen werden mittels Art. 19 KVG finanziert.

Vorteile:

- Die medizinischen Leistungen können über den Artikel 26 in bekannter Weise abgewickelt und finanziert werden.
- Die Kosten für die flankierenden Massnahmen werden mit Art. 19 gedeckt.
- Mit diesem Modell könnte eine einheitliche nationale Lösung geschaffen werden, welche auch die Versorgungsgerechtigkeit gewährleistet.
- Das Know-how für die Einführung und Umsetzung der flankierenden Massnahmen ist bei der Gesundheitsförderung Schweiz schon weitgehend vorhanden.

Nachteile:

- Die „Nutzung“ von Artikel 19 für die Früherkennung entspricht nicht der bisherigen Praxis.
- Die Abgrenzung zwischen medizinischer Leistung und flankierenden Massnahmen müsste möglicherweise für jedes Screening Programm separat definiert werden.

3.2.5 Leistungsabwicklung über die gemeinsame Einrichtung nach Art. 18 KVG

Der Artikel 18 KVG bezieht sich auf die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherer, welche insbesondere die Leistungen von zahlungsunfähigen Versicherern gewährleisten soll. Diese Einrichtung kann zusätzliche Aufgaben von Kantonen, Bund und Versicherern übernehmen (siehe Anhang). Grundsätzlich ist somit vorstellbar, dass Screening Programme über Art. 18 abgewickelt werden, sei es vollumfänglich über Artikel 18 oder auch als Modell „Kombination von Art. 18 und Art. 26 KVG“.

Diese Modelle gleichen den Modellen „Art. 19 KVG“ bzw. „Art. 19 + 26 KVG“. Es ist jedoch bei einer Umsetzung des Screenings mit Art. 18 KVG mit grösseren Widerständen zu rechnen, als bei den Lösungsansätzen mit Art. 19 KVG. Bei letzterem ist der primäre Zweck immerhin die „Förderung der Verhütung von Krankheiten“.

3.3 Andere Formen der Finanzierung

3.3.1 Konsumenten bezahlen selbst

Die Leistungen werden von den Leistungserbringern angeboten und von den Kunden direkt bezahlt.

Vorteile:

- Wird bereits umgesetzt

Nachteile:

- Angemessene Untersuchungen werden einem grossen Teil der Bevölkerung vorenthalten, die Chancengleichheit bzw. Versorgungsgerechtigkeit kann somit nicht gewährleistet werden.
- Die Qualität des Angebots kann nicht gesichert werden, sinnvolle Untersuchungen laufen so Gefahr, in qualitativ ungenügender Weise durchgeführt zu werden.
- Unsinnige Untersuchungen werden angeboten, welche Ressourcen verzehren, die anderweitig wirkungsvoller eingesetzt werden könnten.
- Wirkungsevaluationen sind kaum möglich.

Anmerkungen

Dieses Modell eignet sich höchstens für Untersuchungen, welche aufgrund der Evidenzen nicht für die breite Anwendung empfohlen werden.

3.3.2 Private freiwillige Zusatzversicherung

Konsumenten bezahlen freiwillig eine Prämie und erhalten so Anspruch auf entsprechende Zusatzleistungen.

Dieses Modell gleicht der Variante Selbstzahlung und unterscheidet sich betreffend Vor- und Nachteilen nicht grundsätzlich von dieser. Es bestehen Zweifel, ob das Modell einer Zusatzversicherung für Screening-Untersuchungen geeignet ist. Immerhin könnte bei diesem Modell gegenüber dem Selbstzahlungs-Modell die Qualität der Angebote durch die Versicherer kontrolliert werden.

3.3.3 Arbeitgeber-/Arbeitnehmer-Beiträge

Die Prävention wird über Lohnprozente finanziert. Die technische Abwicklung der Finanzierung wird an die AHV/IV oder an die Unfallversicherung gekoppelt.

Dieses Modell stellt einen grundlegend neuen Ansatz dar und müsste, sofern es ernsthaft in Betracht gezogen wird, bezüglich Vor- und Nachteilen im Detail analysiert werden. Es sei hier festgehalten, dass – im Gegensatz zur Altersvorsorge – zwischen dem Lohn und dem Screening kein direkter inhaltlicher Zusammenhang besteht.

3.3.4 Präventionsholding

Im Bericht des BAG „Mögliche Szenarien für Prävention im Rahmen von Public Health in der Schweiz“ wird die Idee einer Präventionsholding skizziert, aber ohne dass näher darauf eingegangen wird: Kantone, Gemeinden und Krankenversicherer finanzieren eine Einrichtung. Aus dem Globalbudget werden im Rahmen von Submissionsverfahren Aufträge an Präventionsorganisationen vergeben.

3.4 Kombinationsmodelle

3.4.1 Art. 26 KVG und Bundesbeteiligung

Anstatt dass der Bund die gesamten Aufwendungen für das Screening übernimmt, finanziert er bei dieser Lösung nur die flankierenden Massnahmen. Die medizinischen Leistungen werden über Artikel 26 KVG beglichen.

Vorteile:

- Die Lösung ist gesamtschweizerisch gültig, d.h. dass es keine kantonalen Einzellösungen gibt, was mit Effizienz- und Qualitätsgewinnen verbunden ist.
- Die Belastung der Bundeskasse ist bedeutend geringer als bei einer Gesamtfinanzierung des Screenings durch den Bund

Nachteile:

- Für diese Lösung braucht es neue gesetzliche Grundlagen
- Neue Bundsaufgaben laufen dem Zeitrend, welcher eine Entlastung des Bundeshaushaltes bezweckt, entgegen.

3.4.2 Art. 26 KVG und kantonale Beteiligung (Standard-Modell)

Anstatt dass die Kantone die gesamten Aufwendungen für das Screening übernehmen, finanzieren sie bei dieser Lösung nur die flankierenden Massnahmen. Die medizinischen Leistungen werden über Artikel 26 KVG beglichen. Dieses Modell wird bei den Mammographie-Programmen in der Romandie umgesetzt.

Vorteile:

- Dieses Modell wird bereits umgesetzt (siehe z.B. Mammographie Screening GE, VD, VS, FR, JU), das Vergütungsmodell existiert und funktioniert, die Leistungserbringer kooperieren.
- Gegenüber dem Modell mit einer vollständigen Finanzierung des Screenings durch die Kantone ergeben sich Entlastungen der Kantonshaushalte.
- Das Modell findet breite politische Unterstützung, wenn für die flankierenden Massnahmen eine Finanzierung gefunden werden konnte.

Nachteile:

- Die Kantone zu motivieren, die flankierenden Massnahmen zu finanzieren, ist erfahrungsgemäss schwierig. Der dafür nötige Aufwand muss 26 Mal geleistet werden.
- Das Beispiel Mammographie zeigt, dass es zu Ungleichheiten bei der Versorgung führen kann (nicht alle Kantone haben solche Programme).
- Gemäss Artikel 64 Absatz 6d KVG kann der Bund einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise ausnehmen (s. Anhang). Der Selbstbehalt von 10% bleibt jedoch bestehen, ausser es eröffnen sich weitere Finanzierungsquellen wie im Wallis.

3.4.3 Art. 26 und gemeinsame Beteiligung von Bund und Kantonen

Dieser Ansatz ermöglicht die Vorteile einer Bundeslösung und vermeidet die spezifischen kantonalen Nachteile. Die Kosten für die flankierenden Massnahmen werden auf Bund und Kantone verteilt. Auch hier gilt, dass es für eine solche Lösung neue gesetzliche Grundlagen braucht ((Präventions-) Rahmengesetz) und dass damit eine neue öffentliche Aufgabe übernommen würde, was nicht dem Zeitrend entspricht.

4 DISKUSSION UND EMPFEHLUNGEN

In den Erörterungen der Arbeitsgruppe haben sich für die weiteren Diskussionen drei Umsetzungs- und Finanzierungsmodelle herauskristallisiert, welche sich bezüglich der gesetzlichen Anforderungen grundsätzlich unterscheiden. Das erste Modell bedarf keiner gesetzlichen Änderungen, eine zweite Variante geht mit leichten Gesetzesanpassungen einher. Der dritte Vorschlag impliziert ein neues Bundesgesetz. Es handelt sich bei den ausgewählten Modellen gemäss Einschätzung der Fachleute um die jeweils „best of class“. Durch die systematische Aufführung von anderen Modellen in den Kapiteln 2 und 3 dieses Papiers sollen die Leser jedoch eingeladen werden, die Erkenntnisse der Arbeitsgruppe kritisch zu hinterfragen und sich eine eigene Meinung zu bilden.

1. Screening auf der Basis der bestehenden Gesetzgebung und einer Fallpauschale

Die einfachste und theoretisch schnellste Lösung ist eine Finanzierung von Screening-Programmen mittels Art. 26 KVG, mit Vereinbarung von Fallpauschalen zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern. Die Fallpauschalen müssten explizit die Finanzierung von flankierenden Massnahmen mitumfassen. Eine solche Lösung war in Griffweite, als es um die Einführung eines nationalen Mammographie

Screening-Programms ging. Dieser Ansatz würde zu einheitlichen schweizerischen Qualitätsstandards und damit zu einer Homogenisierung des Angebots führen. Wie sich gezeigt hat, können unterschiedliche Vorstellungen über die Höhe der Pauschale diesen Ansatz verunmöglichen. Realistischerweise dürften sich die qualitätssichernden Massnahmen bei diesem Modell auf die medizinischen Leistungen konzentrieren. Dass damit auch Informationsmaterialien und –kampagnen realisiert werden können, ist zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen aber doch zumindest fraglich. Das Monitoring der epidemiologischen Daten zur Messung der Wirkung des Screenings könnte mit dieser Lösung nicht gewährleistet werden (Finanzierung eines nationalen Krebsregisters).

2. Screening basierend auf den Artikeln 26+19 des KVG

Als Alternative zur Lösung Art. 26 KVG mit Fallpauschale wird ein Modell vorgeschlagen, welches auf Art. 26 KVG für die medizinischen Leistungen aufbaut, jedoch für die flankierenden Massnahmen Art. 19 KVG benutzt. Dieser Ansatz dürfte eine Anpassung des Artikels 19 erfordern, welche im Rahmen einer KVG-Revision erfolgen könnte. Auch mit dieser Lösung würden nationale Standards resultieren. Die Finanzierung wäre nicht mehr von einem schwierigen Einigungsprozess unter den Stakeholdern abhängig. Neben der Qualitätssicherung der medizinischen Leistungen könnten so auch Informationskampagnen und weitere Initiativen für die Verbesserung des Screenings umgesetzt werden. Eine Wirkungsüberprüfung durch ein systematisches Monitoring der epidemiologischen Daten, was ein nationales Krebsregister impliziert, ist mit dieser Lösung wohl nur durch die Generierung zusätzlicher Mittel möglich.

3. Screening basierend auf Art. 26 KVG und einem neuen (Präventions-) Rahmengesetz

Bei dieser Lösung werden die medizinischen Leistungen über das KVG abgerechnet. Die flankierenden Massnahmen werden in einem neuen Gesetz definiert und deren Finanzierung sichergestellt, wobei sich sowohl Bund als auch Kantone beteiligen. Der Aufwand und der Zeitbedarf für die Einführung eines solchen Gesetzes sind gross. Dafür würden dadurch grundsätzliche Lösungen ermöglicht werden, generell im Bereich der Prävention, der Bekämpfung von chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten und/oder im Bereich der Qualitätssicherung bei medizinischen Leistungen. Die Erhebung der epidemiologischen Daten für eine Wirkungsüberprüfung könnte gesetzlich verankert werden. Ein weiterer Vorteil liegt in der Finanzierungsgerechtigkeit, welche bei diesem Modell, zumindest für die flankierenden Massnahmen zum Tragen kommt, da die Finanzierung fiskalisch und nicht mit Pro-Kopf-Beiträgen wie im KVG erfolgt. Für die Finanzierung käme bei diesem Modell auch das Verursacherprinzip in Frage, wobei Abgaben auf gesundheitsgefährdenden Produkten erhoben werden.

Die Arbeitsgruppe schlägt für das weitere Vorgehen eine Reihe von Massnahmen vor:

- Die rechtlichen Implikationen der drei verschiedenen Modelle sollen näher abgeklärt werden. Ebenfalls geklärt werden müssen die Voraussetzungen, welche für deren Einführung nötig sind. Insbesondere ist abzuklären, ob Modell „Art. 26+19 KVG“ im Rahmen der laufenden KVG-Revision behandelt werden könnte.
- Zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern sollen Gespräche initiiert werden, um deren Bereitschaft für die Vereinbarung von Fallpauschalen zu erheben und um abzuklären, ob mit solchen Pauschalen Massnahmen zur Sicherung der Qualität der medizinischen Leistungen finanziert werden könnten.
- Den (potentiellen) Kostenträgern Bund, Kantone und Krankenversicherer sowie den Leistungserbringern und weiteren Stakeholdern sollen die verschiedenen Modelle zur Stellungnahme unterbreitet werden.

Grundsätzlich ist vorstellbar, dass ein zeitlich gestaffeltes Vorgehen gewählt wird. Sofern eine Revision des KVG nicht in nützlicher Frist erzielt werden kann, wird versucht, vorerst mittels Fallpauschalen minimale qualitätssichernde Massnahmen zur Optimierung der medizinischen Leistungen einzuführen. Mit einer Revision des KVG würden diese verstärkt und mindestens mit Informationsleistungen für die Bevölkerung ergänzt werden. Längerfristig ist die Einführung eines bundesrechtlichen Rahmengesetzes für die Prävention oder für die Bekämpfung der chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten zu erwägen. Ein solches Gesetz könnte ein zielgerichtetes und umfassendes Vorgehen beim Screening ermöglichen, würde eine Wirkungsüberprüfung mit beinhalten und könnte sich nicht nur beim Krebs-Screening, sondern in der Gesundheitsvorsorge generell positiv auswirken.

5 ANHANG: AUSWAHL VON GESETZESTEXTEN

5.1 Bundesverfassung, ausgewählte Artikel

Art. 117 Kranken- und Unfallversicherung

¹ Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.

² Er kann die Kranken- und die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

Stand am 11. Mai 2004

Art. 118 Schutz der Gesundheit

¹ Der Bund trifft im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit.

² Er erlässt Vorschriften über:

- a. den Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können;
 - b. die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren;
 - c. den Schutz vor ionisierenden Strahlen.
-

Stand am 15. Juli 2003

5.2 KVG, ausgewählte Artikel

Art. 18

¹ Die Versicherer gründen eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung. Die Stiftungsurkunde und die Reglemente der Einrichtung bedürfen der Genehmigung durch das Departement. Kommt die Gründung der gemeinsamen Einrichtung nicht zustande, so nimmt der Bundesrat sie vor. Er erlässt die nötigen Vorschriften, wenn sich die Versicherer über den Betrieb der Einrichtung nicht einigen können.

² Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern.

^{2bis} Die gemeinsame Einrichtung entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.¹

^{2ter} Sie weist Rentner und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen und die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.²

^{2quater} Sie unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung nach Artikel 65a für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.³

^{2quinquies} Sie führt die Prämienverbilligung nach Artikel 66a durch.⁴

^{2sexies} Die gemeinsame Einrichtung kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen.⁵

- ³ Der Bundesrat kann der gemeinsamen Einrichtung weitere Aufgaben übertragen, namentlich zur Erfüllung internationaler Verpflichtungen.
- ⁴ Die Versicherer können ihr im gegenseitigen Einvernehmen bestimmte Aufgaben von gemeinsamem Interesse anvertrauen, namentlich im administrativen und technischen Bereich.
- ⁵ Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 4 müssen die Versicherer zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. Die gemeinsame Einrichtung fordert diese Beiträge ein und erhebt bei verspäteter Zahlung einen Verzugszins. Die Höhe der Beiträge und des Verzugszinses bemisst sich nach den Reglementen der gemeinsamen Einrichtung.⁶
- ^{5bis} Der Bund übernimmt die Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2^{bis}-2^{quinquies}.⁷
- ⁶ Der Bundesrat regelt die Finanzierung der Aufgaben, die er der gemeinsamen Einrichtung nach Absatz 3 überträgt.
- ⁷ Die gemeinsame Einrichtung führt für jede ihrer Aufgaben eine getrennte Rechnung. Sie genießt Steuerfreiheit nach Artikel 80 ATSG.^{8,9}

¹ Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 ([AS 2002 858](#); [BBI 2000 4083](#)). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS [2002 685 700](#); BBI [2001 4963](#)).

² Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 ([AS 2002 858](#); [BBI 2000 4083](#)). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS [2002 685 700](#); BBI [2001 4963](#)).

³ Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 ([AS 2002 858](#); [BBI 2000 4083](#)). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS [2002 685 700](#); BBI [2001 4963](#)).

⁴ Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 ([AS 2002 858](#) 861; [BBI 2000 4083](#)).

⁵ Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 ([AS 2002 858](#) 861; [BBI 2000 4083](#)).

⁶ Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 ([AS 2000 2305](#) 2311; [BBI 1999 793](#)).

⁷ Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 ([AS 2002 858](#) 861; [BBI 2000 4083](#)).

⁸ SR [830.1](#)

⁹ Fassung des Satzes gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (SR [830.1](#))

Stand am 28. Januar 2003

Art. 19 Förderung der Verhütung von Krankheiten

- ¹ Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.
- ² Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.
- ³ Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.

Stand am 28. Januar 2003

Art. 20 Finanzierung, Aufsicht

¹ Von jeder nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Person ist jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung zu erheben.

² Das Departement setzt auf Antrag der Institution den Beitrag fest. Es erstattet den zuständigen Kommissionen der eidgenössischen Räte Bericht über die Verwendung dieser Mittel.¹

³ Es übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Institution aus.² Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht sind dem Bundesamt zur Genehmigung vorzulegen.

¹ Fassung gemäss Anh. Ziff. II 10 des BG vom 22. März 2002 über die Anpassung von Organisationsbestimmungen des Bundesrechts, in Kraft seit 1. Febr. 2003 ([AS 2003 187](#) 188; [BBl 2001 3845](#)).

² Fassung gemäss Anh. Ziff. II 10 des BG vom 22. März 2002 über die Anpassung von Organisationsbestimmungen des Bundesrechts, in Kraft seit 1. Febr. 2003 ([AS 2003 187](#) 188; [BBl 2001 3845](#)).

Stand am 28. Januar 2003

Art. 26 Medizinische Prävention

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

Stand am 28. Januar 2003

Art. 58 Qualitätssicherung

¹ Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.

² Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

³ Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

a.

vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;

b.

besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

Stand am 28. Januar 2003

Art. 64

¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und

b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

⁴ Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

⁵ Die Versicherten leisten zudem einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Der Bundesrat setzt den Beitrag fest.

⁶ Der Bundesrat kann:

- a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen;
- b. für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;
- c. die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist;
- d.¹ einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise ausnehmen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

⁷ Auf den Leistungen bei Mutterschaft darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben.

⁸ Kostenbeteiligungen dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme dieser Kosten vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.²

¹ Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 ([AS 2000 2305](#) 2311; [BBI 1999 793](#)).

² Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 ([AS 2000 2305](#) 2311; [BBI 1999 793](#)). Siehe auch die SchIB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

Stand am 28. Januar 2003

5.3 Epidemiengesetz, ausgewählte Artikel

Art. 1

Grundsatz

¹ Bund und Kantone treffen auf Grund dieses Gesetzes die nötigen Massnahmen, um übertragbare Krankheiten des Menschen zu bekämpfen. Die mit der Durchführung des Gesetzes beauftragten Behörden können bestimmte amtliche Aufgaben und Befugnisse privaten gemeinnützigen Organisationen übertragen.

³ Bund und Kantone treffen im weiteren die nötigen Massnahmen, um den Menschen vor Erregern zu schützen.²

¹ SR [818.102](#)

² Eingefügt durch Anhang Ziff. 5 des BG vom 21. Dez. 1995 (AS [1997 1155 1174](#); BBI [1993 II 1445](#)). Fassung gemäss Anhang Ziff. 7 des Gentechnikgesetzes vom 21. März 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (SR [814.91](#)).

³ SR [814.91](#)

⁴ Eingefügt durch Anhang Ziff. 7 des Gentechnikgesetzes vom 21. März 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (SR [814.91](#)).

Art. 9

Oberaufsicht, Koordination

Der Bund übt die Oberaufsicht über die Durchführung des Gesetzes aus und koordiniert wenn nötig die Massnahmen der Kantone.

Art. 11

Grundsatz

Die Kantone treffen die Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Vorbehalten bleibt Artikel 10.

5.4 Unfallversicherungsgesetz, ausgewählte Artikel**Art. 9 Berufskrankheiten**

¹ Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten (Art. 3 ATSG¹), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind.² Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen.

² Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind.

¹ SR [830.1](#)

² Fassung gemäss Anhang Ziff. 12 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (SR [830.1](#)).

Stand am 20. Januar 2004

Art. 79 Aufgaben des Bundes

¹ Die Aufsichtsbehörden (Art. 76 ATSG¹) sorgen für eine einheitliche Rechtsanwendung. Sie können dazu von den Versicherern Auskünfte einfordern. Sie ergreifen Massnahmen zur Behebung von Mängeln und sorgen namentlich für die Führung von einheitlichen Statistiken, die insbesondere der Beschaffung versicherungstechnischer Grundlagen, der Prämienbemessung und der Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten dienen.²

¹ SR [830.1](#)

² Fassung gemäss Anhang Ziff. 12 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (SR [830.1](#)).

Art. 80 Aufgaben der Kantone

Die Kantone klären die Arbeitgeber über ihre Versicherungspflicht auf; sie überwachen deren Einhaltung. Sie können ihre AHV-Ausgleichskassen verpflichten, bei der Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht mitzuwirken.

Stand am 20. Januar 2004

Art. 84 Befugnisse der Durchführungsorgane

¹ Die Durchführungsorgane können nach Anhören des Arbeitgebers und der unmittelbar betroffenen Versicherten bestimmte Massnahmen zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten anordnen. Der Arbeitgeber hat den Durchführungsorganen den Zutritt zu allen Arbeitsräumen und Arbeitsplätzen des Betriebs zu gewähren und ihnen zu gestatten, Feststellungen zu machen und Proben zu entnehmen.

² Die Durchführungsorgane können Versicherte, die hinsichtlich Berufsunfällen oder Berufskrankheiten durch bestimmte Arbeiten besonders gefährdet sind, von diesen Arbeiten ausschliessen. Der Bundesrat ordnet die Entschädigung für Versicherte, die durch den Ausschluss von ihrer bisherigen Arbeit im Fortkommen erheblich beeinträchtigt sind und keinen Anspruch auf andere Versicherungsleistungen haben.

Stand am 20. Januar 2004

Art. 85 Zuständigkeit und Koordination

¹ Die Durchführungsorgane des Arbeitsgesetzes vom 13. März 1964¹ und die SUVA vollziehen die Bestimmungen über die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten. Der Bundesrat regelt die Zuständigkeit und die Zusammenarbeit der Durchführungsorgane. Er berücksichtigt ihre sachlichen, fachlichen und personellen Möglichkeiten.

² Der Bundesrat bestellt eine Koordinationskommission von neun bis elf Mitgliedern und wählt einen Vertreter der SUVA zum Vorsitzenden. Die Kommission setzt sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherer und der Durchführungsorgane des Arbeitsgesetzes zusammen.²

³ Die Koordinationskommission stimmt die einzelnen Durchführungsbereiche aufeinander ab, soweit der Bundesrat hierüber keine Bestimmungen erlassen hat; sie sorgt für eine einheitliche Anwendung der Vorschriften über die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten in den Betrieben. Sie kann dem Bundesrat Anregungen zum Erlass solcher Vorschriften unterbreiten und die SUVA ermächtigen, mit geeigneten Organisationen Verträge über besondere Durchführungsaufgaben auf dem Gebiete der Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten abzuschliessen.

⁴ Die Beschlüsse der Koordinationskommission sind für die Versicherer und die Durchführungsorgane des Arbeitsgesetzes verbindlich.

⁵ Der Bundesrat übt die Aufsicht (Art. 76 ATSG³) über die Tätigkeit der Koordinationskommission aus.⁴

¹ SR [822.11](#)

² Siehe auch Art. 5 der V vom 20. Sept. 1982 über die Inkraftsetzung und Einführung des BG über die Unfallversicherung (SR [832.201](#)).

³ SR [830.1](#)

⁴ Fassung gemäss Anhang Ziff. 12 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (SR [830.1](#)).

Stand am 20. Januar 2004

5.5 Strahlenschutzgesetz, ausgewählte Artikel

Art. 1 Zweck

Dieses Gesetz bezweckt, Mensch und Umwelt vor Gefährdungen durch ionisierende Strahlen zu schützen.

Stand am 28. Januar 2003

Art. 13 Medizinische Massnahmen bei beruflich strahlenexponierten Personen

¹ Beruflich strahlenexponierte Arbeitnehmer, die obligatorisch versichert sind, unterstehen den medizinischen Massnahmen zur Verhütung von Berufskrankheiten nach den Artikeln 81–87 des Unfallversicherungsgesetzes vom 20. März 1981¹.

² Der Bundesrat kann medizinische Massnahmen auch für andere beruflich strahlenexponierte Personen vorschreiben.

³ Beruflich strahlenexponierte Personen sind verpflichtet, sich einer angeordneten medizinischen Kontrolle zu unterziehen.

¹ SR [832.20](#)

Stand am 28. Januar 2003