

Département universitaire de médecine  
et de santé communautaires  
Lausanne

Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich

## MAMMOGRAPHIE-SCREENING IN DER SCHWEIZ

Eine retrospektive Analyse zur Umsetzung

*Karin Faisst, Regula Ricka-Heidelberg*

**Erarbeitet im Auftrag:**

der Schweizerischen Krebsliga, des Bundesamtes für  
Gesundheit, des Konkordats der Schweizerischen  
Krankenversicherer und der Sanitätsdirektorenkonferenz

**Zitieren:**

Faisst K, Ricka-Heidelberger R. Mammographie-Screening  
in der Schweiz: Eine retrospektive Analyse zur Umsetzung.  
Lausanne, Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich, 2001 (Raisons de santé, 70).

**Bestellungen:**

Bestellschein am Ende des Berichtes.

# INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung .....	4
Résumé .....	9
1 Problemstellung .....	14
1.1 Ausgangslage .....	14
1.1.1 Programme in anderen Ländern .....	14
1.1.2 Situation in der Schweiz .....	15
1.2 Zielsetzung .....	16
2 Methodisches Vorgehen .....	18
2.1 Dokumentationsanalyse .....	18
2.2 Experteninterviews .....	19
2.2.1 Auswahl der Expertinnen und Experten .....	19
2.2.2 Interviewleitfaden .....	20
2.3 Auswertung .....	22
3 Resultate .....	23
3.1 Beschreibung der wesentlichen Aktivitäten zur Programmentwicklung .....	23
3.1.1 Wesentliche Aktivitäten in der Schweiz vor der Einführung des KVG .....	23
3.1.2 Wesentliche Aktivitäten in der Schweiz nach der Einführung des KVG .....	25
3.2 Experteninterviews .....	29
3.2.1 Grundeinstellung zum organisierten Mammographie-Screening .....	29
3.2.2 Gesetzliche Grundlagen .....	31
3.2.3 Strukturen im schweizerischen Gesundheitswesen .....	33
3.2.4 Finanzierung .....	35
3.2.5 Rollen und Kompetenzen .....	38
3.2.6 Wirksamkeit .....	40
3.3 Internationale Expertise .....	41
4 Diskussion .....	45
5 Lösungsansätze .....	49
6 Literaturverzeichnis .....	51
Anhang .....	55
A <b>Kopien der gesetzlichen Grundlagen</b>	
▪ Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, 3. Kapitel: Massnahmen der Prävention, Artikel 12, lit o (Mammographie) vom 29. September 1995, Änderungen vom 4. Juli 1997, 29. Juni 1999, Dezember 2000	
▪ Verordnung vom 23. Juni 1999 über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie	
B <b>Interviewleitfaden</b>	

## Zusammenfassung

### Ausgangslage

Seit 1996 ist die Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren eine Pflichtleistung der schweizerischen Grundversicherung. Die Übernahme der Leistung ist bis zum 31. Dezember 2007 befristet. Die bis dahin vorliegende Evidenz soll Grundlage sein, um über die Fortführung zu entscheiden. Die Übernahme der Leistung ist zudem an einen Qualitätssicherungsvertrag gebunden. Da die Verhandlungspartner diesen Qualitätsvertrag nicht fristgerecht abschlossen, erliess der Bundesrat am 23. Juni 1999 eine Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie.

Diese Qualitätsanforderungen beinhalten, dass die Mammographie in Form von organisierten Programmen angeboten werden müssen. Solche Programme sind darauf ausgerichtet

- der Zielgruppe einen flächendeckenden Zugang zu sichern,
- eine hohe Untersuchungsqualität zu garantieren, um mögliche Nebenwirkungen der Untersuchung zu vermindern,
- die nötigen Voraussetzungen für eine Wirksamkeitsüberprüfung zu schaffen.

Mit organisierten Mammographie-Screening-Programmen wurde in der Schweiz erstmals ein Public-Health-Programm für nicht-übertragbare Krankheiten Bestandteil des Pflichtleistungskatalogs.

Die Einführung und die Umsetzung eines nationalen Mammographie-Screening-Programms stiess auf grosse Probleme und Widerstände bei verschiedenen Akteuren. Die gegenwärtige Situation in der Schweiz lässt sich wie folgt beschreiben:

Organisierte Programme werden nur in drei Kantonen (Genf, Waadt, Wallis) angeboten. Für Frauen, die in anderen Kantonen leben und die eine Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs in Anspruch nehmen wollen, wird die Untersuchung in Form eines sogenannten 'unsystematischen Screenings' angeboten. Im März 2000 wurde der Aufbau von Mammographie-Screening-Programmen – besonders in der Deutschschweiz – sistiert.

Anfang 2001 wurde die Mammographie von der Franchise (nicht jedoch vom Selbstbehalt) befreit, wenn sie im Rahmen von kantonalen oder nationalen Programmen durchgeführt wird.

### Zielsetzung

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse einer weiterführenden und detaillierten Analyse über Erfahrungen bei der Planung, Einführung und Umsetzung der Mammographie-Screening-Programme bzw. eines gesamtschweizerischen Programms zusammen. Faktoren, die den Prozess der Umsetzung positiv bzw. negativ beeinflussten werden beschrieben. Die Studie ist als Ergänzung zum Schlussbericht des ehemaligen Geschäftsführers der Stiftung zur Früherkennung von Krebs gedacht. Die Ergebnisse dieser Studie können den Auftraggebern sowie weiteren politischen Verantwortlichen wichtige Hinweise für erfolversprechende Strategien für die Planung und Umsetzung künftiger Aktivitäten auf diesem Gebiet liefern.

Das Projekt ist Teil der Globalevaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase 2, 2000-2003 der Institute für Sozial- und Präventivmedizin.

## **Methodisches Vorgehen**

Das Vorgehen beinhaltete eine Dokumentenanalyse und Interviews mit 16 Expertinnen und Experten:

### *Dokumentenanalyse*

Der Schwerpunkt der Analyse fokussierte auf Unterlagen, welche Aktivitäten zur Planung, Einführung und Umsetzung von organisierten Programmen bzw. eines nationalen Mammographie-Screening-Programms vor und nach Einführung des neuen KVG in der Schweiz beschreiben.

### *Experteninterviews*

Als Interviewpartnerinnen und -partner wurden 15 nationale Vertreterinnen bzw. Vertreter aus den Bereichen Politik, Verwaltung, Ärzteschaft, Forschung, Public-Health, Gesundheitsökonomie und einer Selbsthilfeorganisation ausgewählt. Der Interviewleitfaden orientierte sich am Schlussbericht des ehemaligen Geschäftsführers der Stiftung zur Früherkennung von Krebs. Die daraus abgeleiteten Fragen konzentrierten sich auf folgende Themengebiete:

- gesetzliche Grundlagen,
- Strukturen im schweizerischen Gesundheitswesen,
- Finanzierung,
- Rollen und Kompetenzen der Akteure,
- Wirksamkeit.

In Ergänzung wurde ein internationaler Experte interviewt, um die Ergebnisse zu validieren und vor dem Hintergrund von internationalen Erfahrungen zu diskutieren.

## **Ergebnisse**

Alle befragten Expertinnen und Experten befürworteten, dass die Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs in organisierter Form und nach festgelegten Qualitätskriterien durchgeführt werden sollte. Schwierigkeiten der Programmumsetzung beruhen weniger auf der Untersuchung an sich als vielmehr auf Problemen, die im Zusammenhang mit einem Public-Health-Programm stehen (z.B. Finanzierung von nicht-medizinischen Leistungen, Aufgabenteilung von Bund und Kantonen, Rollenveränderungen der Akteure). Weiter wurde der politische Wille zur Umsetzung als gering eingeschätzt. Als Hauptgrund dafür wurde die kontroverse Diskussion über die Wirksamkeit der Untersuchung angeführt.

Als Gründe für eine fehlende Einigung auf einen Qualitätsvertrag wurden Unklarheiten bei der Finanzierung (n=11), Zeitdruck (n=5) und fehlender politischer Wille (n=4) angeführt. Der Inhalt der Verordnung zur Qualitätssicherung wurde mehrheitlich befürwortet. Das Vorgehen von den Behörden bei der Prozessgestaltung wurde dagegen kritisiert.

Die Interviewpartnerinnen und -partner waren der Ansicht, dass die ausgeprägte föderalistische Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, die Umsetzung von Public-Health-Programmen in der Schweiz erschwere. Dies wurde damit begründet, dass der Bund (Bundesamt

für Sozialversicherung) über die Aufnahme der Leistung in den Leistungskatalog der Grundversorgung entscheide, die Kantone dagegen für die Gesundheitsversorgung zuständig seien. Den Kantonen wurde vorgehalten, dass sie ihre Aufgaben nur ungenügend wahrgenommen haben. Es bestand Einigkeit, dass Bund und Kantone Verantwortung und Aufgaben gemeinsam übernehmen müssen. Eine nationale Gesundheitspolitik könne möglicherweise die Umsetzung fördern.

Die Finanzierung der Programme wurde als wichtigste Ursache für die bisher gescheiterten Umsetzungsbemühungen verantwortlich gemacht. Insbesondere die Finanzierung von nicht-medizinischen Leistungen hat das grösste Konfliktpotential. Als Kritik wurde angeführt, dass die finanzielle 'Machbarkeit' im Voraus ungenügend abgeklärt wurde.

Neun der 15 Befragten schätzten die Unterstützung von Seiten der Ärztinnen und Ärzten als gering ein. Im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten, in denen Frauenorganisationen politischen Druck auf die Verantwortlichen ausüben und damit den Forschungsset für Brustkrebs deutlich erhöhen konnten, werden Frauen und PatientInnenvertreterinnen in der Schweiz als passiv wahrgenommen. Die Arbeit der Stiftung zur Früherkennung von Krebs wurde honoriert, jedoch wurde fehlende Handlungskompetenz der Stiftung bemängelt. Das Engagement des Bundesamts für Gesundheit für die Früherkennung von Brustkrebs wurde als zu wenig sichtbar von aussen bewertet. Dies wurde unter anderem auf die Vermutung zurückgeführt, dass der Schwerpunkt Frauengesundheit im allgemeinen und Brustkrebs im Speziellen in den letzten Jahren kein Kernthema des Bundesamtes für Gesundheit war.

Gemäss den Erfahrungen des internationalen Experten wurden auch in anderen Ländern vor der Programmeinführung kontroverse Debatten geführt und Erfahrungen aus Holland zeigen, dass die erfolgreiche Etablierung von Programmen fast 10 Jahre dauerte. In vielen Ländern werden Programme durch die öffentliche Hand unterstützt.

Aus Sicht des Experten bestehen für die Schweiz folgende Besonderheiten:

- Verglichen mit anderen Ländern hat die Schweiz ein ausgeprägteres paternalistisches System: Die Patientin erteilt ihrem Arzt oder ihrer Ärztin einen Behandlungsauftrag, den dieser oder diese nach bestem Wissen und Gewissen ausführen wird. Im Gegensatz dazu wird bei Mammographie-Screening-Programmen einer Bevölkerungsgruppe, die keine Symptome hat, eine Untersuchung vorgeschlagen. Die klassische ärztliche Verantwortung für kurativmedizinische Situationen wird zu einer politischen Verantwortung für die öffentliche Gesundheit. Die Einführung von Mammographie-Screening-Programmen führt daher auch zu neuen Rollen und Aufgaben der Akteure.
- Die Grösse der Schweiz bedingt, dass der Wirkungsnachweis auf Bevölkerungsebene in der vorgegebenen Frist nur schwer erbracht werden kann.
- Die Einbindung der Schweiz in internationale Netzwerke zum Mammographie-Screening ist ungenügend.

## Lösungsansätze

- *Diskussion unter den Verantwortlichen*

Leistungserbringer, Versicherer, Kantone und Vertreter des Bundes müssen den Dialog erneut suchen. Das Ziel dieses Dialogs muss sein, die Akteure in ihre Verantwortung zu nehmen. Die Krebsliga als unabhängiges Organ könnte beispielsweise die Diskussionsleitung übernehmen, müsste dafür aber einen offiziellen Auftrag vom Bund erhalten. Damit wäre sichergestellt, dass erworbene Erfahrung und Wissen wirkungsvoll eingebracht werden können.

- *Klärung von Grundsatzfragen zu Public-Health-Programmen*

Mit organisierten Mammographie-Screening-Programmen wurde in der Schweiz erstmals ein Public-Health-Programm für nicht-übertragbare Krankheiten Bestandteil der Grundversicherung. Die Analyse zeigt, dass dieses Vorgehen Grundsatzfragen aufwirft wie beispielsweise zum Finanzierungssystem von Public-Health-Programmen. Diese Grundsatzfragen müssen von den politisch verantwortlichen Instanzen diskutiert und geklärt werden.

- *Experimentierfeld für die Umsetzung von Public-Health-Programmen bei nicht übertragbaren Krankheiten*

Die Schweiz steht am Anfang eines Lernprozesses bei der Einführung und Umsetzung von Public-Health-Programmen für nicht übertragbare Krankheiten. Internationale Erfahrungen belegen, dass die Umsetzung eines flächendeckenden Programms zur Früherkennung von Brustkrebs in Form von Projekten eine erfolgversprechende Strategie darstellen kann. Dieses Vorgehen würde möglicherweise - analog zu Projekten im HIV- und Drogenbereich - erleichtern, dass öffentliche Gelder eingesetzt werden können.

- *Bestehende Angebote stützen*

Diejenigen Kantone, die bereits ein Mammographie-Screening-Programm erfolgreich umsetzen, müssen in ihren Aktivitäten unterstützt werden. Diese Erfahrungen sind für weitere Public-Health-Massnahmen in der Schweiz wertvoll und können - wenigstens für Teilregionen der Schweiz - dazu dienen, die Wirksamkeit der Programme zu evaluieren.

- *Internationale Zusammenarbeit*

Die Schweiz kann von internationalen Erfahrungen profitieren. Daher ist die Beteiligung der Schweiz an internationalen Netzwerken zu fördern und zu unterstützen.

- *Aktivitäten des Bundesamtes für Gesundheit*

Aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheit ist der Bekämpfung von Brustkrebs eine hohe Priorität einzuräumen. Organisierte Mammographie-Screening-Programme als Public-Health-Massnahmen sollten daher vom Bundesamt für Gesundheit als prioritäres Ziel eingestuft und öffentlich kommuniziert werden.

- *Mammographie-Screening als ein Schwerpunkt der nationalen Gesundheitspolitik*

Die Erfolgchancen organisierte Mammographie-Screening Programmen einzuführen, werden verbessert, wenn Brustkrebs ein Schwerpunkt der nationalen Gesundheitspolitik wird. Dieser Ansatz unterstützt möglicherweise auch die Einführung von flächendeckenden Krebsregistern,

die eine notwendige Voraussetzung darstellen, um die Wirksamkeit der Massnahme zu evaluieren.

- *Einbezug der Öffentlichkeit*

Mammographie-Screening-Programme müssen öffentlich thematisiert werden. Dies kann beispielsweise über die Medien gelingen. Die Öffentlichkeit und besonders die Frauen müssen in den Entscheid über die Weiterführung oder den Abbruch der Bemühungen einbezogen werden. Als Entscheidungsgrundlage müssen ausgewogene und umfassende Informationen über die Untersuchung vermittelt werden. Unterschiede zwischen unorganisiertem und organisiertem Mammographie-Screening müssen aufgezeigt werden.

Die Schweizerische Krebsliga hätte sowohl das Know-how als auch die Kompetenz, ein Konzept für die Informationspolitik zu entwickeln und umzusetzen. Die von der Schweizerischen Krebsliga in Auftrag gegebene Expertise von Bouchardy et al. (2000) und der vorliegende Bericht können wertvolle Impulse liefern. Falls die Öffentlichkeit und besonders die Frauen ein Interesse an der Fortführung der Bemühungen bekunden, werden sowohl die politisch Verantwortlichen als auch die Leistungserbringer und Versicherer gezwungen sein, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.

- *Abbau von Widerständen*

Im Rahmen der Untersuchung wurden verschiedene Widerstände indentifiziert. Dazu zählt die Beobachtung, dass in der Deutschschweiz tendenziell grössere Widerstände gegenüber staatlichen Massnahmen bestehen. Diesem Umstand ist Rechnung zu tragen.

Es ist einsichtig, dass die Einführung von Public-Health-Programmen Änderungen in der Versorgungspraxis mit sich bringen. Es ist daher nachvollziehbar, dass Widerstände entstehen ganz besonders in einem Bereich mit langer individual-medizinischer Tradition. In Bezug auf die Einführung eines flächendeckenden organisierten Mammographie-Screenings müssen den Akteuren die Vorteile von Public-Health-Programmen aufgezeigt werden. Den Leistungserbringern muss verdeutlicht werden, dass deren Rollenveränderung kein Machtverlust bedeuten muss, sondern sich vielmehr neue Aufgaben stellen können. Andere Widerstände wie beispielsweise mögliche Ängste der Frauen gegenüber der Röntgenstrahlung müssen ernst genommen werden.

## Résumé

### Situation

La mammographie de dépistage précoce du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans est depuis 1996 une prestation obligatoire de l'assurance-maladie de base suisse. La prise en charge de cette prestation est limitée toutefois au 31 décembre 2007. Une prolongation sera décidée en fonction des résultats obtenus jusque-là. La prise en charge de cette prestation est en outre liée à une convention d'assurance de qualité. Les négociateurs n'ayant pas conclu cette convention dans les délais, le Conseil Fédéral a promulgué le 23 juin 1999 une ordonnance concernant l'assurance de qualité des programmes de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie.

L'un des critères de qualité exigé consiste en ce que les mammographies soient proposées dans le cadre de programmes organisés. De tels programmes ont les objectifs suivants:

- assurer au groupe-cible un accès étendu,
- garantir un examen de haute qualité, afin de réduire ses éventuels effets secondaires,
- déterminer les conditions nécessaires à un contrôle d'efficacité.

Grâce aux programmes organisés de mammographie de dépistage, un programme de santé publique concernant des maladies non-transmissibles fait, pour la première fois en Suisse, partie intégrante du catalogue des prestations obligatoires.

L'introduction et la réalisation d'un programme national de mammographie de dépistage se heurtent à de grands problèmes ainsi qu'à des résistances de différents acteurs. La situation actuelle en Suisse peut être décrite comme suit.

Des programmes organisés ne sont proposés que dans trois cantons (Genève, Vaud, Valais). Pour les femmes vivant dans d'autres cantons et qui veulent bénéficier d'une mammographie de dépistage précoce du cancer du sein, l'examen médical est proposé sous forme d'un dépistage défini comme non-systématique. En mars 2000, la mise en place de programmes de mammographie de dépistage a été interrompue, plus particulièrement en Suisse alémanique.

Depuis le début de l'année 2001, la mammographie est libérée de la franchise (mais non de la participation de l'assurée) quand elle est exécutée dans le cadre de programmes cantonaux ou nationaux.

### Objectifs

Le présent rapport résume les résultats d'une analyse en profondeur et détaillée des expériences faites lors de la planification, de l'introduction et de la réalisation du programme de mammographie de dépistage et d'un programme à l'échelle nationale. Les facteurs qui influencent le processus de réalisation de manière positive ou négative sont décrits. Cette étude a été prévue en complément au rapport final de l'ancien responsable de la Fondation de dépistage précoce du cancer. Les résultats de cette étude peuvent fournir aux mandants ainsi qu'à d'autres responsables politiques des indications importantes pour l'établissement de stratégies efficaces pour la planification et de la mise en place d'activités futures dans ce domaine.

Le projet fait partie d'une évaluation globale du programme national de lutte contre le cancer, phase 2, 2000-2003 des Instituts de médecine sociale et préventive.

## **Méthode**

La méthode comprend une analyse de documents et des interviews avec des experts et des expertes:

### *Analyse de documents*

L'accent de l'analyse a été mis sur des documents décrivant les activités de planification, d'introduction et de réalisation de programmes organisés, resp. d'un programme national de mammographie de dépistage avant et après l'introduction de la nouvelle LAMal en Suisse.

### *Interviews des experts*

15 représentants nationaux des domaines de la politique, de l'administration, de la médecine, de la recherche, de la santé publique, de l'économie de la santé ainsi que d'une organisation d'entraide ont été choisis pour les interviews. La grille d'entretien était basée sur le rapport final de l'ancien responsable de la Fondation de dépistage précoce du cancer. Les questions émanant de ce rapport étaient concentrées sur les thèmes suivants:

- bases légales,
- structures du système suisse de santé,
- financement,
- rôles et compétences des différents acteurs,
- efficacité.

En complément, un expert international a été interviewé afin de valider les résultats et de discuter sur la base d'expériences internationales.

## **Résultats**

Tous les experts et expertes interrogés ont recommandé que la mammographie de dépistage précoce du cancer du sein soit exécutée de façon organisée et d'après des critères de qualité déterminés. Les difficultés de réalisation de ce programme reposent moins sur l'examen médical en soi que sur les problèmes qui sont en relation avec un programme de santé publique (par exemple le financement de prestations non-médicales, la répartition des tâches entre Confédération et cantons, la modification des rôles des acteurs). En outre, les experts estiment que la volonté politique au sujet de la réalisation de ce programme leur paraît faible. La discussion controversée au sujet de l'efficacité de l'examen médical a été mentionnée comme cause principale de cette attitude.

Le manque de clarté concernant le financement (n=11), le manque de temps (n=5) et de volonté politique (n=4) ont été cités comme causes de non entente sur une convention de qualité. Le contenu de l'ordonnance sur l'assurance de qualité a en majorité reçu un avis favorable. En revanche, la manière d'agir des autorités lors de la réalisation du projet a été critiquée.

Les personnes interviewées étaient d'avis que la répartition fédéraliste des tâches entre la Confédération et les cantons complique la réalisation d'un programme de santé publique en Suisse. En effet, la Confédération (Office fédéral des assurances sociales) décide de l'introduction d'une prestation dans le catalogue des prestations de l'assurance de base, tandis que les cantons ont la

responsabilité du système de santé. Il a été reproché aux cantons de ne pas avoir assumé leurs tâches de manière suffisante. Les personnes interviewées étaient unanimes sur le fait que la Confédération et les cantons doivent en commun assumer la responsabilité et les tâches. Une politique de santé nationale pourrait probablement activer la réalisation.

Le financement du programme a été mentionné comme facteur déterminant de l'échec actuel des efforts de réalisation. Le financement des prestations non-médicales en particulier représente la plus grande source de conflits. Le fait que la faisabilité d'un point de vue financier n'a pas été suffisamment clarifiée au préalable a été critiqué.

Neuf des quinze personnes interrogées ont estimé que le soutien de la part des médecins a été modeste. Contrairement aux Etats-Unis, où les organisations de femmes exercent une pression politique sur les responsables et ont ainsi obtenu un net accroissement du budget de la recherche pour le cancer du sein, en Suisse, les femmes et les représentantes des patientes sont perçues comme passives. Le travail de la Fondation de dépistage précoce du cancer a été apprécié, son manque de compétence dans l'action a cependant été critiqué. L'engagement de l'Office fédéral de la santé pour le dépistage précoce du cancer du sein a été estimé comme trop peu apparent. Il a été supposé entre autres, que la santé des femmes en général et le cancer du sein en particulier n'ont pas été, ces dernières années, un thème central pour l'Office fédéral de la santé publique.

D'après les expériences de l'expert international, des débats controversés ont également été menés dans d'autres pays avant l'introduction d'un programme. Dans le cas de la Hollande, l'expérience montre qu'il a fallu presque 10 ans pour établir un programme avec succès. Dans beaucoup de pays, les programmes sont soutenus par le secteur public. Du point de vue des experts, la Suisse présente les particularités suivantes :

- Comparée à d'autres pays, la Suisse a un système particulièrement paternaliste: la patiente confie à son médecin un mandat de traitement qu'il remplit au mieux de ses connaissances et de sa conscience. Au contraire dans le cas des programmes de mammographie de dépistage, un examen est proposé à un groupe de population qui ne présente aucun symptôme. La responsabilité médicale classique en situation de médecine curative devient une responsabilité politique de santé publique. L'introduction de programmes de mammographie de dépistage génère par conséquent aussi de nouveaux rôles et devoirs pour les acteurs.
- Etant donné la taille de la Suisse, la preuve de l'efficacité au niveau de la population ne peut que difficilement être apportée dans les délais impartis.
- L'intégration de la Suisse au réseau international de mammographie de dépistage est insuffisante.

## **Premiers pas vers une solution**

### ▪ *Discussion entre les responsables*

Les prestataires de services, les assureurs, les cantons et les représentants de la Confédération doivent à nouveau rechercher le dialogue. Le but est d'encourager les différents acteurs impliqués à assumer leurs responsabilités. La Ligue contre le cancer en tant qu'organe indépendant pourrait par exemple prendre en charge la direction de la discussion, mais devrait

pour cela recevoir un mandat officiel de la Confédération. Ainsi une utilisation efficace de l'expérience et des connaissances acquises serait garantie.

- *Clarification des questions de fond au sujet des programmes de santé publique*

Grâce aux programmes organisés de mammographie de dépistage, un programme de santé publique concernant des maladies non-contageuses, pour la première fois en Suisse, fait partie intégrante de l'assurance maladie de base. L'analyse montre que cette évolution soulève des questions fondamentales, par exemple à propos du système de financement des programmes de santé publique. Ces questions doivent être discutées et clarifiées par les instances politiques responsables.

- *Champ d'expérimentation pour la réalisation de programmes de santé publique concernant les maladies non-transmissibles*

La Suisse est au début d'un processus d'apprentissage concernant l'introduction et la réalisation de programmes de santé publique pour des maladies non-transmissibles. Les expériences internationales démontrent, que la réalisation d'un programme généralisé de dépistage précoce du cancer du sein sous forme de projets peut être une stratégie positive. Cette façon de procéder pourrait, de manière analogue aux projets dans les domaines du SIDA et de la toxicomanie, probablement faciliter l'investissement de fonds publics.

- *Soutenir les actions existantes*

Les cantons qui réalisent déjà avec succès un programme de mammographie de dépistage doivent être soutenus dans leurs activités. Ces expériences sont précieuses pour des mesures de santé publique ultérieures en Suisse et peuvent servir à évaluer, au moins dans quelques régions, l'efficacité des programmes.

- *Collaboration internationale*

La Suisse peut bénéficier des expériences internationales. Par conséquent, la participation de la Suisse à des réseaux internationaux doit être encouragée et soutenue.

- *Activités de l'Office fédéral de la santé publique*

Dans une perspective de santé publique, la lutte contre le cancer du sein doit avoir une haute priorité. Les programmes organisés de mammographie de dépistage, en tant que mesure de santé publique, devraient être par conséquent classés par l'Office fédéral de la santé publique comme objectifs prioritaires et communiqués au public.

- *La mammographie de dépistage axe essentiel de la politique nationale de la santé*

Les chances de succès de l'introduction de programmes organisés de mammographie de dépistage seraient améliorées si le cancer du sein devient un axe essentiel de la politique nationale de la santé. Cette orientation soutiendrait probablement aussi l'introduction de registres des cancers à l'échelle nationale, qui représente une condition nécessaire à l'évaluation de l'efficacité des mesures prises.

- *Implication du public*

Les programmes de mammographie de dépistage doivent devenir un sujet public, véhiculé par l'intermédiaire des médias, par exemple. Le public, et particulièrement les femmes, doivent être impliqués dans la décision concernant la poursuite ou l'abandon des efforts entrepris. Une information objective et détaillée au sujet de l'examen médical doit être diffusée pour permettre une décision. Les différences entre les mammographies de dépistage organisées et non-organisées doivent être expliquées.

La Ligue suisse contre le cancer aurait aussi bien le savoir-faire que la compétence pour développer et réaliser un concept de politique d'information. L'expertise de Bouchardy et al. (2000) mandatée par la Ligue suisse contre le cancer ainsi que le présent rapport peuvent fournir une aide précieuse. Si le public, et particulièrement les femmes, manifestaient un intérêt à la poursuite des efforts, les responsables politiques aussi bien que les prestataires de services et les assureurs seraient contraints de collaborer pour rechercher des solutions.

- *Suppression des résistances*

Différentes résistances ont été identifiées dans le cadre de cette analyse. En Suisse alémanique, une tendance à plus de réticence envers les mesures gouvernementales a été constatée. Cette situation doit être prise en compte.

Il est évident que l'introduction de programmes de santé publique provoque des changements dans la pratique. Il est par conséquent compréhensible que des résistances se manifestent tout particulièrement dans un domaine avec une longue tradition de médecine individuelle. En ce qui concerne l'introduction de programmes de dépistage par mammographie organisés à l'échelle nationale, les avantages de programmes de santé publique doivent être démontrés aux différents acteurs. Il est nécessaire d'expliquer aux prestataires de services qu'un changement de rôles ne doit pas signifier une perte de leur pouvoir, mais plutôt de nouvelles missions. D'autres réticences, comme la peur des femmes à propos des conséquences éventuelles d'irradiations, doivent être prises en compte.

# 1 PROBLEMSTELLUNG

## 1.1 AUSGANGSLAGE

Brustkrebs ist die dritthäufigste Krebserkrankung und eine der häufigsten Todesursachen bei Frauen in industrialisierten Ländern (Rajower et al., 1996). Verschiedene Risikofaktoren wie hormonelle Faktoren (frühe erste Regel, späte erste Geburt, späte Menopause), Übergewicht und Bewegungsmangel nach den Wechseljahren sowie die längerfristige Einnahme von Hormonen in der Menopause zählen zu den nachgewiesenen Risikofaktoren. Wie bei allen Karzinomen steigt zudem das Risiko für eine Brustkrebserkrankung mit dem Alter. Es wird vermutet, dass mit der steigenden Lebenserwartung der Frauen die Mortalitätsrate weiter zunehmen wird. Hinsichtlich Inzidenz und Mortalität gehört deshalb der Brustkrebs der Frau derzeit zu einer der grössten gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderungen der Gegenwart. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfahl den industrialisierten Ländern anfangs der 90er Jahre, nationale Krebsbekämpfungsprogramme bis Ende 1998 einzuführen (WHO, 1995). Gezielte Massnahmen der Primärprävention, die den Risikofaktoren entgegen wirken könnten, gibt es bislang keine. Die Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs ist eine sekundärpräventive Massnahme. Die Untersuchung hat zum Ziel, Brustkrebs in einem frühen Stadium, d.h. vor dem Auftreten von Symptomen, zu erkennen, damit frühzeitig eine wirkungsvolle Behandlung eingeleitet werden kann. Dabei ist die Qualitätssicherung und der Nachweis der Wirksamkeit der Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs an ein systematisches Screening geknüpft, d.h. an organisierte Mammographie-Screening-Programme. Organisierte Mammographie-Screening-Programme zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- Sie werden flächendeckend angeboten.
- Sie sind qualitätskontrolliert und an eine Evaluation der Wirksamkeit geknüpft.
- Der Zugang zu Programmen ist für alle Frauen innerhalb einer definierten Zielgruppe gesichert. Das Optimum des Verhältnisses aus individuellem Nutzen und Risiko bei einer Mammographie zur Früherkennung liegt zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr.

### 1.1.1 Programme in anderen Ländern

Grossbritannien war eines der ersten europäischen Länder, die Ende der 80er Jahre nationale bzw. regionale Mammographie-Screening-Programme einführten (Chamberlain et al., 1993). Seither haben mindestens 22 Länder bzw. Regionen Programm erfahrung (Shapiro et al., 1998). In den Niederlanden trug die laufende Programmentwicklung dazu bei, dass bis 1998 eine stabile Beteiligung von 79% der 50 - 75jährigen weiblichen Bevölkerung erreicht werden konnte. Allerdings wäre es gemäss den Autoren zu diesem Zeitpunkt zu früh, die festgestellte Reduktion der Brustkrebsmortalität in 1997 und 1998 mit der Programmeinführung zu begründen (Fracheboud et al., 2000). Verlässliche Ergebnisse werden für das Jahr 2007 erwartet.

Das europäische Komitee verfasste aufgrund der gewonnenen Erfahrungen Richtlinien, um andere Länder zu unterstützen, die ein qualitativ hochstehendes Programm anbieten wollten (De Wolf et al., 1996). Durch die Einhaltung dieser Richtlinien konnten negative Wirkungen des Screenings, besonders die Rate von unnötigen Zusatzuntersuchungen wegen falsch positiven Resultaten von 7 auf 1% reduziert werden (Bouchardy et al., 2000).

### 1.1.2 Situation in der Schweiz

Die Brustkrebsinzidenz in der Schweiz ist im Vergleich mit andern europäischen Ländern sehr hoch (Rajower et al., 1996). Jedes Jahr wird bei schätzungsweise 3'500 in der Schweiz lebenden Frauen eine Brustkrebsdiagnose gestellt und im Jahr 1996 starben 1'400 Frauen (Statistisches Jahrbuch, 2000) an dieser Krankheit. Mit neuen Therapiemöglichkeiten konnte die Überlebenszeit in den letzten Jahren verbessert werden.

Die Mammographie ist gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (1997) eine häufig angewendete Methode der Früherkennung. Gesamtschweizerisch sagten 56 Prozent der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, dass bei ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt wurde. Die Prozentzahl hat im Vergleich zu 1992 leicht zugenommen. Im schweizerischen Durchschnitt sagten 1997 jedoch lediglich 28 Prozent der 50 bis 65-jährigen, dass eine Mammographie innerhalb der letzten zwei Jahre durchgeführt worden sei.

Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes von 1996 wurde die Mammographie von der eidgenössischen Leistungskommission als Pflichtleistung in die obligatorische Grundversicherung aufgenommen. Im entsprechenden Artikel (12, lit o im dritten Kapitel) über Massnahmen der Prävention in der Krankenpflege-Leistungsverordnung von 1995'... *übernimmt die Versicherung die Mammographie unter der Voraussetzung, dass ein Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester vorliegt. Nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr.*' 1997 wurde die erste Änderung vorgenommen. Darin wurde zwischen zwei verschiedenen Massnahmen der Mammographie unterschieden. Die erste Massnahme betrifft weiterhin die Zielgruppe mit familiärer Prädisposition und nach klinischen Ermessen. Die zweite Massnahme wurde in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) im Artikel 12. lit o im dritten Kapitel an folgende Voraussetzungen geknüpft (*siehe Anhang*):'... *ab dem 50. Altersjahr, alle zwei Jahre.*' Mit dem Artikel 77 Krankenversicherungsverordnung (KVV) (*siehe Anhang*) wurden beide Massnahmen der Mammographie an einen vorausgehenden Qualitätssicherungsvertrag gebunden. Diese Anforderungen verlangen, *'dass ein umfassendes Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammographie stattfinden und das dokumentiert werden muss. Von Leistungserbringern, welche die Anforderungen eines gesamtschweizerischen Qualitätssicherungsvertrages im Sinne von Artikel 77 KVV erfüllen, wie insbesondere: erste und zweite Auswertung der Mammographie durch speziell dafür ausgebildete Ärzte und Ärztinnen; die Sicherheit der Geräte muss den EU-Richtlinien von 1996 entsprechen.'* Zusätzlich wurde die Massnahme für Frauen ab den 50. Altersjahr bis zum 31. Dezember 2007 befristet. Die zweite Änderung erfolgte am 29. Juni 1999. Darin wurde zwischen einer diagnostischen Mammographie und einer Screening-Untersuchung unterschieden. Bei der diagnostischen Mammographie fiel die Bindung an den Qualitätsvertrag weg. Dagegen wurde neu die Umsetzung des Mammographie-Screenings an ein Programm gebunden.

Die Einführung und die Umsetzung eines nationalen Mammographie-Screening-Programms stiess allerdings auf grosse Probleme und Widerstände bei verschiedenen Akteuren. Bislang wird ein systematisches Mammographie-Screening-Programm nur in drei Kantonen (Genf, Waadt,

Wallis) angeboten. Für Frauen in anderen Kantonen, die eine Mammographie zur Früherkennung in Anspruch nehmen wollen, wird die Untersuchung in Form eines sogenannten unsystematischen Screenings angeboten. Dagegen wurde im März 2000 der Aufbau eines flächendeckenden nationalen Mammographie-Screenings – besonders in der Deutschschweiz – sistiert. Damit besteht in der Schweiz erstmals die Situation, dass eine Pflichtleistung nach KVG nicht in der vom Bund vorgesehenen Form in der ganzen Schweiz angeboten wird. Der Abschlussbericht des gesamtschweizerischen Programms für Mammographie-Screening der Stiftung zur Früherkennung von Krebs dokumentiert den Stand der Arbeiten zum Aufbau eines nationalen Mammographie-Screening-Programms bis zum März 2000 (Gisler, 2000).

Im Januar 2001 trat die Aufhebung der Franchise aufgrund eines parlamentarischen Vorstosses in Kraft. Damit wurde der Erlass der Franchise bei der Mammographie nach KVL Art, 12, lit o an die Durchführung von Programmen gebunden und muss gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie durchgeführt werden.

Ein organisiertes Mammographie-Screening-Programm erfüllt die Kriterien eines Public-Health-Programms für nicht-übertragbare Krankheiten. Gemäss dem Schweizer Lehrbuch für Sozial- und Präventivmedizin (Jeanneret O, Gutzwiller F, 1996) müssen für die Umsetzung von Public-Health-Massnahmen folgende Grundsätze beachtet werden:

- Massnahmen müssen dazu beitragen, Krankheiten und vorzeitige Todesfälle in der Bevölkerung zu verhüten und die Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern, sowohl für jedes einzelne Mitglied der Bevölkerung als auch für die Gesamtbevölkerung.
- Die dafür zu leistende Arbeit basiert auf wissenschaftlichen Grundlagen.
- Für die Erfüllung der Public-Health-Aufgaben sind, nebst individuellen, vorwiegend gesellschaftliche Anstrengungen im öffentlichen und privaten Bereich erforderlich.
- Das Erledigen von Public-Health-Aufgaben erfordert den aufeinander abgestimmten Einsatz und die Kompetenz verschiedener Disziplinen und Berufe.

## 1.2 ZIELSETZUNG

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war eine weiterführende und detaillierte Analyse von Erfahrungen bei der Planung, Einführung und Umsetzung der Mammographie-Screening-Programme bzw. eines gesamtschweizerischen Programms. Faktoren, die den Prozess der Umsetzung positiv bzw. negativ beeinflussten sollten identifiziert werden. Die Studie ist als Ergänzung zum Schlussbericht des ehemaligen Geschäftsführers der Stiftung zur Früherkennung von Krebs gedacht und spiegelt die Sichtweise von involvierten Akteuren wider. Mit der Stellungnahme eines internationalen Public-Health Experten sollte das Element der Fremdevaluation einfließen.

Die Ergebnisse dieser Studie können der Schweizerischen Krebsliga, dem Bundesamt für Gesundheit sowie weiteren politischen Verantwortlichen wichtige Hinweise für erfolgsverspre-

chende Strategien für die Planung und Umsetzung künftiger Aktivitäten auf diesem Gebiet liefern. Gleichzeitig können anhand der Erfahrungen bestehende Schwachstellen identifiziert werden, welche eine wichtige Grundlage für die Planung und Umsetzung künftiger Aktivitäten auf diesem Gebiet bilden.

Das Projekt ist Teil der Globalevaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase 2, 2000-2003 der Institute für Sozial- und Präventivmedizin. Die vorliegenden Ergebnisse wurden erarbeitet im Auftrag der Schweizerischen Krebsliga, des Bundesamtes für Gesundheit, des Bundesamtes für Sozialversicherung, des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer und der Sanitätsdirektorenkonferenz.

## 2 METHODISCHES VORGEHEN

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden Aktivitäten zur Planung, Einführung und Umsetzung von Mammographie-Screening-Programmen oder eines nationalen Programms vor und nach der Einführung des KVG chronologisch beschrieben, analysiert und vor dem gesundheitspolitischen Hintergrund der Schweiz diskutiert. Die Analyse wurde durch 15 Interviews mit nationalen Expertinnen und Experten, die bisher an der Programmentwicklung und -umsetzung beteiligt waren, weiter vertieft. Dabei wurden Faktoren identifiziert, die den Prozess positiv bzw. negativ beeinflussten. Als externe Validierung wurde ein internationaler Public-Health-Experte mit Erfahrung in dem Bereich des Mammographie-Screenings interviewt.

### 2.1 DOKUMENTATIONSANALYSE

Ziel der Dokumentenanalyse war es, die Zusammenhänge und die Grundzüge der Ereignisse über die organisierte Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs in der Schweiz zu erfassen. Ausgangspunkt war der Schlussbericht des ehemaligen Geschäftsführers der 'Schweizerischen Stiftung zur Früherkennung von Krebs'. Dieser Bericht dokumentiert den Stand der Arbeiten per Ende März 2000 in Bezug auf den Aufbau und die Umsetzung eines nationalen Mammographie-Screening-Programms in der Schweiz. Neben den vermuteten Problemen, welche in der Umsetzung aufgetreten sind, wurden Lösungsansätze zur Diskussion gestellt, wie die zukünftige Programmentwicklung zur Früherkennung von Krebserkrankungen erfolgsversprechend gestaltet werden könnte.

Daneben beruhte die Dokumentationsanalyse auf:

- relevanten Protokollen der Schweizerischen Krebsliga.
- relevanten wissenschaftlichen Publikationen und Veröffentlichungen in den schweizerischen Medien und Fachzeitschriften, die von 1990 bis 2000 erschienen sind.
- dem Schlussbericht der Evaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme Phase 1; 1999.
- relevanten Gesetzgebungen und Verordnungen.

Die Ergebnisse der Fallstudie 'Brustkrebsprävention' (Zeyen Bernasconi et al., 1998) wurden in der vorliegenden Dokumentenanalyse ebenfalls berücksichtigt. Diese Fallstudie entstand im Rahmen des europäischen Verbundprojekts 'Analysis of Rationality and Effectiveness of Prevention and Health Promotion Strategies' (MAREPS). Der Schweizer Teil des Projektes wurde von der Abteilung Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern durchgeführt und beinhaltete drei weitere Fallstudien über Zigarettenrauchen, Sport und körperliche Aktivität sowie gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen. Die Fallstudien wurden zur Hauptsache im Jahr 1997 erstellt. Zeyen Bernasconi (1998) erarbeitete die Fallstudien nach den Kriterien Aktivitäten, Zielen, Ressourcen, Verpflichtungen und situativen Möglichkeiten sowie Rationalität und Effektivität. Methodisch arbeitete sie mit Interviews. Für die Brustkrebsprävention wurde die Projektleiterin des Brustkrebsprogramms befragt. Dieser

Bericht wird in der Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik publiziert. Daher wird nachfolgend auf eine ausführliche Chronologie vor dem gesundheitspolitischen Hintergrund in der Schweiz verzichtet.

## 2.2 EXPERTENINTERVIEWS

Als weitere wichtige Informationsquelle wurden Interviews mit 15 Vertreterinnen bzw. Vertretern aus den Bereichen Politik, Verwaltung, Ärzteschaft, Forschung, Public-Health, Gesundheitsökonomie und einer Selbsthilfeorganisation berücksichtigt sowie einem internationalen Public-Health-Experten.

### 2.2.1 Auswahl der Expertinnen und Experten

Die Auswahl der Expertinnen und Experten konzentrierte sich auf Personen, die bisher in die Aktivitäten und Entscheidungsprozesse im Zusammenhang mit der Planung, Einführung und Umsetzung des Mammographie-Screenings involviert waren oder noch sind. Die Zahl der zu befragenden Interviewpartner wurde aufgrund des Projektumfangs auf 15 Expertinnen und Experten beschränkt. Die Auswahl der Interviewpartner und -partnerinnen erfolgte in Absprache mit der Schweizerischen Krebsliga sowie dem Bundesamt für Sozialversicherung.

Für die Befragung wurden 15 Expertinnen und Experten in einem ersten Schritt kontaktiert und um ihre Mitarbeit gebeten. Zwei Vertreterinnen von kantonalen Gesundheitsbehörden aus der Deutschschweiz lehnten ein Interview aus zeitlichen Gründen ab. Eine weitere Person sagte nicht zu, weil sie der Meinung war, dass die Mitarbeit bei der Krebsliga nicht ausreichend geschätzt wurde. All diejenigen, die ein Interview aus den oben genannten Gründen ablehnten, wurden um die Angabe einer Vertretung gebeten. Die Expertisen mit Programm erfahrung konnten aus den Kantonen Waadt und Wallis aufgenommen werden. Der Kanton Wallis wurde einerseits aus organisatorischen Gründen Genf vorgezogen. Zudem basiert das Walliser Programm auf einer Machbarkeitsstudie (Marty-Tschumi, 1998) und läuft erst seit kurzer Zeit. In der vorliegenden Studie kommen Vertreterinnen und Vertreter aus den folgenden Institutionen/ Organisationen zu Wort:

- Schweizerisches Institut für angewandte Krebsforschung (SIAK)
- Schweizerische Patientenorganisation
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK)
- Generalsekretariat Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)
- Kantonale Gesundheitsdirektion in der Deutsch- bzw. Westschweiz
- Laufendes Mammographie-Screening-Programm in der Schweiz sowie eine Planungsstelle, welche eine Machbarkeitsstudie zur Implementation durchführte
- Kantonale Planungsstelle eines deutschsprachigen Kantons

- Kantonales Krebsregister
- Leistungserbringer aus einem Kanton, der noch kein vollständiges Programm einführen konnte
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Nach Abschluss der Interviews mit den nationalen Expertinnen und Experten und ersten Auswertungen wurde ein Interview mit einem internationalen Experten geführt. Es handelt sich um einen ausgewiesenen internationalen Public-Health-Experten mit langjähriger Erfahrung im Bereich des Mammographie-Screenings. Da er zur Zeit in der Schweiz tätig ist, ist er mit der Situation der Schweiz vertraut. Er hat zudem die europäischen Richtlinien für die EU ausgearbeitet. Das Interview orientierte sich am Interviewleitfaden. Zusätzlich wurde der Experte um eine Stellungnahme zu folgenden Fragen gebeten:

- welche Probleme entsprechen den Erfahrungen anderer Länder?
- welche Probleme der Umsetzung sind spezifisch für die Schweiz?

Als Grundlage wurde dem Experten der Entwurf des Schlussberichts vorrangig zugestellt.

### 2.2.2 Interviewleitfaden

Für die Interviews wurde ein Leitfaden (Anhang B) entwickelt. Dieser Leitfaden konzentrierte sich auf fünf Themengebiete, die auf mögliche hemmende und fördernde Faktoren hinweisen könnten. Diese Themen wurden aus dem Bericht des ehemaligen Geschäftsführers der 'Stiftung zur Früherkennung von Krebs' (nachfolgend auch Gisler Bericht genannt) abgeleitet.

#### ▪ *Gesetzliche Grundlagen*

Hintergrund: Die vom Bund erlassene Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie vom 23. Juni 1999 gemäss Art. 77 KVV (Anhang A) verpflichtete die Kantone die Mammographie als organisiertes Programm anzubieten. Mit den festgelegten Ansprüchen eines organisierten Programms im Qualitätsvertrag sollen Nebenwirkungen dieser radiologischen Untersuchung vorgebeugt werden und an die modernen Anforderungen von Brustkrebsfrüherkennungskonzepten angepasst werden. Mit den hohen Kontroll- und Wartungsbestimmungen wird die Apparatur und das Filmmaterial kontinuierlich überwacht und mit den routinemässigen Doppellesungen werden Fehlerquellen bei der Interpretation reduziert. Letztlich werden die Rahmenbedingungen festgelegt, damit diese auf 7 Jahre befristete Pflichtleistung auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert werden kann.

Die Interviews fokussierten auf den Inhalt und die Vorgehensweise beim Erlass der Verordnung.

#### ▪ *Strukturen im schweizerischen Gesundheitswesen*

Hintergrund: Die Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) für die Grundversicherung obliegt dem Bund. Die Umsetzung der Gesundheitsversorgung hingegen untersteht den Kantonen. Diese strukturellen Gegebenheiten in der Schweiz könnten die Einführung und die Umsetzung organisierter Mammographie-Screening Programme im Sinne eines Public-Health-Programms erschweren.

Die Interviews fokussieren auf mögliche systembedingte Konflikte für die Umsetzung eines systematischen Mammographie-Screenings.

- *Finanzierung*

Hintergrund: Ein Programm kennzeichnet sich nicht allein durch eine qualitätsgesicherte Untersuchung aus. Die Organisation erfordert eine Infrastruktur mit administrativen – nicht medizinischen Leistungen. Die andauernde Finanzknappheit im Gesundheitswesen scheint zusätzlich die Bereitschaft verschiedener Akteure zu senken, eine neue Pflichtleistung finanziell mitzutragen.

Die Interviews fokussierten auf Differenzen bei Fragen der Finanzierung.

- *Rollen und Kompetenzen*

Hintergrund: Die Organisation der Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs in Form eines Public-Health-Programms bringt Auswirkungen auf die Versorgungspraxis mit sich, die zu neuen Rollen und Aufgaben aber auch zu Widerständen bei verschiedenen Akteuren führen.

Die Interviews fokussierten auf die Fragen, wer das grösste bzw. das kleinste Interesse hat, die Mammographie in organisierter Form umzusetzen, und wie die Aufgaben im Zusammenhang mit der Umsetzung von verschiedenen Akteuren bisher wahrgenommen wurden. In diesem Themenbereich wurde auch der Frage nach einer moralischen Verantwortung der öffentlichen Hand nachgegangen. Ethische Fragen im Zusammenhang mit der Mammographie zur Früherkennung sind Gegenstand eines anderen Berichts.

- *Wirksamkeit*

Hintergrund: Die Wirksamkeit der Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs war in den letzten Jahren wiederholt Gegenstand kontroverser Diskussionen in der Fach- und Laienpresse. Über die *organisierte* Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs sind Fachpersonen wie auch die weibliche Bevölkerung lückenhaft informiert. Keller et al. (2000) untersuchten Faktoren, welche sich auf die Verschreibungspraxis einer Mammographie zur Früherkennung bei 50-65jährigen Ärztinnen und Ärzten auswirkten. Die Autorinnen stellten fest, dass u.a. Informationsdefizite für die niedrige Verschreibungspraxis bei den Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf das Screening bestehen.

Die Fragen in den Interviews fokussierten auf die Erfassung des Informationsstands über das systematische Mammographie-Screening in der Schweiz bei verschiedenen Akteuren.

Im Anschluss an jeden Themenkreis konnten sich die Gesprächspartner frei äussern. Die Gespräche wurden im Zeitraum vom 10. August 2000 bis zum 5. September 2000 durchgeführt. Die Interviews dauerten in der Regel eine Stunde und wurden auf Tonband aufgenommen. Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden ebenfalls noch um allfällige Dokumente gebeten, die ihnen für diese Studie wichtig erschienen.

## 2.3 AUSWERTUNG

Die auf Tonband aufgenommenen Interviews wurden zur Auswertung transkribiert. Da es sich um eine kleine Zahl von Interviews handelt, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1993) gewählt. Die Textanalyse der Gesprächsprotokolle orientierte sich am ursprünglichen Fragebogen. In einem ersten Schritt wurde das Datenmaterial reduziert und auf die wesentlichsten Inhalte fokussiert. Wo möglich wurden Aussagen anzahlmässig gewichtet und neu geordnet (Bussmann et al., 1997).

## 3 RESULTATE

### 3.1 BESCHREIBUNG DER WESENTLICHEN AKTIVITÄTEN ZUR PROGRAMMENTWICKLUNG

Die Datenanalyse beschränkte sich auf einige zentrale Ereignisse zur Programmentwicklung des organisierten Mammographie-Screenings auf nationaler Ebene vor und nach der Einführung des KVG von 1996. Vor der Einführung des KVG werden die Aktivitäten auf die Vorbereitung der gesetzlichen Grundlagen zusammengefasst, die eine Umsetzung von Screening-Programmen für nicht-übertragbare Krankheiten erst ermöglichten. In der Zeit nach der Einführung des KVG werden Umsetzungsaktivitäten im Zusammenhang mit den gesetzlichen Grundlagen aufgezeigt. Die Ergebnisse werden nach den folgenden Kategorien dargestellt:

- gesetzliche Grundlagen,
- Empfehlungen für das schweizerische Gesundheitswesen,
- Finanzierung,
- Rollen und Kompetenzen.

#### 3.1.1 Wesentliche Aktivitäten in der Schweiz vor der Einführung des KVG

##### a) Rollen und Kompetenzen

Die Vorarbeiten für ein flächendeckendes Mammographie-Screening-Programm vor der Einführung des KVG sind auf die Initiativen von Medizinern, die sich im Ausland in 'Public-Health' spezialisierten, zurückzuführen. Die Leitenden der Institute für Sozial- und Präventivmedizin der schweizerischen Universitäten unterstützen die kantonalen wie auch die nationalen Arbeiten (z.B. Ausführungsbestimmungen für Pilotstudien in der Schweiz, Forschungsgesuche für kontrollierte Studien).

1990 wurde die 'Fondation de Dépistage du Cancer du Sein de Vaud' gegründet. Die gewählte Rechtsform einer Stiftung eignete sich, um administrative Abläufe und die Abwicklung von finanziellen Angelegenheiten zu erleichtern. 1993 begann die Stiftung mit einem vierjährigen Pilotprojekt eines organisierten Mammographie-Screening Programms in den Regionen Aigle, Aubonne und Morges im Kanton Waadt. Merkmale des Pilotprojekts waren:

- Informationskampagne für die definierte Zielgruppe,
- Bereitstellung der Logistik für ein flächendeckendes Aufgebot zur Untersuchung und Rückmeldung der Ergebnisse,
- Durchführung der Mammographie nach den Europäischen Richtlinien,
- Evaluation der Wirksamkeit.

1993 wurde eine positive Bilanz der ersten Aufbauphase eines organisierten Screening-Programms in Zusammenarbeit mit zwei regionalem Spitälern des Kanton Waadts gezogen (Paccaud, 1993).

1994 übernahm die Schweizerische Krebsliga im Einverständnis mit dem Bundesamt für Gesundheit das Leadership in der Früherkennung von Brustkrebs und setzte 1995 eine Expertengruppe ein, welche eine Publikation erarbeitete, die unter dem Titel 'Fakten und Handlungsbedarf zur Bekämpfung von Brustkrebs in der Schweiz' erschien und vom Bundesamt für Gesundheit mitfinanziert wurde (Rajower et al., 1996).

#### b) Finanzierung

Das von der 'Fondation pour le Dépistage du Cancer du Sein' durchgeführte Mammographie-Pilotprojekt wurde hauptsächlich durch Gelder des Kantons Waadt (Service de la santé publique) finanziert. Die Vertragspartner der Stiftung sind die kantonale Ärztesgesellschaft, der Kantonalverband der Krankenversicherer und der Kanton. (Gisler, 2000). Weiter profitiert das Programm von Geldern der 'Loterie Romande'. Laut Gisler stellt die Stiftung den Krankenversicherern monatlich Rechnung für die erstellten Mammographien, welche dann die Leistungserbringer entschädigt. Im Jahr 1999 betrug die Gesamtkosten 175 Franken Untersuchung (140.- Versicherer / 35.- Kanton). Die ärztlichen Leistungen wurden mit 116 Franken vergütet und 59 Franken entfielen auf die Administration pro durchgeführter Mammographie.

#### c) Empfehlungen für das schweizerische Gesundheitswesen

1993 erliess die Europäische Kommission erste Richtlinien zur Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings. Eine zweite, revidierte Auflage erschien 1996.

1993 wurden die Bemühungen für eine wirksame Brustkrebsfrüherkennung in der Schweiz durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestärkt, welche den europäischen Ländern aufgrund der steigenden Inzidenz von Krebserkrankungen empfahl, nationale Programme zur Krebskontrolle einzuführen. Die SKL gab daraufhin die erste Empfehlung für flächendeckende Mammographie-Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen in der schweizerischen Wohnbevölkerung ab.

#### d) Gesetzliche Grundlagen

1995 stellte die Fondation pour le Dépistage du Cancer du Sein und die Schweizerische Krebsliga einen Antrag zur Aufnahme der Mammographie zur Früherkennung in den Leistungskatalog der Grundversicherung. Zeyen Bernasconi (1998) berichtete, dass *'die positive Bilanz des Pilotprojektes die Stiftung (Fondation pour le Dépistage du Cancer du Sein) zusammen mit den verantwortlichen Ärzten, den kantonalen Behörden und der schweizerischen und waadtländischen Krebsliga veranlasste, sich für eine Generalisierung der Mammographie in der Schweiz in nächster Zukunft einzusetzen. Die Stiftung hat daher dem Bundesamt für Sozialversicherungen einen Antrag zur Aufnahme der präventiven Mammographie in den obligatorischen Leistungskatalog der Grundversicherung gestellt. Der Antrag der Stiftung wird von den mit Brustkrebs befassten waadtländischen Ärztevereinigungen unterstützt. Unabhängig davon hat auch die SKL einen solchen Antrag an das BSV gestellt'*.

### 3.1.2 Wesentliche Aktivitäten in der Schweiz nach der Einführung des KVG

#### a) Gesetzliche Grundlagen

Im Juli 1997 wurde auf dem Verordnungsweg eine Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung für die Mammographie zur Früherkennung mit Vorbehalt und befristet auf das Jahr 2007 verabschiedet. Gemäss dieser Verordnung soll in Zukunft bei familiär gehäuften Brustkrebs (Mutter, Tochter oder Schwester) und ab dem 50. bis zum 69. Altersjahr alle zwei Jahre die Mammographie zur Früherkennung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Der Vorbehalt bezog sich darauf, dass das Mammographie-Screening nur von Leistungserbringern durchgeführt werden kann, welche die Anforderungen eines gesamtschweizerischen Qualitätssicherungsvertrages erfüllen. Nachdem die Vertragspartner bis zum 1. Januar 1999 keinen entsprechenden Vertrag vorlegen konnten, verabschiedete der Bundesrat die Mindestanforderungen, die für die Programme zur Durchführung des Mammographie-Screenings gelten sollen. Damit wurde das organisierte Mammographie-Screening ab 1. Juli 1999 eine Leistung der obligatorischen Krankenversicherung.

Im Januar 2001 trat die Aufhebung der Franchise aufgrund eines parlamentarischen Vorstosses in Kraft. Damit wurde der Erlass der Franchise bei der Mammographie nach KVL Art, 12, lit o an die Durchführung von Programmen gebunden und muss gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie durchgeführt werden.

#### b) Empfehlungen für das schweizerische Gesundheitswesen

Mit der erlassenen bundesrätlichen Verordnung zur Qualitätssicherung wurde die Umsetzung ab 1. Januar 1999 für die Einführung der Qualitätssicherung und der Programmevaluation für ein organisiertes Mammographie-Screening im wesentlichen den Gesundheitsdirektionen der Kantone übergeben.

Am 8. Januar 2000 erschien im Lancet ein kritischer Artikel über die Wirksamkeit der Mammographie (Gotzsche, Olsen, 2000). Obwohl die Argumente nicht neu waren und der Herausgeber den Beitrag in der gleichen Nummer kommentierte, sorgte der Artikel für zusätzliche Verunsicherung. Diese Verunsicherung war mehrfach und hatte Konsequenzen. Auf der politischen Ebene entschied die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, sich einer Empfehlung an die Kantone zu enthalten. Die Presse griff die kontroverse Diskussion zur Mammographie zur Früherkennung wiederholt auf. Dagegen wurden Unterschiede zwischen individuellem Screening und Screening-Programmen nicht thematisiert. Die SKL reagierte, indem sie eine Expertengruppe beauftragte, die Wirksamkeit der Mammographie unter Berücksichtigung der von Gotzsche und Olsen vorgebrachten Argumente neu zu überprüfen. Die Stellungnahme stand Interessierten seit Oktober 2000 unter dem Titel *'Ist es gerechtfertigt, die Wirksamkeit der mammographischen Früherkennungsuntersuchung in Frage zu stellen?'* zur Verfügung und wurde im Frühjahr 2001 publiziert (Bouchardey et al., 2001).

#### c) Finanzierung

Aufgrund der bundesrätlichen Verordnung müssen die Versicherer seit 1999 die Kosten für die Mammographie zur Früherkennung in den definierten Fällen als Pflichtleistung übernehmen.

Im August 1999 lag den Leistungserbringern eine Offerte der Krankenversicherer vor. Die Kassen offerierten einen Tarif von 130.- pro Mammographie und boten an, auf die Kostenbeteiligung zu verzichten. Diese angebotenen Ansätze waren deutlich tiefer als die in den bestehenden Tarifverträgen vorhandenen Ansätzen für die Entschädigung diagnostischer Mammographien. Aufgrund grosser Meinungsunterschiede über die tarifliche Unterscheidung zwischen diagnostischer und präventiver Mammographie konnten sich die Vertragsparteien bislang nicht einigen.

#### d) Rollen und Kompetenzen

Nach der Einführung des KVG wurde das Pilotprojekt im Kanton Waadt von 3 Regionen auf den ganzen Kanton ausgedehnt. Der Kanton Genf startete 1999 mit einem Mammographie-Screening-Programm und stützte sich auch auf Erfahrungen aus der Region Lyon/Frankreich. Wallis begann im selben Jahr aufgrund einer vorausgegangenen Machbarkeitsstudie. Diese Untersuchung hatte zum Ziel, Lücken in der Versorgung zu erkennen und die Finanzierung abzuklären (Marty-Tschumi, 1998). Seither haben keine weiteren Kantone nachgezogen.

Im Mai 1999 wurden alle Vorbereitungen getroffen, die 'Stiftung zur Früherkennung von Krebs' zu gründen. Absicht der geplanten Stiftungsgründung war es, die Vorbereitungsarbeiten zur Einführung eines organisierten Mammographie-Screenings mit gesamtschweizerischer Ausrichtung durchzuführen (Gisler, 2000). Der Geschäftsführer setzte die Entwicklungsarbeiten der Schweizerischen Krebsliga fort und erarbeitete u.a. Vorschläge für Tarifverträge in Zusammenarbeit mit dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer. Die Stiftung für Früherkennung von Krebs konnte auf die Offerte der Krankenversicherer vom August 1999 nicht eingehen (internes Dokument der Stiftung zur Früherkennung, 7.9. 1999).

Im Mai 2000 verliess der Geschäftsführer die Schweizerische Stiftung zur Früherkennung von Krebs und verfasste einen Abschlussbericht (Gisler, 2000). Seit dem Erscheinen dieses Berichts 'Gesamtschweizerisches Programm für Mammographie-Screening' war die Stiftung nicht mehr aktiv.

Aufgrund der fehlenden Programmentwicklung in der Schweiz konnten bisher noch keine Wirkungen auf der Bevölkerungsebene untersucht werden.

In den Übersichtstabellen 1 und 2 werden die Aktivitäten zur Entwicklung von Mammographie-Screening-Programmen in einen zeitlichen Ablauf vor und nach der Einführung des KVG gebracht. Weiter wird ersichtlich, welche Akteure beteiligt waren, welche gesetzlichen Grundlagen geschaffen, welche Empfehlungen abgegeben wurden, welche Rollen und Kompetenzen wahrgenommen wurden und wie sich die Erkenntnisse über die Wirksamkeit eines bevölkerungsbezogenen Mammographie-Screenings entwickelt und auf die Umsetzung ausgewirkt haben. Für die Angaben in der Tabelle 3-a und Tabelle 3-b wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

**Tabelle 3-a** Übersicht der Aktivitäten in den 6 Jahren vor der Einführung des KVG

Zeitpunkt / Akteure	Gesetzliche Grundlagen	Empfehlungen	Finanzierung	Rollen / Kompetenzen
1990 Kanton Waadt und SKL <sup>a</sup>				Gründung der Fondation de dépistage du cancer du sein
1993 EK <sup>b</sup>		Erlass von Richtlinien zur Qualitätssicherung 1. Auflage		
1993 FDS <sup>c</sup>			Kanton Waadt Lotteriefonds Romandie	Start Pilotprojekt im Kanton Waadt
1993 WHO <sup>d</sup>		Erlass Empfehlungen für nationale Programme		
1993 FDS		Positive Bilanz über den Aufbau		
1994 SKL		Erlass von Empfehlungen für die Schweiz		Ideelle Unterstützung an potentielle Anbieter
1995 /1996 SKL				Expertengruppe: Fakten und Handlungsbedarf
1995 FDS /SKL	Antrag an BSV <sup>e</sup> zur Aufnahme In den Leistungskatalog			
1996 EK		Erlass von Richtlinien zur Qualitätssicherung 2. Auflage		

- <sup>a</sup> Schweizerische Krebsliga  
<sup>b</sup> Europäische Kommission  
<sup>c</sup> Fondation de Dépistage du Sein  
<sup>d</sup> Weltgesundheitsorganisation  
<sup>e</sup> Bundesamt für Sozialversicherungen

**Tabelle 3-b** Übersicht der Aktivitäten in den 4 Jahren nach der Einführung des KVG

Zeitpunkt / Akteure	Gesetzliche Grundlagen	Empfehlungen	Finanzierung	Rollen / Kompetenzen
1996 Bund	Mammographie als Pflichtleistung			
1997 BSV <sup>a</sup>	1. Änderung Pflichtleistung mit Vorbehalt und bis auf 2007 befristet			

Zeitpunkt / Akteure	Gesetzliche Grundlagen	Empfehlungen	Finanzierung	Rollen / Kompetenzen
1997 SKL <sup>b</sup>				Verschiedene Arbeitsgruppen erarbeiten Konzepte für ein nationales Programm: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prozessverfahren</li> <li>• Tarifgestaltung</li> <li>• Qualitätssicherung</li> </ul>
1999 Kanton Genf und Wallis				Einführung von Programmen
1999 Mai SKL, FMH <sup>c</sup> , KSK <sup>d</sup> , SDK <sup>e</sup>				Vorbereitende Massnahmen zur Gründung der Stiftung zur Früherkennung von Krebs
1999 Juni BSV	Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie			
1999 Juli BSV	2. Änderung Verpflichtung zu Programmen			
1999 August SFK <sup>f</sup>			Offerte der Krankenversicherung	
1999 September SFK				Tritt auf Offerte nicht ein
2000 Februar SDK		Enthält sich einer Empfehlung aufgrund des Artikels von Gotzsche / Olsen, Lancet		
2000 Mai SKF				Stillegung
2000 Juni ISPM <sup>g</sup> , Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich		Publikation der Evaluations-Berichte		

Zeitpunkt / Akteure	Gesetzliche Grundlagen	Empfehlungen	Finanzierung	Rollen / Kompetenzen
2000 Oktober SKL				Stellungnahme zu Gotzsche / Olsen
2001 BSV	3. Änderung Aufhebung der Franchise			

<sup>a</sup> Bundesamt für Sozialversicherung

<sup>b</sup> Schweizerische Krebsliga

<sup>c</sup> Verbindung der Schweizer Ärzte

<sup>d</sup> Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer

<sup>e</sup> Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz

<sup>f</sup> Stiftung zur Früherkennung von Krebs

<sup>g</sup> Institute für Sozial- und Präventivmedizin der fünf Universitäten, Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich

## 3.2 EXPERTENINTERVIEWS

Alle befragten Expertinnen und Experten zeigten grosses Interesse an der Untersuchung und engagierten sich im Gespräch in offener Weise. Sieben der fünfzehn befragten Personen waren seit den 90er Jahren und zum Teil bis heute in einer oder mehreren Rollen aktiv bei Massnahmen zur Einführung und Durchführung organisierter Mammographie-Screening-Programme in der Schweiz. Die restlichen acht Expertinnen bzw. Experten brachten vertieftes Wissen aus Teilaufträgen (z.B. Vorbereitung Gesetzgebung, Programmplanung, Vorprojekt Machbarkeitsstudie eines Kantons, Vertretung FMH) ein.

### 3.2.1 Grundeinstellung zum organisierten Mammographie-Screening

Sieben Expertinnen und Experten - vorwiegend aus den Bereichen Public-Health und ein Leistungserbringer - unterstützten Bemühungen, die Mammographie zur Früherkennung gemäss der Verordnung, umzusetzen. Besonders die befragten politischen Instanzen befürworteten präventive Interventionen auf der Bevölkerungsebene. Acht Expertinnen und Experten aus der Verwaltung und Leistungserbringer standen den Plänen ebenfalls grundsätzlich positiv gegenüber, äuserten aber Vorbehalte. Zu den am häufigsten genannten Einwänden zählten mögliche Nebenwirkungen wie beispielsweise *'falsch positive Befunde'* und *'Auslösen von Ängsten'* (n=7 Nennungen). Die Finanzierungsproblematik wurde fünfmal thematisiert.

Vier Personen führten an, dass die Ärzteschaft und die Bevölkerung im Moment nicht ausreichend informiert seien. Public-Health-Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass Brustkrebs das erste nationale Public-Health-Programm für nicht-übertragbare Krankheiten sei und damit die Möglichkeit bestehe, aus den Erfahrungen zu lernen. In Tabelle 3-c werden die genannten Zweifel, die im Zusammenhang mit der Frage nach der Grundhaltung geäussert wurden, aufgelistet.

Insgesamt 13 von 15 Expertinnen und Experten waren der Ansicht, dass die Umsetzungsprobleme im Zusammenhang mit einem bevölkerungsbezogenen Präventionsprogramm stehen. *'Es bestehen nach meiner Auffassung keine Probleme, die sich allein auf die vorsorgliche Mammographie beziehen. Sondern es geht bei der gegebenen Problematik generell um Vorsorgeuntersuchungen'*.

**Tabelle 3-c** Vorbehalte gegenüber dem organisierten Mammographie-Screening-Programm

Aspekte	Anzahl Nennungen
Das organisierte Mammographie-Screening ist ein teures Programm. Besonders die Finanzierung der geforderten Qualitätssicherung ist problematisch.	5 / 15
Zu viele falsch-positive bzw. zu viele falsch-negative Befunde.	4 / 15
Ärzte wissen selbst zu wenig über Prozess und Ablauf eines nationalen Programms.	4 / 15
Es besteht Skepsis gegenüber Reihenuntersuchungen in der Bevölkerung.	2 / 15
Es ist fraglich, ob eine genügend grosse Anzahl Frauen an einem organisierten Mammographie-Screening Programm teilnehmen.	2 / 15
Es bestehen Befürchtungen vor zunehmender Konkurrenz unter den Leistungserbringern bei der Umsetzung der Verordnung.	1 / 15

Zu den genannten Umsetzungsproblemen von Public-Health-Programmen zählten:

- Die Schweiz hat keine Tradition, Public-Health-Programme national umzusetzen.
- Der Bund erlässt Gesetze und Verordnungen und die Kantone sind verantwortlich für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung.
- Leistungserbringer bieten die Untersuchung lieber nach eigener Indikation an, als dass sie an Programme gebunden sind.
- Bei vielen Präventionsmassnahmen gibt es nicht gerade ein konkretes Resultat. Es sind prospektive Handlungen; da ist man eher zurückhaltend, weil man nicht genau weiss, was es bringt. Prävention ist deshalb schwierig zu finanzieren.'

Die Expertinnen und Experten wurden gefragt, wie sie den politischen Willen für die Umsetzung eines Mammographie-Screening-Programms in der Schweiz einschätzten. Die meisten konstatierten, dass bei den politischen Entscheidungsträgern eine Bereitschaft zu spüren sei, fügten aber gleichzeitig viele Einschränkungen an. Beispielsweise wurde in diesem Zusammenhang wiederholt auf den im Lancet 2000 erschienenen Artikel zum Mammographie-Screening verwiesen. In diesem wurde die Wirksamkeit des Mammographie-Screenings in Frage gestellt. Ein Experte beschrieb die Auswirkung des Artikels folgendermassen: *'Solange sich die Wissenschaftler nicht einig sind, haben die Politiker keinen Grund sich zu entscheiden'*. Drei Expertinnen und Experten waren der Ansicht, dass sich die Priorität für das Anliegen Brustkrebsfrüherkennung auf nationaler Ebene beim Bund in den letzten fünf Jahren verändert habe. Während vor fünf Jahren das Programm zur Bekämpfung von Brustkrebs eine hohe Priorität hatte, sei diese inzwischen deutlich gesunken. Eine Person schätzte die Bereitschaft und den politischen Willen in der Westschweiz höher ein als in der Deutschschweiz.

In diesem Kontext wurde auch angeführt, dass in der Schweiz der politische Wille für das Thema Frauengesundheit nur mässig ausgeprägt sei. Mehrere Expertinnen und Experten betonten, dass der politische Wille auch darum nur mässig ausgeprägt sei, weil sich die Frauen selbst nicht genügend stark dafür machen. Eine Person äusserte sich folgendermassen: *'Ich habe*

*bisher wenig Nationalrätinnen und Ständerätinnen kennengelernt, die bisher grosses Interesse für Anliegen zeigen, die ihre eigene Gesundheit betreffen.'*

### Zusammenfassung

- Die Experten befürworten die Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs nach festgelegten Qualitätskriterien.
- Probleme der Umsetzung beziehen sich vor allem auf Probleme im Zusammenhang mit einem Public-Health-Programm.
- Der politische Wille zur Umsetzung ist zur Zeit gering.

### 3.2.2 Gesetzliche Grundlagen

Im Juli 1997 wurde die Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs neu für Frauen ab dem 50. Lebensjahr alle zwei Jahre als Pflichtleistung in die Krankenpflege-Leistungsverordnung aufgenommen. Die Leistungsverordnung sah vor, dass die Mammographie an die Anforderungen eines gesamtschweizerischen Qualitätsvertrags gebunden sei. Die Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung sollte am 1. Januar 1999 in Kraft treten. Da die Leistungserbringer und Versicherer bis zu diesem Zeitpunkt aber keinen Qualitätsvertrag aushandelten, erliess der Bundesrat eine Verordnung zur Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch die Mammographie (Artikel 77 KVV).

In den Interviews wurden die Expertinnen und Experten nach dem aktuellen Stand der Qualität der Mammographie-Untersuchungen zur Früherkennung in der Schweiz befragt und nach Gründen, warum die verhandelnden Partner keinen Qualitätsvertrag abgeschlossen haben. Die Verordnung zur Qualitätssicherung wurde in Hinblick auf Inhalt, die Vorgehensweise beim Erlass der Verordnung und deren Auswirkungen auf die Umsetzung untersucht.

#### a) Aktuelle Qualität des Mammographie-Screenings in der Schweiz

Die Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten hatte den Eindruck, dass bei den derzeit durchgeführten Mammographien eine gute technische Qualität gesichert sei und die Frauen gut beraten würden. Allerdings räumten einige ein, dass dieser Einschätzung keine gesicherten Daten zugrunde liegen. Ein Leistungserbringer betonte, dass die aktuelle Praxis mehr als ein organisiertes Programm biete. Frauen mit erhöhtem Risiko (z.B. > 50 Jahre mit dichtem Brustgewebe) erhielten rascher angemessene Leistungen zur weiteren Abklärung bei Verdacht auf Brustkrebs.

Public-Health-Expertinnen und Experten waren wesentlich kritischer und stellten sich auf den Standpunkt, dass die Qualität zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden könne, weil ein organisiertes Mammographie-Screening auf nationaler Ebene gar nicht umgesetzt sei und daher keine Daten als Beurteilungsgrundlage zur Verfügung ständen: *'Es ist sehr schwierig, eine Meinung zu haben, weil bisher keine Evaluation gemacht wurde. Wir haben deshalb keine Evidenz über Qualitätsunterschiede zwischen Mammographie in organisierten Programmen bzw. den Mammographien, die ausserhalb eines Programms angeboten werden.'*

- b) Gründe für die fehlende Einigung auf einen Qualitätsvertrag der Verhandlungspartner

Die Interviewpartner hatten oftmals mehrere Vermutungen, weshalb kein Qualitätsvertrag innerhalb der vorgegebenen Frist von 18 Monaten zustande kam. Eine Person enthielt sich eines Kommentars. 11 von 14 Personen meinten, dass nicht Fragen zur Qualität ausschlaggebend waren, sondern Unklarheiten der Finanzierung. Fünf Personen fanden, dass die Zeit zu knapp gewesen sei, um einen Dialog über die bestmögliche Umsetzung der Qualitätssicherung führen zu können. Vier Personen schrieben dem fehlenden politischen Willen der Kantone eine Ursache zu. Zwei Personen machten die unklare Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen dafür verantwortlich. Eine Person war der Ansicht, dass es keinen klaren Verhandlungspartner gegeben habe. Das folgende Zitat fasst die Ansichten zusammen: *'Ich glaube, da sind ganz verschiedene Gesichtspunkte drin: Einerseits der mangelnde Wille der Kantone mitzumachen; dann der Streit darüber, wer was und wieviel finanzieren soll und dann sind auch noch grosse Vorbehalte aus Fachkreisen und von gewissen Frauen selber da.'*

- c) Inhalt und Auswirkung der Verordnung zur Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch die Mammographie (Artikel 77 KVV)

Die Expertinnen und Experten befürworteten den **Inhalt** der Verordnung. *'Die Problematik liegt nicht in der Verordnung der Qualitätssicherungsmassnahmen, sondern in der Tatsache, dass der Bundesrat zwar die Screening-Methode als Pflichtleistung zugelassen hat, aber ohne die entsprechenden Gelder bereit zu stellen.'* Jemand bemängelte jedoch, dass der Qualitätsstandard in der Verordnung im Hinblick auf die Informationspolitik zu tief angesetzt sei. Die Zielgruppe müsse ausführlich über die Vor- und Nachteile der Untersuchung informiert werden, um eine individuelle Entscheidung treffen zu können.

Trotzdem wurde das **Vorgehen** des Bundesamtes für Sozialversicherung von der Mehrheit der Expertinnen und Experten kritisiert. Es wurde beanstandet, dass die Verordnung erlassen wurde, ohne dass beispielsweise ein ausreichender Dialog mit den Kantonen stattgefunden habe. Aus der Sicht der Kantone und der Leistungserbringer griff der bundesrätliche Entscheid der Einigung auf einen Qualitätssicherungsvertrag zwischen den Verhandlungspartnern vor. Als eine Ursache für die fehlende Einigung im Sinne einer Zeitverzögerung wurde angeführt, dass immer wieder neue Arbeitsgruppen gebildet und neue Expertisen eingeholt wurden.

Kritik an der Finanzierung wie: *'Die Schwierigkeit liegt darin, dass im Sommer 99 der Entscheid vom Bundesrat die Finanzierung nicht gleich mit geregelt hatte'*, wurde mehrmals geäußert. Gemäss den Aussagen der Expertinnen und Experten hat die Verordnung in den Kantonen ohne Programm nichts bewirkt. Befragte mit Programm erfahrungen waren der Meinung, dass die Verordnung die Qualität der existierenden Programme gefördert habe.

In verschiedenen Interviews zu diesem Themenbereich wurde wiederholt die Prozessgestaltung der Gesetzgebung zur Sprache gebracht. Dabei wurde weniger der Inhalt, sondern die Art und Weise und der Zeitpunkt, zu dem die beteiligten Akteure in die Entscheidungsprozesse einbezogen wurden, kritisiert.

## Zusammenfassung

- Die Expertinnen und Experten hatten den Eindruck, dass bei den derzeit durchgeführten Mammographien eine gute technische Qualität gesichert sei, räumten aber ein, dass keine Daten als Beurteilungsgrundlage zur Verfügung stünden.
- Bestehende Unklarheiten in der Finanzierung wurden als Hauptgrund für die fehlende Einigung auf einen Qualitätsvertrag genannt.
- Beim Erlass der Verordnung zur Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch die Mammographie wurde der Gestaltung der Entscheidungsprozesse zu wenig Rechnung getragen, indem die beteiligten Akteure nicht rechtzeitig eingebunden wurden.
- Der Inhalt der Verordnung wird positiv beurteilt.

### 3.2.3 Strukturen im schweizerischen Gesundheitswesen

In Regionen von über 20 Ländern werden systematische Programme zur Früherkennung von Brustkrebs angeboten (Shapiro et al., 1998). Praktisch überall sind es nationale Gesundheitsbehörden, welche die Federführung inne haben. Gemäss dem Schlussbericht von Gisler (2000) fehlt in der Schweiz vorderhand eine nationale Gesundheitspolitik. Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen für die Einführung von flächendeckenden organisierten Mammographie-Screening Programmen ist keinesfalls klar. Demzufolge sind die Aktivitäten zwischen Bund und Kantonen nicht optimal aufeinander abgestimmt. Im Interview wurden deshalb Fragen der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen für Mammographie-Screening in organisierter Form gestellt. In diesem Themenbereich wurde auch gefragt, welche Steuermechanismen das Programm fördern könnten.

#### a) Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

Die befragten Expertinnen und Experten waren eher der Meinung, dass die Einführung eines gesamtschweizerischen Programms grundsätzlich realistisch sei: *'Grundsätzlich ja, es braucht halt etwas Engagement.'* Vorbehalte konzentrierten sich auf das föderalistische System der Schweiz. Bezüglich der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen wurden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Ein Teil der Gesprächspartner war der Ansicht, dass die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen für die Einführung eines nationalen Public-Health-Programms nicht-übertragbarer Krankheiten ungünstig sei: *'In einem nicht-staatlichen Gesundheitswesen ist es immer schwer solche Dinge einzuführen.'* Besonders der grosse Gestaltungsspielraum der Kantone in der Gesundheitspolitik wurde als hemmender Faktor für die Umsetzung eines flächendeckenden Programms genannt, während dem Bund andererseits Kompetenzen zur Umsetzung fehlten: *'Das Problem ist, wir haben 26 Kantone, in denen jeder Sanitätsdirektor meint, immer wenn es um Gesundheitspolitik geht, dann sei er autonom....'*

Je ein Vertreter aus Politik und Verwaltung befürworteten die derzeitigen Bestrebungen in Hinblick auf eine nationale Gesundheitspolitik. Zwei Expertinnen sahen darin eine Chance, die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen zu klären. Eine Person war der Ansicht, dass das geplante Gesundheitsobservatorium dem geplanten Mammographie-Screening direkt zugute kommen würde. Weitere konkrete Vorschläge für das mögliche Vorgehen lauteten: *'Wir brauchen*

*ein starkes Gesundheitsministerium, welches auf internationaler Basis ein national kompetentes Komitee einsetzen kann, um Strategie und Umsetzung zu konzipieren und den Prozess zu begleiten.'* oder *'Wenn ich an unsere 26 Kantone denke; ich sehe, was es heisst, Forschung in 26 Kantonen zu betreiben, dann sehe ich den Zweck der Übung nicht, dass 26 Instanzen diese Sache organisieren sollen.'*

b) Wahrnehmung der Aufgaben

Eine Mehrheit der Befragten war der Ansicht, dass die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen klar sei. Das Problem sei, dass 23 Kantone ihre Aufgabe nicht wahrgenommen hätten und diese damit die flächendeckende Programmentwicklung bremsen. Ein Leistungserbringer führte als Beispiel an, dass sein Kanton nicht bereit war, einen Auftrag zur Umsetzung zu vergeben, obwohl ein Angebot für ein regionales Programm vorlag. Zwei Gesprächspartner räumten ein, dass die Aufgabe für die Kantone anspruchsvoll sei. Als weiterer Punkt wurde angeführt, dass die Frauen zu wenig Druck auf die kantonalen Entscheidungsträger ausüben: *'Die Frauen müssten sich auch darüber aussprechen, ob sie das überhaupt wollen... solche Dinge können nur erfolgreich sein, wenn die Leute, die es betrifft, auch wollen...'* Tabelle 3-d fasst die genannten Probleme im Zusammenhang mit Kompetenzen und Wahrnehmung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen zusammen:

**Tabelle 3-d** Genannte Probleme im Zusammenhang mit Kompetenzen und Wahrnehmung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen

	<b>Anzahl Nennungen</b>
Der Gestaltungsspielraum der Kantone für eine eigene Gesundheitspolitik ist zu gross.	5 / 15
Der Bund hat zu wenig Kompetenzen (z.B. Zertifizierung von Röntgeninstituten) für das Qualitätsmanagement und für die Überprüfung der Wirksamkeit.	4 / 15
Es gibt zu wenig Druck von den Frauen.	3 / 15
Die Aufbauphase eines Programms ist für die Kantone eine anspruchsvolle Aufgabe.	2 / 15
Die Kompetenzen für neue Problemstellungen der Volksgesundheit sind unklar.	2 / 15
Es fehlt an einer kompetenten Koordination auf nationaler Ebene.	2 / 15

Die Mehrheit der Expertinnen und Experten war der Auffassung, dass Bund und Kantone künftig die Aufgaben der Umsetzung von Programmen bzw. eines nationalen Programms gemeinsam übernehmen sollten. Nach Meinung der Expertinnen und Experten besteht ein Koordinationsbedarf auf nationaler Ebene für gewisse Bereiche wie z.B. Qualitätssicherung, die Überprüfung der Wirksamkeit sowie die Sicherung des Datenschutzes. Einer Person aus der Politik war die Wirksamkeit ein besonders wichtiges Anliegen: *'Wenn wir einigermaßen vernünftige Aussagen über die Wirkung machen wollen, muss es mindestens in grösseren Regionen oder sogar gesamtschweizerisch gemacht werden...'*

Alle Befragten betonten, dass es nicht notwendig sei, die Programme in allen Aspekten identisch zu gestalten, sondern dass vielmehr die lokalen Besonderheiten berücksichtigt werden müssten. *'Für den Programmerfolg müssen die kulturelle Unterschiede berücksichtigt werden.'* Ein Leistungs-

erbringer meinte: *'Möglicherweise sind kleine Differenzen in der Programmgestaltung auf kantonaler Ebene sogar vorteilhaft, um den Einfluss der Programmgestaltung auf das Resultat herausarbeiten zu können'*. Verschiedene Programme können sogar die gesamtschweizerische Programmqualität fördern. Drei Expertinnen betonten, dass trotz Abweichungen eine Vergleichbarkeit der Programme gewährleistet bleiben müsse: *'Die kantonalen Unterschiede können durch eine gute Koordination problemlos überwunden werden.'*

Mehrmals wurde die Idee des 'Mamma-Bus' aufgegriffen. Der Bus biete den Vorteil, ein niederschwelliges Angebot vor Ort offerieren zu können, damit Frauen nicht in grosse Kliniken gehen müssen, die Angst einflössend und wo möglich mit aufwendigen Reisen verbunden sein könnten. Ein Nachteil wird bei den logistischen Abläufen gesehen, da diese schwieriger zu bewerkstelligen seien.

Die These, dass es für die Programmentwicklung ein Problem sei, dass die ambulante Leistung des Mammographie-Screenings nicht öffentlich steuerbar sei, wurde mehrheitlich verneint. Dies, da die meisten Untersuchungen an öffentlichen Spitälern angeboten würden und somit sehr wohl steuerbar wären. Ein Leistungserbringer ging davon aus, dass Staatsbetriebe die besseren Voraussetzungen zur Programmgestaltung hätten, u.a. weil die RadiologInnen Angestellte seien und nicht private Unternehmer. Jemand stellte sich auf den Standpunkt: *'Wer mitmachen will, muss die Qualitätskriterien erfüllen.'* Von den Expertinnen und Experten mit Programmiererfahrung und von spezialärztlicher Seite wurde hervorgehoben, dass die Mammographie eine anspruchsvolle radiologische Untersuchungen sei. Die Durchführung der Untersuchung sowie die Bildinterpretation setze deshalb eine gute Weiterbildung voraus. Dies könnte einigen frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten Probleme verursachen.

## Zusammenfassung

Die Experten waren sich einig, dass gewisse Aufgaben auf nationaler Ebene koordiniert werden müssen. Folgende Meinungen wurden zum Spannungsfeld von Zentralisierung und Dezentralisierung formuliert:

- Die Kantone haben ihre Aufgaben bisher nur ungenügend wahrgenommen.
- Eine nationale Gesundheitspolitik kann möglicherweise die Umsetzung fördern.
- Kantonale Programme tragen kulturellen Unterschieden und regionalen Gegebenheiten Rechnung.

### 3.2.4 Finanzierung

In den Gesprächen kristallisierte sich heraus, dass die wichtigste Ursache für die bisher gescheiterten Umsetzungsbemühungen darin zu sehen sei, dass sich die Akteure nicht über die Finanzierung des organisierten Mammographie-Screenings einigen konnten. Dies zeigte sich auch darin, dass Probleme der Finanzierung an vielen Stellen des Interviews wiederholt thematisiert wurden. Beispielsweise wurde unter dem Stichwort *'Erlass von gesetzlichen Grundlagen'* bemängelt, dass die finanzielle Machbarkeit im Voraus nicht genügend geklärt worden sei. Mitunter waren einige Expertinnen und Experten der Ansicht, dass die Programmumsetzung zu teuer sei und damit die Akzeptanz des Programms leide. Ein Leistungserbringer und eine Person aus der Verwaltung vertraten eine andere Ansicht, nämlich dass mit der Einführung eines organisierten

Programms eine deutliche Mengenausweitung verbunden sei und damit die vorhandenen Geräte besser ausgelastet werden könnten. Deshalb müsse aus ökonomischer Sicht der Preis für die Leistung sinken.

Die Expertinnen und Experten betonten, dass die Umsetzung von Mammographie-Screening-Programmen auch administrative Aufgaben umfasse. Die Logistik und Evaluation seien neue, nicht-medizinische Leistungen, die entschädigt werden müssen. In diesem Zusammenhang wurde bemängelt, dass das Bundesamt für Sozialversicherung keine klaren Richtlinien erlassen hatte, wie und von wem diese Leistungen zu finanzieren seien. Eine Person stellte fest. *'Es ist ja schon entschieden, die Leistung ist zu übernehmen, die Qualitätssicherung ist ein integraler Bestandteil der Leistungen. Ob die Evaluation übernommen werden soll, kann man sich fragen, denn das übernehmen an sich die Versicherer in der Regel nicht. Dies wäre aber auch ein offener Punkt in diesen Programmen gewesen.'* Fünf der fünfzehn befragten Expertinnen und Experten waren der Auffassung, dass die Leistung als Ganzes, d.h. inklusive aller Programmkomponenten von der Grundversicherung zu übernehmen sei. 10 Personen waren der Ansicht, dass die Untersuchung und die Qualitätssicherung von den Versicherern zu übernehmen sei. Dagegen müssten Steuer-gelder eingesetzt werden, um die Kosten der Logistik einer nationalen Programmkoordination und für die Überprüfung der Wirksamkeit zu übernehmen. Die Finanzierung durch die öffentliche Hand würde dem Bund beispielsweise auch Handlungskompetenz ermöglichen: *'... wenn der Staat dies finanzieren würde, hätte man die Möglichkeit, den Ärzten zu sagen, so jetzt hören sie auf mit diesem 'Affentheater'. Jetzt verkünden wir euch wieviel es gibt, um 'das Züg z'mache'. Mir scheint, so hätte man mehr Chancen zu einem vernünftigen Resultat zu kommen, als wenn man den Ball immer von einem Akteur zum anderen hin- und herschiebt: Kantone zum Bund, der Bund zu den Krankenversicherern, die Krankenversicherer zu den Ärzten, die Ärzte wieder zum Staat und, und, und.... Ich finde dies absolut zum Heulen. Wir haben dieses Theater bei jedem Programm wieder von Neuem.'*

Expertinnen und Experten mit Programm erfahrung, Versicherer und Vertreter der Verwaltung befürworteten das Finanzierungsmodell des Kantons Wallis. Aus der Sicht der Versicherer gelang es der damaligen Walliser-Regierung, die Kosten gerecht auf die Versicherer und die öffentliche Hand zu verteilen<sup>a</sup> (vgl. Bericht Gisler, S. 35). Ein Experte gab zu Bedenken: *'Die westschweizer Kantone sind früher eingestiegen, die Kantone investierten, die Forschung investierte. Es standen Leute dahinter, die ein Programm wollten und da ging es halt.'* Gleichzeitig gab diese Person weiter zu bedenken: *'Es ist natürlich nicht der Sinn eines Obligatoriums zu sagen, ein Teil ist gedeckt durch die KVG Pflichtleistung, dann aber sagt jemand anderes, die Kantone müssen auch einen Teil zahlen oder wer weiss wer noch.'*

Dass die Tarifverhandlungen zum Stocken kamen und kein gesamtschweizerischer Tarifvertrag vereinbart wurde, führten die Expertinnen und Experten auf verschiedene Ursachen zurück. Es sei keine Einigung in der Frage erzielt worden, wer die Kosten für die zusätzlichen administrativen Leistungen zu tragen habe: *'Ich finde, es ist einfach völlig daneben, wie da zwischen Kantonen, Krankenkassen und Ärzten über die Finanzierung gestritten wird...'* Unklarheiten darüber, ob und

---

<sup>a</sup> Die lokale Gesetzgebung erlaubte dem Kanton Wallis, die Kosten für den Selbstbehalt der Frauen mit einer staatlichen Einnahmequelle zu kompensieren (Billettsteuer). In Genf übernehmen die Krankenkassen seit Januar 2001 die Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs ohne Franchise. Im Gegenzug verzichteten sie nicht auf den Selbstbehalt in Höhe von 10%. Die kantonale Krebsliga Genf hat vorgeschlagen, diesen Anteil der Kosten zu übernehmen, damit den Frauen keine Kosten für die Untersuchung entstehen.

in welcher Höhe auch Steuergelder fliessen würden, unterschiedliche Preisvorstellungen bei Versicherern und Leistungserbringern sowie fehlende Daten als Grundlage für die Tarifgestaltung wurden als weitere Ursachen aufgeführt. Der Zeitpunkt der Tarifverhandlungen wurde ebenfalls ungünstig bewertet, da gleichzeitig allgemeine Tarifverhandlungen im Rahmen von GRAT und TarMed stattfanden. Tabelle 3-e fasst die erhobenen Gründe zusammen.

**Tabelle 3-e** Gründe für einen ausstehenden gesamtschweizerischen Tarifvertrag

	Anzahl Nennungen
Es ist unklar, wer für die Finanzierung von nicht-medizinischen Leistungen eines solchen Public-Health-Programms zuständig ist.	5 / 15
Angebot der Kostenträger hatte bei Leistungserbringern keine Akzeptanz.	4 / 15
Es fehlt gesamtschweizerisch an Statistiken, die für die Tariffestlegung nützlich wären.	3 / 15
Organisiertes Screening bewirkt eine Preissenkung.	3 / 15
Tarmed-Verhandlungen hatten Priorität.	1 / 15

Besonders Leistungserbringer und Programmanbieter waren gegen einen gesamtschweizerischen Tarif. Sie vertraten die Ansicht, dass zu grosse regionale Unterschiede bestünden und diese in einem gesamtschweizerischen Tarif nicht ausreichend berücksichtigt würden. Beispielsweise habe ein frei praktizierender Radiologe in Genf andere Rahmenbedingungen und Infrastrukturkosten für sein Unternehmen als ein Radiologe im Kanton Thurgau.

a) Kostenbeteiligung<sup>b</sup>

10 der 15 befragten Expertinnen und Experten waren **gegen** eine Kostenbeteiligung der Frauen, um die Chancengleichheit zu fördern. Fünf Expertinnen und Experten konnten sich irgendeine Form der Kostenbeteiligung vorstellen. Dazu wurden verschiedene Meinungen vertreten. Jemand argumentierte, dass man sich für oder gegen eine Staatsmedizin entscheiden müsse. Eine staatliche Medizin verlange nach einer Kostendeckung über vermehrte Steuern statt Prämien. Die Förderung der Selbstverantwortung spreche eher für eine Kostenbeteiligung. Drei andere Befürwortende vertraten eine ähnliche Haltung, gaben jedoch zu Bedenken, wie schwierig dieser Aspekt zu kommunizieren sei. Von politischer Seite kam der Vorschlag, die Kostenbeteiligung mit einem Konsumgut aus dem Wellnessbereich zu vergleichen, so dass die Frauen selbst einen Beitrag von ca. Fr. 15.- (1.Klass-Versicherte = 20-30.-) leisten könnten.

Drei Personen waren der Ansicht, dass der Erlass der Franchise bereits geklärt sei.

<sup>b</sup> Zum Zeitpunkt der Befragung war der Erlass der Franchise für die in Programmen angebotene Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs noch nicht in Kraft.

## b) Tarifkompetenz

Sieben Public-Health-Expertinnen und Experten und Vertretungen aus Behörden sprachen dem Bund Kompetenzen bei der Tarifgestaltung für nationale Präventionsprogramme bei nicht-übertragbaren Krankheiten zu. Damit verbunden war die Vorstellung, dass die Verhandlungspartner dem Bund einen Tarif vorschlagen würden.

Eine Person wies jedoch darauf hin, dass damit ein zeitintensiver Prozess verbunden sei, da zunächst eine parlamentarisch genehmigte Änderung des Gesetzes notwendig sei. Weiter wurde argumentiert, dass der Bund bereits Tarifkompetenz habe, nämlich dann wenn eine Beschwerde eingereicht würde. Leistungserbringer, Versicherer und Fachgesellschaften sprachen sich tendenziell gegen eine Kompetenz für die Tarifgestaltung auf Bundesebene aus. Vorbehalte dagegen waren:

- 'Das bedeutet eine staatliche Gesundheitsvorsorge'.
- 'Eine Festlegung von Tarifen ohne Mitsprache der Leistungserbringer, insbesondere der FMH und beim Mammographie-Screening Programm der Radiologen im Speziellen, birgt die Gefahr unhaltbarer Tarife.'
- 'Dies wäre ein primär politischer Tarif ohne Rücksicht auf betriebswirtschaftliche Aspekte'.
- 'Medikamentenpreise gelten als schlechtes Beispiel: diese sind so hoch, weil sie staatlich reguliert sind'.

## Zusammenfassung

- Da sich die Akteure über die Finanzierung nicht einigen konnten, wurde die Umsetzung eines organisierten Programms massgeblich behindert.
- Bei den Verantwortlichen besteht Unklarheit, wer für die Finanzierung von nicht-medizinischen Leistungen wie Logistik und Evaluation zuständig ist.
- Die Tarifstruktur soll gesamtschweizerisch gleichermassen festgelegt werden. Die Preisgestaltung hingegen soll für regionale Gegebenheiten anpassungsfähig bleiben.

### 3.2.5 Rollen und Kompetenzen

Der ehemalige Geschäftsführer der Stiftung zur Früherkennung von Krebs stellte in seinem Schlussbericht fest, dass die Rollen und Kompetenzen der einzelnen Akteure für den Umsetzungsprozess unklar waren. In den Interviews wurde nach den Interessen der einzelnen Akteure gefragt. Zudem wurde das Engagement der Bundesämter und der neu gegründeten 'Schweizerischen Stiftung zur Früherkennung von Krebs' aus Sicht der Expertinnen und Experten beurteilt.

Dem Bundesamt für Gesundheit und der Schweizerischen Krebsliga wurde das grösste Interesse zugesprochen (je n=5), Mammographie-Screening Programme einzuführen. Danach wurden Kantone (n=3), Radiologinnen/Radiologen (n=3), das Bundesamt für Sozialversicherungen (n=2) und die Versicherer (n=2) genannt.

Akteure, welche gemäss der Einschätzung der Experten das geringste Interesse hatten, waren die Kantone (n=5), die Versicherer (n=5) sowie die Frauen (n=2).

a) Frauen

Die Interviewpartnerinnen und -partner schrieben den Frauen ein geringes Interesse zu, dass die Mammographie in organisierter Form angeboten wird. Frauen hätten in Diskussionen für oder gegen die Einführung der Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs eine passive Rolle eingenommen. Keine Gruppierung in der Bevölkerung habe bislang ein Bedürfnis für organisierte Mammographie-Untersuchungen bekundet: *'Das Umsetzungsproblem ist in erster Linie eine Frauenfrage. Es mangelt an Vorbildwirkung und politischer Unterstützung durch die Frauen selbst'*. Fünf Personen stellten bei den Frauen eine grosse Verunsicherung fest. Fünf Expertinnen und Experten äusserten, dass sie sich das grösste Interesse von Seiten der Frauen wünschen würden. *'In den USA gehen die Frauen auf die Barrikaden und hier geht niemand.'*

b) Leistungserbringer

Die Unterstützung seitens der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte wurde von neun Personen als gering eingestuft. Ein Leistungserbringer vertrat eine andere Ansicht: *'Grundsätzlich ist die Ärzteschaft nicht gegen Vorsorgeuntersuchungen.'* Als Gründe für das mangelnde Interesse wurden verschiedene Argumente angeführt:

- Informationsdefizit: *'Die Grundversorger wie auch die Frauen sind zu wenig informiert und können zwischen einer diagnostischen Mammographie und dem Screening nicht unterscheiden.'*
- Angst vor Verdiensteinbussen: *'Ich meine, das ist von der Sache her völlig richtig. Aber es wird Konkurrenzprobleme geben – wer darf jetzt, wer darf nicht...'*
- fehlende frühzeitige Einbindung: *'Die Unterstützung der betroffenen Ärztegruppen ist umso grösser, wenn diese entsprechend eingebunden sind.'*

Die beiden Befragten mit laufenden Programmen bewerteten dagegen die Unterstützung der Praktizierenden positiv. Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass ein organisiertes Mammographie-Screening-Programm das Arzt-Patient-Verhältnis verändere. Da beim Screening der direkte Kontakt mit den Frauen ganz wegfällt.

c) Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Die Mehrheit der Interviewpartner lobte besonders das persönliche Engagement einzelner Personen im BAG. Einzelne Expertinnen und Experten glaubten, dass das BAG die Akzeptanz der organisierten Mammographie zur Früherkennung und die Unklarheit in der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen unterschätzt hätte. Mehrere Personen kritisierten, dass das BAG die Aufgaben der Umsetzung zu früh an die Krebsliga delegiert habe, ohne aber diese mit den nötigen Kompetenzen auszustatten. Vereinzelt wichen Personen der Frage nach dem Engagement aus.

d) Schweizerische Stiftung zur Früherkennung von Krebs

12 der 15 befragten Expertinnen und Experten kannten die Schweizerische Stiftung zur Früherkennung. Drei davon waren über den Stiftungszweck nur ungenügend informiert. Immerhin drei Gesprächspartnerinnen und -partner kannten die Stiftung nicht. Expertinnen und Experten,

welche mit dem ehemaligen Geschäftsführer oder mit den Stiftungsgründern/Partnern zu tun hatten, standen der Stiftung positiv gegenüber: *'Sie hat ihre Rolle den gegebenen Umständen entsprechend sehr gut wahrgenommen. Das Scheitern liegt an externen Faktoren.'* Sieben Expertinnen und Experten kritisierten, dass der Stiftung die Handlungskompetenz gefehlt habe: *'Die hätten es gut gemacht, wenn sie es hätten tun können. Aber sie hatten keine Kompetenzen/Auftrag, um etwas politisch durchzusetzen.'*

### Zusammenfassung

- Das grösste Interesse, die Mammographie in organisierten Programmen einzuführen, wurde dem BAG und der SKL zugeschrieben.
- Von den Frauen wünsche man sich mehr Engagement, ihr Interesse zu bekunden.
- Fehlende Unterstützung der Leistungserbringer wurde u.a. auf Informationsdefizite, Angst vor Verdiensteinbussen und fehlender frühzeitiger Einbindung zurückgeführt.
- Die Arbeit des Geschäftsführers der 'Schweizerischen Stiftung zur Früherkennung von Krebs' wurde honoriert. Die fehlenden Handlungskompetenzen der Stiftung wurden bemängelt.

#### 3.2.6 Wirksamkeit

Die Wirksamkeit des Mammographie-Screenings ist wiederholt Gegenstand von Diskussionen. Zum Beispiel hat die Sanitätsdirektorenkonferenz das gesamte Mammographie-Screening-Programm auf Grund des im Lancet vom 8. Januar 2000 erschienenen Artikels von Gotzsche und Olsen (2000) für umstritten erklärt. Im Interview wurden die Expertinnen und Experten gebeten, den Artikel zu kommentieren und Stellung zu beziehen.

Neun Expertinnen und Experten kannten den Artikel, sieben waren ebenfalls über den Kommentar des Herausgebers informiert. Sieben Expertinnen und Experten bestätigten, dass der Artikel die Umsetzung gebremst habe, weil die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz die Umsetzung des nationalen Programms in einem Schreiben an die Kantone nicht verbindlich empfahl. Drei Personen waren der Meinung, dass der Artikel die Skeptiker in ihrem Standpunkt bestärkte, während die Befürworter geschwächt würden. Eine Vertreterin kritisierte die Haltung der Krebsliga: *'Da war ich sehr erstaunt, wie die Krebsliga so einfach akzeptierte, dass die Kantone einfach abgewinkt haben. Dass sie nicht gleich sofort wieder Lobbying gemacht hat, davon war ich enttäuscht.'*

##### a) Kulturelle Unterschiede

Während in der Deutschschweiz die Vorbereitungsarbeiten seit März 2000 blockiert sind, laufen in den drei Westschweizer Kantonen Waadt, Genf und Wallis kantonal organisierte Mammographie-Screening-Programme. Die Expertinnen und Experten wurden befragt, wie sie sich diese Unterschiede in der Umsetzung erklären.

Generell teilten die Befragten die Auffassung, dass Public-Health-Programme in der Westschweiz eine bessere Akzeptanz haben. *'Die Westschweizer haben eher noch das zentralistische Gefühl, wenn jemand etwas macht, macht man mit.'* Die Westschweiz nehme in der Umsetzung

von solchen Programmen eine Vorreiterrolle ein. *'Es gibt ein paar engagierte Typen, auch kulturell bedingt. Die Kantone und die Forschung investierten, von da her gab es Leute, die dies wollten da ging es halt.'* Jemand fand: *'Das Verhältnis zu Gesundheitsleistungen – auch zu staatlichen Gesundheitsleistungen – ist im welschen Sprachgebiet ein anderes als im deutschen... Andere Kantone haben sich geweigert, etwas daran zu zahlen.'* Einzelne Expertinnen und Experten befürchteten, dass diese Tatsache bei den welschen Kolleginnen und Kollegen auf die Dauer zu Ermüdungserscheinungen führen könnte: *'Die Westschweizerinnen und -schweizer müssen immer auf die Deutschschweizerinnen und -schweizer warten.'* Drei Experten führten die ablehnende Haltung in der Deutschschweiz auf eine unterschiedliche Wahrnehmung der Nebenwirkungen der radiologischen Untersuchung zurück. In Deutschland und in der Deutschschweiz sei die Strahlenbelastung von der Nuklear-Medizin ein grosses Thema.

### 3.3 INTERNATIONALE EXPERTISE

Die Optik des internationalen Public-Health-Experten war in den folgenden Bereichen von Interesse: Rahmenbedingungen für ein Mammographie-Screening-Programm als Public-Health-Massnahme, Finanzierung, Rollen und Kompetenzen sowie Fragen zum Wirksamkeitsnachweis. Die Ausführungen werden ergänzt mit einer Einschätzung über spezifische Probleme der Schweiz und schliessen mit Empfehlungen.

#### a) Rahmenbedingungen für Mammographie-Screening als Public-Health-Massnahme

Aus Sicht des Interviewpartners ist ein entschlossener politischer Wille die wichtigste Voraussetzung für das Gelingen von Mammographie-Screening-Programmen. In der Schweiz ist zu erwarten, dass der politische Wille, Programme umzusetzen, zunehmen wird. Ein Anzeichen dafür ist die vor kurzem erlassene Franchise, die an die Durchführung von Mammographie-Screening-Programmen gekoppelt wurde. Verglichen mit dem Ausland lässt sich sagen, dass in den meisten anderen europäischen Ländern, wie z.B. Deutschland, eine hitzige politische Debatte zu diesem Thema stattfindet bzw. stattfand. Ein zentraler Bestandteil dieser Diskussionen ist die Wirksamkeit der Methode und Fragen der Qualität. In diesem Zusammenhang spielen Ergebnisse eine wichtige Rolle. Anhand von konkreten Resultaten müssen Verantwortliche vom Nutzen der Mammographie-Screening-Programme überzeugt werden. Anders ausgedrückt lässt sich aber auch sagen, dass fehlende Resultate keine Überzeugungsarbeit leisten können. In vielen europäischen Ländern haben die europäischen Guidelines dazu beigetragen, im Sinne von 'best practice', die Einführung von Mammographie-Screening-Programmen voranzutreiben.

#### b) Finanzierung

Für die Finanzierung von Mammographie-Screening-Programmen müssen länderspezifische Lösungen gefunden werden. Die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass Finanzierungsmodelle, bei denen die Kosten auf verschiedene Quellen verteilt werden konnten, die Implementierung von Mammographie-Screening-Programmen unterstützen. In Holland wurde beispielsweise eine Lösung gefunden, bei der das Programm durch einen Fond über die Rückversicherung aller Versicherer finanziert wird, an dem sich auch die öffentliche Hand beteiligt. Dagegen

wird eine Lösungsfindung erschwert, wenn ein Screening-Programm in Konkurrenz mit kurativen Interventionen steht.

Den Verantwortlichen muss aufgezeigt werden, dass eine finanzielle Beteiligung nicht nur Kosten verursacht. Vielmehr eröffnen sich damit auch Entscheidungskompetenzen. Public-Health-Programme bieten die Möglichkeit, finanziellen Aufwendungen Wirkungen gegenüberstellen zu können. Damit kann - wie kaum sonst in der Gesundheitsversorgung - ein Produkt mit dem Ergebnis verknüpft werden. Mit der Programmeinführung haben die Versicherer damit erstmals die Möglichkeit, ein qualitätskontrolliertes Produkt einkaufen zu können.

### c) Rollen und Kompetenzen

Für eine erfolgreiche Umsetzung eines organisierten Mammographie-Screening-Programms müssen gemeinsame Verantwortungen geschaffen und übernommen werden. Die Verantwortlichkeiten unter den Akteuren sind zu definieren. Es ist auch legitim, dass sich einer der Akteure nur für einen Teilbereich oder überhaupt nicht zuständig erklärt. Erklärt sich ein Akteur aber für einen Bereich zuständig, müssen diese Verantwortlichkeiten auch ernsthaft in die Tat umgesetzt werden. Das heisst, die Akteure müssen sich über die Verteilung der jeweiligen Verantwortlichkeiten einigen und sich gegenseitig in die Verantwortung nehmen. Gleichzeitig muss beachtet werden, dass zu viele Akteure den Fortschritt behindern. Konkret bedeutet das für die folgenden Akteure:

#### Politische Instanzen

Ein organisiertes Mammographie-Screening-Programm erfüllt die Kriterien eines Public-Health-Programms. Damit sind verschiedene Implikationen verbunden. Die klassische Verantwortung der Ärztin bzw. des Arztes für seine Behandlungsmassnahmen wird zur Verantwortung der Politiker. Dies hat zur Folge, dass die Politikerinnen und Politiker die Interessen des Brustkrebs-Screenings wahrnehmen müssen. Politische Behörden müssen die gesetzlichen Grundlagen und günstige Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Umsetzung des Programms schaffen. Da die Verantwortung beim Mammographie-Screening auf der Bevölkerungsebene ungleich grösser ist als bei der symptomatischen Mammographie, werden damit auch hohe Anforderungen an die Qualität der Untersuchung gestellt.

#### Schweizerische Krebsliga

Die SKL kann einen wichtigen Beitrag zur objektiven Informationsvermittlung liefern. Ein Schwerpunkt könnte beispielsweise die Vermittlung des Public-Health-Aspekts von organisierten Programmen sein. Weiter sollte die SKL organisierte Mammographie-Screening-Programme gegenüber politisch Verantwortlichen 'promoten'. Als unabhängiges Organ kann sie den am Aufbau und an der Durchführung eines Programms beteiligten Akteuren indirekte Unterstützung offerieren. Ein weiterer wichtiger Aspekt für die erfolgreiche Umsetzung ist die Unterstützung eines 'Cancer Control Plans'. Kernstück dieses Aktionsplans muss die flächendeckende Einführung von Krebsregistern sein.

#### Stiftung zur Früherkennung von Krebs

Die Stiftung zur Früherkennung von Krebs kann ein geeignetes Organ sein, die Implementierung voranzutreiben. Voraussetzung ist, dass alle relevanten Akteure in der Stiftung mitwirken und diese mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet ist. Diese Kompetenzen liegen vor-

wiegend im Bereich der Sicherstellung und Koordination von qualitätsfördernden Faktoren für Public-Health-Programme (Information an die Zielgruppe, Zugang zu Programmen, Prozessgestaltung von der Einladung bis zur Ergebnismitteilung, Finanz- und Qualitätsmanagement, etc.).

#### Ärztinnen und Ärzte

Ein Mammographie-Screening-Programm als Public-Health-Programm verändert die klassische ärztliche Verantwortung. In der kurativmedizinischen Behandlungssituation ist die Ärztin oder der Arzt für die Diagnostik allein verantwortlich. Ein organisiertes Screening-Programm bedeutet für die Ärztin bzw. den Arzt jedoch einen Verlust an Autonomie und zwar in zweierlei Hinsicht: Einerseits verlangen organisierte Mammographie-Screening-Programme, dass die Qualität transparent dargelegt wird. Zweitens wird die Verantwortung für die Diagnostik nicht allein von den beteiligten Ärztinnen und Ärzten, sondern auch vom Programm getragen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass diese Rollenveränderung zuerst einmal Ängste auslöst und in Folge zu Widerständen führt. Massnahmen der Primärprävention - z.B. Informationskampagnen - finden viel eher Unterstützung, da sie die klassische Arzt-Patienten-Beziehung nicht tangieren.

#### d) Wirksamkeit

Der im Lancet publizierte Artikel stellte die Evidenz vom Mammographie-Screening in Frage. Aus Sicht des Experten kann der 'Rummel' um den Artikel nur damit erklärt werden, dass die Studie nicht in den Gesamtkontext bestehender Erfahrungen gebracht wurde. Seines Erachtens wurde die Studie missbraucht, um individuelle Interessen zu vertreten. In Deutschland hat die Studie ebenfalls zu heftigen Debatten geführt. Eine offizielle Stellungnahme, welche von den Versicherern unterstützt wurde, hat zu einer Klärung bzw. Verbesserung der Situation geführt.

Die neusten Ergebnisse aus Holland von 1998 zeigen, dass mit dem organisierten und kostenlosen Screening, bei einer Beteiligung von 70%, erstmals die Brustkrebsmortalitätsrate in der Altersgruppe 50-69 sank und damit potentiell Lebensjahre bis zum Jahr 2007 gewonnen werden können (Fracheboud et al., 2000). Langfristig ist zu erwarten, dass ein nationales Programm günstige Auswirkungen auf die Kostenentwicklung haben wird, da ein wirksames System das Kostenmanagement implementiert.

Der Nachweis der Qualität und der Wirksamkeit des Mammographie-Screenings ist an organisierte Programme geknüpft. Internationale Erfahrungen belegen, dass die subjektive Überzeugung von einer guten Qualität nicht bedeutet, dass die Qualität objektiv auch gut ist. Hinzu kommt, dass eine unabhängige Instanz die Verantwortung für die Beurteilung der Qualität übernehmen sollte. Dies trifft besonders auf ein Land wie die Schweiz zu, in dem sich die verantwortlichen Akteure gut kennen. Als Vorschlag sind beispielsweise internationale Experten denkbar.

#### e) Besonderheiten der Schweiz

Gemäss der Einschätzung des internationalen Experten sind folgende Punkte, die für die Schweiz spezifisch sind, bei der Implementierung von organisierten Screening-Programmen zu berücksichtigen:

- Die Schweiz ist nicht oder nur vereinzelt in internationalen Netzwerken zum Mammographie-Screening vertreten. Ein solches Netzwerk ist beispielsweise das 'European Breast Cancer Network'. Dieses Netzwerk von europäischen

Experten trifft sich jedes Jahr, um Erfahrungen auszutauschen. Folglich profitiert die Schweiz nur wenig von Erfahrungen anderer Länder bei der Gestaltung des Screening-Prozesses. Die Schweiz ist im Zusammenhang mit der Implementierung eines organisierten Screening-Programms im Vergleich zu anderen Ländern sehr isoliert. Diese Beobachtung ist umso erstaunlicher, als dass die Schweiz wichtige gesundheitspolitische Organisationen, wie z.B. die WHO, beherbergt. Die Berücksichtigung von internationalen Erfahrungen könnte die Umsetzung deutlich erleichtern.

- Für den Nachweis der Wirksamkeit von Mammographie-Screening-Programmen, wie zum Beispiel die Reduktion der Mortalität von Brustkrebs und Kosteneinsparungen von Folgekosten, sind grosse Zahlen notwendig. Daher müssen Bemühungen in der Schweiz darauf abzielen, eine möglichst grosse Bevölkerungsgruppe zu erreichen. Um die Wirksamkeit des Mammographie-Screenings innerhalb einer angemessenen Zeit zu verdeutlichen, ist es unbedingt notwendig, die erfasste Zielbevölkerung über die bereits bestehenden drei Screening-Programme in der Romandie hinaus zu erweitern.
- Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hat die Schweiz ein ausgeprägteres paternalistisches System. Weniger die Frauen selbst, als vielmehr die Gynäkologinnen und Gynäkologen sind für die Gesundheit der Frauen zuständig.

#### f) Empfehlungen

Gemäss den internationalen Erfahrungen zählen drei zentrale Punkte zu erfolgreichen Voraussetzungen. Für die Einführung eines wirksamen Screening-Programms muss erstens der politische Wille vorhanden sein, zweitens müssen die finanziellen Ressourcen sichergestellt sein und drittens braucht es eine multidisziplinäre Übereinstimmung für die Umsetzung.

## 4 DISKUSSION

Das Ziel der vorliegenden Studie war, Faktoren zu identifizieren, welche den Prozess zur Einführung eines flächendeckenden organisierten Mammographie-Screening-Programms in der Schweiz in positiver oder negativer Weise bislang beeinflussten. Ausgangspunkt der Untersuchung war der Schlussbericht des ehemaligen Geschäftsführers der 'Schweizerischen Stiftung zur Früherkennung von Krebs'. Der vorliegende Bericht ist als Ergänzung gedacht. Er liefert Hinweise auf eine Reihe möglicher Ursachen, die im Rahmen einer Dokumentationsanalyse und 15 Expertengesprächen erarbeitet wurden. Die Ergebnisse spiegeln eine interne Optik involvierter Akteure wider und enthalten mit der Stellungnahme eines internationalen Experten ein Element der Fremdevaluation.

Beim Zusammenstellen der Ergebnisse wurde deutlich, dass sich die befragten Personen sehr moderat äusserten. Beispielsweise befürworteten quasi alle die Einführung von organisierten Programmen. Trotzdem war von keiner Seite ein vorbehaltloses Ja zu hören. Bei Interviewpartnerinnen und -partner, die sich schon seit vielen Jahren für die organisierte Mammographie engagierten, waren Gefühle der Enttäuschung und gewisse 'Ermüdungserscheinungen' für die Sache zu spüren. Auf einige sehr konkrete Fragen nach möglichen Ursachen wurde nur ausweichend geantwortet. Die meisten Interviewpartnerinnen und -partner nannten verschiedene Ursachen, welche die Umsetzung einer organisierten Mammographie zur Früherkennung behinderten. Dies spiegelt sicherlich einerseits die Komplexität der Sache wider, andererseits wird deutlich, dass die Interviewpartnerinnen und -partner unterschiedliche Rollen und Interessen vertraten.

Für die Interpretation der Ergebnisse sind folgende Punkte zu bedenken. Es handelt sich um eine kleine Gruppe von Interviewpartnerinnen und -partnern. Quantitative Bewertungen der Aussagen waren daher meist nicht möglich. Weiter muss der Zeitpunkt der Befragung berücksichtigt werden. Wenige Monate vor der Befragung wurden Aktivitäten, um Programme auf kantonaler Ebene in der Deutschschweiz umzusetzen und auf nationaler Ebene zu koordinieren, eingestellt. D.h. die Befragung fand zu einem Zeitpunkt statt, zu dem quasi kein Konfliktpotential mehr vorhanden war. Kritiker des organisierten Mammographie-Screening-Programms hatten insofern keinen Grund mehr, Aktivitäten zum Erliegen zu bringen. Dagegen hatten sich Befürworter in Kantonen ohne Mammographie-Screening-Programme schon seit einiger Zeit mit der Situation arrangiert. Kantone, in denen systematische Mammographie-Screening-Programme durchgeführt werden, mussten nicht mehr befürchten, dass ihnen durch nationale Auflagen die Arbeit erschwert würde.

### a) Konsensbildung

In der Schweiz sind politische Entscheidungen in der Regel auf Konsensbildung abgestützt. Relevante Akteure müssen frühzeitig in den Planungsprozess einbezogen werden, damit die geplanten Aktivitäten eine hohe Akzeptanz haben und erfolgreich umgesetzt werden können. Die Ergebnisse der Studie belegen, dass im Rahmen der Gesetzgebung (bzw. beim Erlass der Verordnung zum Qualitätsmanagement) der frühzeitigen Einbindung der verantwortlichen Akteure besonders der Kantone zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Dabei existieren in der Schweiz positive Beispiele einer gelungenen Kommunikation zwischen Bund und den Kantonen. In Fra-

gen zur AIDS-Prävention und bei der Drogenpolitik sind die Kantone in angemessener Weise einbezogen und die Akzeptanz für die Umsetzung vorbereitet worden.

Aber auch der fehlende Expertenkonsens über die Wirksamkeit der Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs hat die Erfolgchancen, Mammographie-Screening-Programme einzuführen, gemindert. Beispielsweise führten diese Kontroverse dazu, dass die Medien die Thematik wiederholt aufgriffen und völlig unterschiedliche Aussagen über die Wirksamkeit vermittelten. Auch die Santitätsdirektorenkonferenz begründete ihren Entscheid, die Umsetzung von Programmen für den Moment zu sistieren mit dem fehlenden Expertenkonsens. Um so erstaunlicher war das Ergebnis, dass die "umstrittene" Evidenz aus Sicht der befragten Interviewpartnerinnen und -partner nicht im Vordergrund stand. Als mögliche Erklärungen kommt in Betracht, dass die Interviewpartnerinnen und -partner verschiedensten Bereiche (unter anderem auch politische Entscheidungsinstanzen) repräsentieren und die Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz einer Methode nicht zu deren Hauptaufgabenbereich zählt. Andererseits könnte man vermuten, dass die "umstrittene" Evidenz ein viel "beliebteres" Argument sein müsste, als die Betonung, dass die fehlende Einigung über die Finanzierung das grösste Problem darstellte.

Es muss offen bleiben, welchen Stellenwert der fehlende Expertenkonsens als hemmender Faktor bei der Umsetzung hatte. Eine interessante Spekulation ist die Frage, ob die Umsetzung in der Deutschschweiz stattgefunden hätte, wenn Expertenkonsens über die positive Wirksamkeit der Methode bestanden hätte.

#### b) Public-Health-Programm

Mit dem geplanten Mammographie-Screening wurde ein Public-Health-Programm für nicht-übertragbare Krankheiten in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen. Organisierte Programme bieten die Möglichkeiten der systematischen Qualitätssicherung und Qualitätsüberprüfung.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die Bindung des Mammographie-Screening an organisierte Programme mit Qualitätssicherung, positiv bewertet wurde. Erste positive Erfahrungen in der Westschweiz sprechen ebenfalls für diese Entscheidung. Ein Public-Health-Programm ist jedoch nicht mit einer rein medizinischen Leistung wie zum Beispiel der diagnostischen Mammographie, zu vergleichen. Ein Screening orientiert sich nicht primär an der Arzt-Patientin-Beziehung, sondern ist auf die Bevölkerungsebene ausgerichtet und umfasst zusätzliche nicht-medizinische Leistungen. Damit werden Grundsatzfragen aufgeworfen, wie z.B. *muss die öffentliche Hand einen finanziellen Beitrag leisten und falls ja, in welchem Umfang?* Die Logistik eines solchen Programms stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Diesen Umstand haben die Entscheidungsträger bei der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog unterschätzt. Besonders den strukturellen Bedingungen der Schweiz, nämlich der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, wurde zu wenig Beachtung geschenkt. Auch wurde zu wenig Aufwand betrieben, um das Verständnis bei allen Akteuren (Leistungserbringer, Versicherer, Kantone) für die Notwendigkeit eines Public-Health-Programms zu fördern. Um so wichtiger wäre es demnach gewesen, frühzeitig eine hohe Akzeptanz für ein Public-Health-Programm zur Früherkennung von Brustkrebs unter den Akteuren zu erzeugen bzw. sicherzustellen.

c) Rahmenbedingungen

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass das föderalistische System der Schweiz im Vergleich zu einem zentralistisch organisierten Gesundheitssystem ungünstigere Voraussetzungen hat, ein flächendeckendes Programm umzusetzen. Beispielsweise scheiterte 1983 ein Bundesgesetz über Prävention am Widerstand der Kantone. Der grosse Einfluss der Kantone wird daran deutlich, dass der Beschluss der Sanitätsdirektorenkonferenz die laufenden Vorbereitungen zum Stillstand brachte. Eine Wiederaufnahme dieses Public-Health-Programmes ist nur in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen möglich.

Positiv hervorzuheben ist, dass das Parlament und der Ständerat im Dezember 2000 entschied, dass bei präventiven Leistungen, die in Programmen angeboten werden, keine Franchise mehr erhoben wird. Es bleibt zu hoffen, dass der Wegfall der Franchise unter Programmbedingungen künftig ein zusätzliches Argument für die Einführung von Programmen bilden wird.

Neben den strukturellen Gegebenheiten scheinen aber auch kulturelle Faktoren eine Rolle zu spielen. Die Westschweiz scheint im Vergleich zur Deutschschweiz bevölkerungsbezogenen präventiven Massnahmen grundsätzlich positiver gegenüber zu stehen. Anders ist es nicht zu erklären, dass in den westschweizerischen Kantonen bereits Anfang der 90er Jahre Programme lanciert wurden und diese in den vergangenen Jahren weiter entwickeln werden konnten.

d) Interessen

Die Ergebnisse zeigen, dass zu wenig oder zu wenig wirkungsvoller Druck auf die Akteure ausgeübt wurde bzw. wird. Die Interviewpartnerinnen und -partner warfen besonders den Frauen als Zielgruppe mangelndes Interesse vor. Aus Sicht der Autorinnen müssen dieser Aussage drei Argumente gegenüber gestellt werden:

- Gemäss Zahlen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erhielt jede dritte Frau innerhalb der letzten beiden Jahre eine Mammographie. Es ist zu vermuten, dass in diesem Anteil ein hoher Prozentsatz von Mammographien zur Früherkennung enthalten ist. Aus Sicht der Frauen besteht daher möglicherweise gar kein Bedarf, sich für die Mammographie zur Früherkennung einzusetzen, da sie diese Leistung im individualmedizinischen Ansatz beziehen können.
- Es stellt sich auch die Frage, ob die Frauen überhaupt den Unterschied zwischen individuellen Screening-Untersuchungen und einem organisierten Programm kennen. Unterschiede sowie Vor- und Nachteile dieser beiden Vorgehensweise wurde bislang nur selten öffentlich thematisiert und diskutiert. Auch die Schweizerische Krebsliga hat wenig über die Hintergründe und über die Inhalte von Mammographie-Screening-Programmen Publik gemacht. Zu einer umfassenden und ausgewogenen Aufklärungspolitik würde aber auch gehören, auf unterschwellige – und möglicherweise übertriebene - Heilungserwartungen adäquat zu reagieren.
- Die Aussage der Politiker, die Frauen müssten nur ein klares Votum für ein organisiertes Programm äussern, und erst daraus würde sich der politische Handlungsbedarf ableiten, muss kritisch hinterfragt werden. Frauen haben in der Vergangenheit schon deutlich ihre Interessen bekundet sei es zum Beispiel

für die Einführung einer Mutterschaftsversicherung, ohne dass die politischen Verantwortlichen unmittelbar darauf reagierten und die Forderungen umgesetzt hätten.

Der Schweizerischen Krebsliga wurde in den Interviews zwar ein grosses Engagement bestätigt, aber ihr fehlten bzw. fehlen die Kompetenzen den Entscheidungsprozess aktiv zu gestalten und voranzutreiben. Im Gegensatz zu den Diskussionen im Vorfeld bzw. informellen Gesprächen mit verschiedenen Akteuren wurde in den Interviews nur wenig Kritik an der Schweizerischen Krebsliga oder der Schweizerischen Stiftung zur Früherkennung von Krebs geäussert. Es stellt sich aus unserer Sicht die Frage, ob die eher positive Bewertung der Interviewpartnerinnen und -partnern der Realität entspricht. Zum Zeitpunkt der Interviews war die Stiftung bereits nicht mehr aktiv. Kompetenzen und daraus abzuleitende Konkurrenzverhältnisse unter den Akteuren waren damit hinfällig. Fehlende kritische Äusserungen könnten nach dem Motto, *'über Verstorbene spricht man nicht schlecht'*, gewertet werden.

Die Interviews zeigten ebenfalls, dass besonders Personen aus dem Public-Health-Bereich für eine gesamtschweizerische Umsetzung votierten. Bei den Akteuren hingegen, die aktiv in die politischen Entscheidungsprozesse involviert waren bzw. sind und über entsprechende Entscheidungskompetenzen verfügen, scheint das Interesse nur mässig ausgeprägt. Zwar stehen sowohl Leistungserbringer, Versicherer, Kantone und Bund den Bemühungen grundsätzlich positiv gegenüber, doch wird von keiner Seite die Umsetzung der Leistung als notwendig erachtet.

#### e) Rollenwechsel bei den Leistungserbringern

Die Aufgaben der Leistungserbringer konzentrieren sich in der Regel auf die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung. Im Public-Health-Ansatz wird diese individuelle Sicht zu einem bevölkerungsbezogenen Ansatz verschoben. Als Konsequenz ändert sich die Rolle und damit auch die Aufgabe des Leistungserbringers. Bei den Leistungserbringern besteht die Angst, in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeschränkt zu werden. Daher ist eine gewisse Zurückhaltung gegenüber einem standardisierten Programm zu vermuten.

#### f) Kostendruck

Im Rahmen von Technologiebewertungen werden im Leistungskatalog der Grundversicherung immer häufiger nicht-medizinische Leistungen, wie z.B. der Nachweis der Wirksamkeit gefordert. So sehr diese Entwicklung zu begrüssen ist, werden doch Fragen der Verantwortung damit aufgeworfen. Aus Sicht des Bundesamts für Sozialversicherung sind die nicht-medizinischen Leistungen Bestandteil der Gesamtleistung und entsprechend im Tarifvertrag zu regeln. Leistungserbringer und Versicherer stellen sich dagegen auf den Standpunkt, dass bevölkerungsbezogene Massnahmen auch durch öffentliche Gelder zu unterstützen seien. In Zeiten, in denen sich alle Akteure mit Sparmassnahmen konfrontiert sehen, ist damit zu rechnen, dass die Akzeptanz für Public-Health-Programme, die zusätzliche Leistungen beinhalten, gering ist. Es ist daher nicht erstaunlich, dass die Kostenfrage als Hauptursache für das Sistieren der Umsetzung verantwortlich gemacht wird.

## 5 LÖSUNGSANSÄTZE

- *Diskussion unter den Verantwortlichen*

Leistungserbringer, Versicherer, Kantone und Vertreter des Bundes müssen erneut den Dialog suchen. Das Ziel dieses Dialogs muss sein, die Akteure in ihre Verantwortung zu nehmen. Die Krebsliga als unabhängiges Organ könnte beispielsweise die Diskussionsleitung übernehmen, müsste dafür aber einen offiziellen Auftrag vom Bund erhalten. Damit wäre sichergestellt, dass erworbene Erfahrung und Wissen wirkungsvoll eingebracht werden können.

- *Grundsatzfragen zu Public-Health-Programmen klären*

Mit organisierten Mammographie-Screening-Programmen wurde in der Schweiz erstmals ein Public-Health-Programm für nicht-übertragbare Krankheiten Bestandteil des Pflichtleistungskatalogs. Die Analyse zeigt, dass dieses Vorgehen Grundsatzfragen aufwirft wie beispielsweise zum Finanzierungssystem von Public-Health-Programmen. Diese Grundsatzfragen müssen von den politisch verantwortlichen Instanzen diskutiert und geklärt werden.

- *Experimentierfeld für die Umsetzung von Public-Health-Programmen bei nicht übertragbaren Krankheiten*

Die Schweiz steht am Anfang eines Lernprozesses in der Umsetzung von Public-Health-Programmen. Internationale Erfahrungen belegen, dass die Umsetzung eines flächendeckenden Programms zur Früherkennung von Brustkrebs in Form von Projekten eine erfolgversprechende Strategie darstellt. Beispielsweise wird dieses Vorgehen derzeit in Deutschland geprüft. Dieses Vorgehen würde möglicherweise - analog zu Projekten im HIV- und Drogenbereich - auch erleichtern, dass öffentliche Gelder eingesetzt werden können.

- *Bestehende Angebote stützen*

Diejenigen Kantone, die bereits ein Mammographie-Screening-Programm erfolgreich umsetzen, müssen in ihren Aktivitäten unterstützt werden. Diese Erfahrungen sind für weitere Public-Health-Massnahmen in der Schweiz wertvoll und können - wenigstens für Teilregionen der Schweiz - dazu dienen, die Wirksamkeit der Programme zu evaluieren.

- *Internationale Zusammenarbeit*

Die Schweiz kann von internationalen Erfahrungen profitieren. Daher ist die Beteiligung der Schweiz an internationalen Netzwerken zu fördern und zu unterstützen.

- *Aktivitäten des Bundesamtes für Gesundheit*

Aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheit ist der Bekämpfung von Brustkrebs eine hohe Priorität einzuräumen. Massnahmen müssen zu wirtschaftlich akzeptablen Konditionen und sozial gerecht angeboten werden. Es ist daher wünschenswert, dass das Bundesamt für Gesundheit Mammographie-Screening-Programme als Public-Health-Massnahmen als prioritäres Ziel einstuft und unterstützt.

- *Mammographie-Screening als ein Schwerpunkt der nationalen Gesundheitspolitik*

Die Erfolgchancen von organisierten Mammographie-Screening Programmen werden verbessert, wenn Brustkrebs ein Schwerpunkt der nationalen Gesundheitspolitik wird. Dieser Ansatz unterstützt möglicherweise auch die Einführung von flächendeckenden Krebsregistern, die eine notwendige Voraussetzung darstellen, um die Wirksamkeit der Massnahme zu evaluieren.

- *Einbezug der Öffentlichkeit*

Mammographie-Screening-Programme müssen öffentlich thematisiert werden. Dies kann beispielsweise über die Medien gelingen. Die Öffentlichkeit und besonders die Frauen müssen in den Entscheid über die Weiterführung oder den Abbruch der Bemühungen einbezogen werden. Als Entscheidungsgrundlage müssen sowohl Informationen über die Untersuchung als auch über die Programmziele vermittelt werden. Unterschiede verschiedener Angebotsformen (individuelle Ansatz versus organisierter Programme) sowie die Vor- und Nachteile dieser beiden Ansätze müssen thematisiert und diskutiert werden. Die Schweizerische Krebsliga hätte sowohl das Know-how als auch die Kompetenz, ein Informationskonzept zu entwickeln und umzusetzen. Die von der SKL in Auftrag gegebene Expertise von Bouchardy et al. (2000) und der vorliegende Bericht können wertvolle Impulse liefern. Falls die Öffentlichkeit und besonders die Frauen ein Interesse an der Fortführung der Bemühungen bekunden, werden sowohl die politisch Verantwortlichen als auch die Leistungserbringer und Versicherer gezwungen sein, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.

- *Abbau von Widerständen*

Im Rahmen der Untersuchung wurden verschiedene Widerstände indentifiziert. Dazu zählt die Beobachtung, dass in der Deutschschweiz tendenziell grössere Widerstände gegenüber staatlichen Massnahmen bestehen. Diesem Umstand ist Rechnung zu tragen.

Es ist einsichtig, dass die Einführung von Public-Health-Programmen Änderungen in der Versorgungspraxis mit sich bringen. Es ist daher nachvollziehbar, dass Widerstände entstehen ganz besonders in einem Bereich mit langer individual-medizinischer Tradition. In Bezug auf die Einführung eines flächendeckenden organisierten Mammographie-Screenings müssen den Akteuren die Vorteile von Public-Health-Programmen aufgezeigt werden. Den Leistungserbringern muss verdeutlicht werden, dass deren Rollenveränderung kein Machtverlust bedeuten muss, sondern sich vielmehr neue Aufgaben stellen können. Andere Widerstände wie beispielsweise mögliche Ängste der Frauen gegenüber der Röntgenstrahlung müssen ernst genommen werden.

## 6 LITERATURVERZEICHNIS

- Bachmann N, Haerter A, Cloetta B. Evaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase 1, 1999: Studie 3: Konzeptualisierung und Stand der Umsetzung der vier Krebsbekämpfungsprogramme. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern; 2000 (Raisons de santé, 50).
- Chamberlain J, Moss SM, Kirkpatrick AE, Michell M, Johns L. National Health Service breast screening programme results for 1991-2. *BMJ* 1993; 307: 353-6.
- Bouchardy C, Ramond I, De Wolf C, Abel T, Ackermann-Liebrich U et al. Ist es berechtigt, die Wirksamkeit der mammographischen Früherkennungsuntersuchung in Frage zu stellen? Schweizerische Krebsliga, Bern; 2000. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001; 13: 655-661.
- Bussmann W, Klöti U, Knoepfel P. Einführung in die Politikevaluation. Basel; 1997.
- De Wolf CJM, Perry NM, editors. European guidelines for quality assurance in mammography screening. 2. Ed. Brussels; 1996.
- Dubois-Arber F, Gervasoni JP, Meystre-Agustoni G. Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse: phase I: Etude 1. Evaluation de la conception et de la mise en oeuvre de la stratégie au niveau national (évaluation globale). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 48).
- Fondation pour le dépistage du cancer. Présentation du projet-pilote vaudois de dépistage du cancer du sein. Lausanne; 1994.
- Fracheboud J, Groenewoud JH, Boer R, Broeders MJM, Baan CA. Landelijke evaluatie van bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Nederland. Rotterdam; 2000.
- Gisler R. 'Gesamtschweizerisches Programm für Mammographie-Screening'. Abschlussbericht der Stiftung zur Früherkennung von Krebs. Dokument Datum: 26. Mai 2000.
- Gotzsche P, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *The Lancet* 2000; 355:129-34.
- Keller B, Zemp E, Tipplin M, Probst N. Mammographie-Screening. Vortrag an der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, Bern; 2000.
- Levi FLVC, Schüler G, Bopp M et al. Nationales Krebs-Bekämpfungsprogramm. Brustkrebs: Fakten und Handlungsbedarf. Bern; 1996.
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Deutscher Studienverlag, 3. Auflage; 1994.
- Marty-Tschumi E. Etude de faisabilité pour un programme de dépistage du cancer du sein par mammographie pour le canton de Valais. Lausanne; 1998.
- Paccaud F. Mammographic screening for breast cancer: background of a pilot program in the Canton of Vaud. *Soz Präventivmed* 1993; 38: 288-293.
- Rajower I, Sasco A und Kleiues P, Hrsg. Nationales Krebs-Bekämpfungsprogramm Brustkrebs. Fakten und Handlungsbedarf. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Krebsliga; 1996. Kap. 1: Vorkommen von Brustkrebs: Fakten und Trends, S. 5-11. Kap. 2: Primäre Prävention und Früherkennung, S. 12-15.

Shapiro S, Coleman EA, Broeders M, Codd M, De Koning H et al. Breast cancer screening programmes in 22 countries: current policies, administration and guidelines. *International Journal of Epidemiology* 1998; 27: 735 – 742.

Somaini B. Dachkonzept: Krebsbekämpfung. Dokument datiert vom 25. Oktober 1998.

Schweizerische Gesundheitsbefragung 2000: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Bundesamt für Statistik: Neuchâtel.

Statistisches Jahrbuch (2000). Bundesamt für Statistik, Gesundheit: Neuchâtel. S. 366-67.

World Health Organisation. National cancer control Programmes. Policies and managerial guidelines. Genf: WHO; 1995.

Zeyen Bernasconi P, Cloetta B, Abel T. Abteilung für Gesundheitsforschung, ISPM. Universität Bern, editor. Umsetzung und Wirkung von Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention. Schweizer Teil des EU-BIOMED2-Projektes MAREPS. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Bern 1998; 2-11.

# ANHANG A

**Art. 9** Abrechnung

<sup>1</sup> Die Leistungen können insbesondere nach Zeit- oder nach Pauschallarifen (Art. 4.3 KVG<sup>1</sup>) in Rechnung gestellt werden.

<sup>2</sup> Die verschiedenen Tarifarten können kombiniert werden.

<sup>3</sup> Die Tarifverträge können vorsehen, dass, gestützt auf die ärztliche Anordnung oder den ärztlichen Auftrag nach Artikel 8, ein bestimmter Zeitbedarf pro Tag oder Woche in der Regel nicht überschritten werden darf (Zeitbudget).

**4. Abschnitt: Logopädie****Art. 10** Grundsatz

Der Logopäde oder die Logopädin führt auf ärztliche Anordnung hin Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Störungen der Sprache, der Artikulation, der Stimme oder des Redeflusses durch, die zurückzuführen sind auf:

- a. organische Hirnschädigungen mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoraler oder vaskulärer Ursache;
- b. phoniatrische Leiden (z. B. partielle oder totale Missbildung der Lippen, des Gaumens und des Kiefers; Störungen der Beweglichkeit der Zunge und der Mundmuskulatur oder des Gaumensegels mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache; hypokinetische oder hyperkinetische funktionelle Dysphonie; Störungen der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache).

**Art. 11** Voraussetzungen

<sup>1</sup> Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zwölf Sitzungen der logopädischen Therapie in einem Zeitraum von längstens drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.

<sup>2</sup> Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

<sup>3</sup> Soll die logopädische Therapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert einem Jahr entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die logopädische Therapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

<sup>4</sup> Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin hat dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

<sup>1</sup> SR 832.10

<sup>5</sup> Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 3 und 4 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

**3. Kapitel: Massnahmen der Prävention****Art. 12**

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG<sup>1</sup>):

Massnahme	Voraussetzung
a. Untersuchung des Gesundheitszustandes und der normalen kindlichen Entwicklung bei Kindern im Vorschulalter	– Gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie von 1993. – Total acht Untersuchungen. Bei Neugeborenen.
b. Screening auf Phenyketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Hypothyreose	Alle drei Jahre, nach zwei normalen jährlichen Kontrollen. Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind, verbunden mit einem Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss. Bei familiärem Kolonkarzinom (im ersten Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen befallen oder eine Person vor dem 30. Altersjahr). Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre. Röteln auch bei nicht immunisierten Frauen in gebärfähigem Alter. Bei Erwachsenen, alle zehn Jahre.
c. Gynäkologische Untersuchung inklusive Papanicolau-Test	Bei Neugeborenen bis zum Alter von fünf Jahren. Bei Personen mit schwerer Grunderkrankung, bei welchen eine Grippe zu schweren Komplikationen führen kann, und bei über 65jährigen Personen.
d. HIV-Test	
e. Kolonoskopie	
f. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln	
g. Booster-Impfung: Diphtherie, Tetanus	
h. Haemophilus-influenzae Impfung	
i. Grippe-Impfung	

<sup>1</sup> SR 832.10

Krankenpflege-Leistungsverordnung		AS 1997
	Kauf	Miete/Tag
<b>35.</b>	<b>Mittel zur Kälte- und/oder Wärmetherapie</b>	
35.29.01.01	Kissen/Kompressen, Nutzfläche bis 300 cm <sup>2</sup>	Fr. 20.-
35.29.01.02	Kissen/Kompressen, Nutzfläche über 300 cm <sup>2</sup>	Fr. 25.-
<b>99.</b>	<b>Verschiedenes</b>	
99.27.01	Vakuum-Erektionssystem, inkl. Spannungsringe und Gleitmittel	300.-
	Limitatio:	
	- Defizite der arteriellen Versorgung im Bereich des männlichen Geschlechtsteil	
	- Störungen des venösen/cavernösen Gefäss-Systems (venöses Leck)	
	- Schädigung des versorgenden Nervensystems mit Folge der Fehlsteuerung	
99.50.01	Medikamenten-Dosierboxen	20.-

**Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

**Änderung vom 4. Juli 1997**

*Das Eidgenössische Departement des Innern verordnet:*

**I**  
Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

**Art. 12 Bst. o**

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG):

Massnahme Voraussetzung

- o Mammographie
  - 1. Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr.
  - Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammographie, das dokumentiert werden muss. Von Leistungserbringern, welche die Anforderungen eines gesamtschweizerischen Qualitätssicherungsvertrages im Sinne von Artikel 77 KVV erfüllen, wie insbesondere: Erste und zweite Auswertung der Mammographie durch speziell dafür ausgebildete Ärzte oder Ärztinnen; die Sicherheit der Geräte muss den EU-Richtlinien von 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2<sup>nd</sup> edition<sup>2</sup>) entsprechen.

<sup>1</sup> SR 832.112.31: AS 1997 2020 2039 2436

<sup>2</sup> Diese Richtlinien können beim Bundessamt für Sozialversicherung, Effingerstrasse 33, 3003 Bern, eingesehen werden.

Massnahme	Voraussetzung
k. Hepatitis B-Impfung	Bei Neugeborenen HBsAg-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind.
l. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBsAg-positiver Mütter.
m. Tetanus-Booster-Impfung	Nach einer Verletzung.
n. Untersuchung der Haut	Bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person im ersten Verwandtschaftsgrad).
o. Mammographie	Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr.

#### 4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft

##### Art. 13 Kontrolluntersuchungen

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG<sup>1)</sup>:

- a. Kontrollen
  1. In der normalen Schwangerschaft sieben Untersuchungen
    - *Erstkonsultation:* Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung und Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste.
    - *Weitere Konsultationen:* Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herztöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste.
  2. In der Risikoschwangerschaft Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.

<sup>1)</sup> SR 832.10

- b. Ultraschallkontrollen
 

In der Risikoschwangerschaft. Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen. Sie dürfen nur durch Ärztin oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.

Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.

Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen:

  - Bei Schwangeren ab 35 Jahren.
  - Bei jüngeren Schwangeren mit einem vergleichbaren Risiko.

Zwischen sechster und zehnter postpartum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.
- c. Pränatale Untersuchungen mittels Kardiotokographie
- d. Amniozentese, Chorionbiopsie
- e. Kontrolle post-partum eine Untersuchung

##### Art. 14 Geburtsvorbereitung

Die Versicherung übernimmt einen Beitrag von 100 Franken für die Geburtsvorbereitung in Kursen, welche die Hebamme in Gruppen durchführt.

##### Art. 15 Stillberatung

<sup>1</sup> Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG<sup>1)</sup>) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Krankenschwestern oder Krankenpfleger durchgeführt wird.

<sup>2</sup> Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

##### Art. 16 Leistungen der Hebammen

<sup>1</sup> Die Hebammen können zu Lasten der Versicherung die folgenden Leistungen erbringen:

- a. die Leistungen nach Artikel 13 Buchstabe a:
  1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme sechs Kontrolluntersuchungen durchführen. Sie weist die Versicherte darauf hin, dass vor der 16. Schwangerschaftswoche eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
  2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen. Bei einer Risikoschwangerschaft mit manifestester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen nach ärztlicher Anordnung.

<sup>1)</sup> SR 832.10

## Massnahme

## Voraussetzung

2. Ab dem 50. Altersjahr, alle zwei Jahre. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammographie, das dokumentiert werden muss. Von Leistungserbringern, welche die Anforderungen eines gesamtschweizerischen Qualitätssicherungsvertrages im Sinne von Artikel 77 KVV erfüllen, wie insbesondere: Erste und zweite Auswertung der Mammographie durch speziell dafür ausgebildete Ärzte oder Ärztinnen; die Sicherheit der Geräte muss den EU-Richtlinien von 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition)<sup>1</sup> entsprechen. Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2007.

## Art. 19a Abs. 1 Einleitungssatz

<sup>1</sup> Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Absatz 2 bedingt sind, wenn:

## II

Die Anhänge 1 und 2 erhalten die neue Fassung gemäss Beilage.

## III

<sup>1</sup> Unter Vorbehalt der Absätze 2–4 tritt diese Änderung am 1. Januar 1998 in Kraft.

<sup>2</sup> Artikel 12 Buchstabe o tritt am 1. Januar 1999 in Kraft, wenn bis zu diesem Zeitpunkt ein gesamtschweizerischer Qualitätssicherungsvertrag im Sinne von Artikel 77 KVV in Kraft getreten ist. Die Vertragsparteien legen dem Bundesamt für Sozialversicherung den Vertrag bis zum 31. März 1998 vor. Können sie sich nicht einigen, so erlässt der Bundesrat die nötigen Vorschriften und setzt diese auf den 1. Januar 1999 in Kraft.

<sup>3</sup> Artikel 12 Buchstabe o tritt auf den 1. Januar 1998 für diejenigen Einrichtungen in Kraft, welche mit einem oder mehreren Versicherern einen Qualitätssicherungsvertrag abgeschlossen haben und im übrigen die Anforderungen dieser Be-

<sup>3</sup> Diese Richtlinien können beim Bundesamt für Sozialversicherung, Effingerstrasse 33, 3003 Bern, eingesehen werden.

stimmung erfüllen. Am 1. Januar 1999 wird dieser Vertrag durch die gesamtschweizerische Regelung nach Absatz 2 ersetzt.

<sup>4</sup> Die Bestimmung über die Viscum-album-Therapie in Anhang 1 (Ziff. 2.5 Krebsbehandlung) tritt rückwirkend auf den 1. Januar 1997 in Kraft.

4. Juli 1997

Eidgenössisches Departement des Innern:  
Dreifuss

9295

**Verordnung  
über Leistungen in der obligatorischen  
Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

Änderung vom 29. Juni 1999

*Das Eidgenössische Departement des Innern  
verordnet:*

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

*Art. 12 Bst. f, i und o*

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG):

Missnahme

Voraussetzung

- f. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Mumps, Röteln  
Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre.  
MMR-Impfung und Poliomyelitis-Grundimmunisierung auch bei nicht immunen Erwachsenen
- i. Grippe-Impfung (jährlich)  
Bei Personen mit einer Grunderkrankung, bei welchen eine Grippe zu schweren Komplikationen führen kann (gemäss den Empfehlungen zur Grippeprävention der Fachgruppe für Impfungen; Bundesamt für Gesundheit, 1996), und bei über 65-jährigen Personen:
1. Diagnostische Mammographie; Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammographie.

I SR 832.112.31

Krankenpflege-Leistungsverordnung

AS 1999

Missnahme

Voraussetzung

- das dokumentiert werden muss. Die Mammographie muss von einem Arzt oder einer Ärztin, der/die speziell in medizinische Radiologie ausgebildet ist, durchgeführt werden. Die Sicherheit der Geräte muss den EU-Leitlinien von 1996 entsprechen (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition)<sup>2</sup>
2. Screening Mammographie:  
Ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie<sup>3</sup>. Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2007.

Art. 24a und 41

Aufgehoben

II

Der Anhang I der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 erhält die neue Fassung gemäss Beilage.

III

- 1 Unter Vorbehalt von Absatz 2 tritt diese Änderung am 1. Januar 2000 in Kraft.  
2 Artikel 12 Buchstabe o tritt am 1. Juli 1999 in Kraft.

29. Juni 1999

Eidgenössisches Departement des Innern:  
Dreitiss

- 2 Diese Leitlinien können beim Bundesamt für Sozialversicherung, Effingerstrasse 20, 3003 Bern, eingesehen werden.  
3 AS 1999 2168

## Verordnung des EDI über die Förderung der Invalidenhilfe

vom 22. Dezember 2000

*Das Eidgenössische Departement des Innern, gestützt auf die Artikel 106 Absatz 4, 108<sup>quater</sup> und 109 Absatz 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961<sup>1</sup> über die Invalidenversicherung (IVV) sowie auf Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 2. Februar 2000<sup>2</sup> der IVV, verordnet:*

**Art. 1** Betriebsbeiträge an Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Invalider

Das Bundesamt für Sozialversicherung (Bundesamt) regelt die Berechnungsart der Betriebsbeiträge für dezentral ausgelagerte Arbeitsplätze von Werkstätten nach Artikel 106 Absatz 4 IVV.

**Art. 2** Beiträge an Dachorganisationen der privaten Invalidenhilfe

Das Bundesamt legt die Berechnungsart und die Höhe der Beiträge nach den Artikeln 108<sup>quater</sup> und 109 Absatz 3 IVV fest.

**Art. 3** Übergangsbestimmung

Das Bundesamt legt die Voraussetzungen für die Gewährung des Zuschlags für die Anstellung von Invaliden in den Organisationen für die Jahre 2001–2003 sowie dessen Höhe fest.

**Art. 4** Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2001 in Kraft.

22. Dezember 2000  
Eidgenössisches Departement des Innern:  
Ruth Dreifuss

SR 831.201.813

1 SR 831.201  
2 AS 2000 1199

## Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Änderung vom 19. Dezember 2000

*Das Eidgenössische Departement des Innern verordnet:*

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

*Art. 12 Bst. o Ziff. 2*

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG):

Massnahme

Voraussetzung

o. Mammographie

2. Screening Mammographie:  
Ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999<sup>2</sup> über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie.  
Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben.  
Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2007.

II

Der Anhang I der Krankenpflege-Leistungsverordnung wird gemäss Beilage geändert.

1 SR 832.112.31  
2 SR 832.102.4

## III

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2001 in Kraft.

19. Dezember 2000

Eidgenössisches Departement des Innern:

Ruth Dreifuss

## Anhang I

**Krankenpflege-Leistungsverordnung**

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>1 Chirurgie</b>			
<b>1.2 Transplantationschirurgie</b>			
Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten	Ja	Bei Erwachsenen: – Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche; – tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche. Bei Kindern: – Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche; – tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche	1.1.1997/ 1.1.2001
Allogene Transplantation mit zweischichtigem menschlichem lebendem Hautäquivalent (bestehend aus Dermis und Epidermis)	Ja, in Evaluation	Bei schwer heilendem Ulcus cruris nach erfolgreicher Behandlung mit konven- tionellen Behandlungsmethoden während 6–12 Monaten. Nach den Richtlinien der Swiss Tissue Repair Society von September 2000.	1.1.2001 bis 31.12.2002
<b>2 Innere Medizin</b>			
<b>2.1 Allgemein</b>			
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richt- linien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlaforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Maintenance of Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richt- linien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlaforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richt- linien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlaforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001

	Kauf	Miete/Tag
<b>35. Mittel zur Kälte- und/oder Wärme-therapie</b>		
35.29.01.01 Kissen/Kompressen, Nutzfläche bis 300 cm <sup>2</sup>	Fr. 20.-	-
35.29.01.02 Kissen/Kompressen, Nutzfläche über 300 cm <sup>2</sup>	Fr. 25.-	-

	Kauf	Miete/Tag
<b>99. Verschiedenes</b>		
99.27.01 Vakuum-Erektionssystem, inkl. Spanningrings und Gleitmittel	300.-	-
Limitatio:		
- Defizite der arteriellen Versorgung im Bereich des männlichen Geschlechts		
- Störungen des venösen/cavernösen Gefäß-Systems (venöses Leck)		
- Schädigung des versorgenden Nervensystems mit Folge der Fehlleistung		
99.50.01 Medikamenten-Dosierboxen	20.-	-

**Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

**Änderung vom 4. Juli 1997**

Das Eidgenössische Departement des Innern verordnet:

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

Art. 12 Bst. o

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG):

Massnahme

Voraussetzung

- o Mammographie
  - 1. Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr.
  - Nach einem umfassenden Aufklärungsgespräch vor der ersten Mammographie, das dokumentiert werden muss. Von Leistungserbringern, welche die Anforderungen eines gesamtschweizerischen Qualitätssicherungsvertrages im Sinne von Artikel 77 KVV erfüllen, wie insbesondere: Erste und zweite Auswertung der Mammographie durch speziell dafür ausgebildete Ärzte oder Ärztinnen; die Sicherheit der Geräte muss den EU-Richtlinien von 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2<sup>nd</sup> edition<sup>2</sup>) entsprechen.

<sup>1</sup> SR 832.112.31, AS 1997 2020 2039 2436  
<sup>2</sup> Diese Richtlinien können beim Bundesamt für Sozialversicherung, Effingerstrasse 33, 3003 Bern, eingesehen werden.

## ANHANG B

### Eine retrospektive Analyse der Umsetzung der organisierten vorsorglichen Mammographie in der Schweiz (Teilprojekt 3): Interviewleitfaden

Begrüssung	Dank für Zusage Zielsetzung des Gesprächs ist es, fördernde und hemmende Faktoren zu identifizieren, welche die Entwicklung der organisierten vorsorglichen Mammographie beeinflussen. Nachfrage ok für Tonbandaufnahme
Einstieg ins Interview Beschreibung der Rolle des Interviewpartners bei der vorsorglichen Mammographie	Ab 1.1.99 wurde die Pflichtleistung der vorsorglichen Mammographie (VMG) an die Bedingung geknüpft, ihre Wirksamkeit nachzuweisen Waren Sie an den bisherigen Umsetzungsarbeiten beteiligt? ▪ Wenn ja, wie?

<b>1. Gesetzliche Grundlagen</b>		
Arbeitshypothese 1: Mit den Auflagen gemäss Art. 77 KVV wird ab 1.1.99 ein organisiertes Programm für die vorsorgliche Mammographie gefordert.		
<b>Ausgangslage nach Gisler und Dokumenten</b>	<b>Fragen</b>	<b>Notizen</b>
Die VMG kann ethisch nur vertretbar sein, wenn die Vorteile für die Teilnehmerinnen in einem angemessenen Verhältnis zu den Nachteilen stehen. Dies kann nur der Fall sein, wenn den Frauen ohne Brustkrebs-Symptome die vorsorgliche Mammographie als organisiertes Programm mit hoher Qualität auf allen Ebenen garantiert wird. S.6/19	Wie beurteilen Sie die derzeitige Qualität des Mammographie-Screenings in der Schweiz?	
Die vorsorgliche Mammographie (VMS) ist die erste präventive Massnahme in der Schweiz, welche im Rahmen von flächendeckenden Public-Health-Programmen der weibliche Bevölkerung zugute kommen soll. S.9/10	Wie schätzen Sie in der Schweiz den politischen Willen ein, ein solches Public-Health-Programm umzusetzen?  Wo sehen Sie das grösste Hindernis?	

<p>Mit der Umsetzung eines organisierten Mammographie-Screening-Programms, würde zum ersten Mal ein Public-Health-Programm für nicht übertragbare Krankheiten durchgeführt.</p> <p>S.9/10</p>	<p>Beim Versuch der Umsetzung haben sich Probleme gezeigt.</p> <p>Sind Sie der Meinung, dass sich diese Probleme speziell auf die Mammographie selbst beziehen? Wenn, ja weshalb?</p>	
<p>Voraussetzung für die Leistungsübernahme ist die Erfüllung der Anforderungen aus einem gesamtschweizerischen Qualitätssicherungsvertrag gemäss Art. 77 KVV. Bis zum Mai 1999 konnten die Leistungserbringer, vertreten durch die FMH und das schweizerische Konkordat der Krankenversicherer keinen Qualitätssicherungsvertrag gemäss Art. KVV abschliessen.</p> <p>S. 22 (Kopie zum Interview mitnehmen)</p>	<p>Was führte aus Ihrer Sicht dazu, dass sich die Verhandlungspartner nicht einigen konnten?</p>	
<p>Da ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist, hat der Bundesrat eine entsprechende Verordnung erlassen. Mit dieser Verordnung überträgt der Bund die Kompetenz für die Qualitätssicherung für die vorsorgliche Mammographie an die Kantone.</p> <p>S. 22 (Kopie zum Interview mitnehmen)</p>	<p>Wie hat sich die Verordnung auf die Umsetzung ausgewirkt?</p>	

<p>Die Zielsetzung der bundesrätlichen Verordnung sowie die darin enthaltenen EU-Guidelines sehen nicht vor, dass alle Frauen im Zielpublikum den gleichen Zugang zu einem Programm der Früherkennung von Brustkrebs haben.</p> <p>S.32</p>	<p>Ist es die Aufgabe des Bunds, allen Frauen den gleichen Zugang zu gewährleisten?</p> <p>Ist es die Aufgabe der Kantone, allen Frauen den gleichen Zugang zu gewährleisten?</p>	
---	---	--

Möchten Sie von Ihrer Seite noch etwas zum Thema gesetzliche Grundlagen ergänzen?

<b>2. Strukturen im schweizerischen Gesundheitswesen</b>		
<p>Arbeitshypothese 2: Die strukturellen Gegebenheiten der Schweiz erschweren die Einführung bzw. die Umsetzung einer organisierten vorsorglichen Mammographie im Sinne eines Public-Health-Programms.</p>		
<b>Ausgangslage nach Gisler und Dokumenten</b>	<b>Fragen</b>	<b>Notizen</b>
<p>in den Regionen von über 20 Ländern werden systematisch Programme zur Früherkennung angeboten. Praktisch überall sind es die nationalen Gesundheitsbehörden, welche die Federführung inne haben.</p> <p>S. 6 und Artikel Shapiro et al. IJE, 1998</p> <p>In der Schweiz ist die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen keinesfalls klar und demzufolge sind die Aktivitäten zwischen Bund und Kantonen nicht optimal aufeinander abgestimmt. Beim Vollzug der eidgenössischen Gesetze obliegt den Kantonen teilweise ein grosser Gestaltungsspielraum.</p> <p>S.7/27</p>	<p>Ist es aus Ihrer Sicht realistisch, ein gesamtschweizerisches Programm anzulegen? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?</p> <p>Wie beurteilen Sie die strukturelle Aufgabenteilung zwischen Bund und den Kantonen für die organisierte vorsorgliche Mammographie?</p>	
<p>In der Schweiz fehlt vorderhand eine nationale Gesundheitspolitik</p> <p>S. 27</p>	<p>Sehen Sie Gründe, die in dieser Aufgabenstellung zu Schwierigkeiten führen? Wie könnten diese Schwierigkeiten aus Ihrer Sicht angegangen werden?</p>	

<p>In den Kantonen Waadt und Genf bestehen zwei Programme mit bereits kleineren und grösseren Differenzen.</p> <p>S.34</p>	<p>Wie beurteilen Sie die Situation, dass jeder Kanton eigene Programme umsetzt, die sich z. T. deutlich voneinander unterscheiden?</p>	
<p>Das KVG regelt die ambulante Behandlung wettbewerblich. Die Angebote werden privat erbracht und es gibt keine öffentliche Steuerung. Die Mammographie als ambulante Behandlung ist somit nicht steuerbar.</p> <p>Im Gegensatz dazu, sieht nun der Bundesrat die Umsetzung in Form von organisierten Programmen vor.</p>	<p>Ist es für die Programmentwicklung ein Problem, dass die Mammographie als ambulante Behandlung nicht öffentlich steuerbar ist?</p>	

Möchten Sie von Ihrer Seite noch etwas zum Thema Strukturen des schweizerischen Gesundheitswesens im Zusammenhang mit der vorsorglichen Mammographie ergänzen?

<b>3. Finanzierung</b>		
Arbeitshypothese 3: In einem primär auf kurative Leistungen ausgerichteten "Krankheitssystem" fehlt in der Schweiz die Bereitschaft zur Finanzierung der organisierten vorsorglichen Mammographie.		
<b>Ausgangslage nach Gisler und Dokumenten</b>	<b>Fragen</b>	<b>Notizen</b>
<p>Die Umsetzung von Mammographie-Screening-Programmen umfasst auch administrative Aufgaben.</p> <p>Nicht medizinische Leistungen, die ausserhalb von Leistungserbringern und Versicherern anfallen resp. von Dritten erbracht werden, sind im KVG nicht geregelt!</p> <p>S.28/58</p>	<p>Denken Sie, dass die Leistung als Ganzes - d.h. inklusive administrativer Aufgaben von der Grundversicherung zu übernehmen ist?</p>	
<p>In der Schweiz liegt weder auf gesamtschweizerischer Ebene noch auf kantonaler Ebene ein Tarifvertrag vor. Die Kantonsregierungen selber - die aufgrund fehlender Tarife solche selbst festlegen müssten - sind bis zum heutigen Zeitpunkt nicht aktiv geworden.</p> <p>S.57</p>	<p>Weshalb liegt kein gesamtschweizerischer Tarifvertrag vor?</p> <p>Weshalb liegt kein kantonaler Tarifvertrag vor?</p>	
<p>Public Health Programme sollen der Allgemeinheit zugute kommen: also sollen auch die anfallenden Kosten von ihr getragen werden.</p>	<p>Sollte Ihrer Meinung nach der Bund über eine gewisse Tarifkompetenz für Public-Health-Programme haben?</p>	

S. 10		
<p>Ausserhalb von Programmen erstellte Mammographien werden besser bezahlt und können mit geringeren Auflagen durchgeführt werden.</p> <p>S.33</p>	<p>Weichen Stellenwert räumen Sie der Tatsache ein, dass eine diagnostische Mammographie deutlich besser entlohnt wird?</p>	
<p>Das Instrument der Kostenbeteiligung dient dazu, die Selbstverantwortlichkeit der Versicherten zu betonen.</p> <p>S. 25</p>	<p>Ist es aus Ihrer Sicht zulässig für das Mammographie-Screening eine Kostenbeteiligung zu verlangen?</p>	

Möchten Sie von Ihrer Seite noch etwas zum Thema Finanzierung ergänzen?

<b>4. Rollen und Kompetenzen der einzelnen Akteure</b>		
Arbeitshypothese 4: Die Rollen und Kompetenzen der einzelnen Akteure sind für die Umsetzung eines gesamtschweizerischen Programms für die vorsorgliche Mammographie unklar.		
<b>Ausgangslage nach Gisler und Dokumenten</b>	<b>Fragen</b>	<b>Notizen</b>
<p>Ein Grossteil der Radiologen zeigt sich an der Durchführung interessiert und ist von der Zweckmässigkeit dieses Programmes überzeugt. Die Position der Allgemeinpraktiker und Gynäkologen ist schwieriger abzuschätzen.</p> <p>S.64</p>	<p>Wer hat nach Ihrer Ansicht auf der Liste der Akteure das grösste Interesse an einem Brustkrebscreeningprogramm durch Mammographie?</p> <p>Karten der Akteure auf den Tisch verteilen: Bund Bundesamt für Gesundheit SKL Kantone FMH Radiologinnen GynäkologInnen Frauen der schweiz. Wohnbevölkerung Krankenkassen KSK</p> <p>Wer hat das geringste Interesse?</p>	
<p>Das Bundesamt ist zuständig für die Gesundheitsvorsorge der schweizerischen Wohnbevölkerung.</p>	<p>Wie nehmen Sie das Engagement für das VMS vom BAG wahr?</p>	

<p>Die Stiftung zur Früherkennung von Krebs wird in der Verordnung des Bundesrates nicht erwähnt: demzufolge verfügt sie über keine Kompetenzen. Die Stiftung kann sich nur durch vertragliche Vereinbarungen (z.B. mit Kantonen, mit bereits bestehenden oder neueren Programmen) Einfluss verschaffen.</p> <p>Seite 28137</p>	<p>Kennen Sie die Stiftung zur Früherkennung von Krebs? Kennen Sie Ihre Partner? Wie beurteilen Sie die Rolle der Stiftung zur Früherkennung von Krebs für die organisierte VMG?</p>	
<p>Als die für den Leistungskatalog der Krankenpflegeversicherung zuständige Instanz hat der Bund zumindest eine gewisse Verantwortung für Programme der vorsorglichen Mammographie.</p> <p>S. 55</p>	<p>Gibt es eine moralische Verantwortung der öffentlichen Hand, dass die vorsorgliche Mammographie organisiert angeboten wird? Wenn ja, trägt diese Verantwortung der Bund? Tragen diese Verantwortung die Kantone? Wenn nein, weshalb nicht?</p>	

Möchten Sie von Ihrer Seite noch etwas zum Thema Rollen und Kompetenzen für ein gesamtschweizerisches Programm der vorsorglichen Mammographie ergänzen?

<b>5. Akzeptanz der vorsorglichen Mammographie</b>		
Arbeitshypothese 5: Über die organisierte vorsorgliche Mammographie sind Fachpersonen wie auch die Bevölkerung lückenhaft informiert.		
<b>Ausgangslage nach Gisler und Dokumenten</b>	<b>Fragen</b>	<b>Notizen</b>
Über die Wirksamkeit der vorsorglichen Mammographie bestehen Zweifel. S. 53	Kennen Sie den Artikel über die organisierte vorsorgliche Mammographie, der im Lancet im Januar 2000 erschienen ist? Kennen Sie das Editorial der selben Ausgabe? Wie beurteilen Sie den Stellenwert der Studie, die im Januar 2000 im Lancet erschienen ist?	
In der Romandie sind drei Programme umgesetzt, während in der Deutschschweiz solche Programme fehlen. S.62	Wie erklären Sie sich die regionalen Unterschiede in der Umsetzung von Mammographie-Screening-Programmen?	
Oberzeugung seitens der Leistungserbringer ist unklar.	Wie beurteilen Sie die Unterstützung von Gynäkologinnen und Allgemein- praktikerInnen, ein vorsorgliches Mammographie-Screening-Programm einzuführen?	
Anlässlich der Kürzungen von Ultraschall- Untersuchungen während der Schwangerschaft haben sich die Gynäkologinnen und die Bevölkerung gewehrt.	Weshalb glauben Sie, dass die Frauen bei der vorsorglichen Mammographie bisher kein Bedürfnis bekundet haben?	

<p>Schlussfrage</p> <p>Wie könnte aus Ihrer Sicht, das gesamtschweizerische Programm für die VMG gefördert werden?</p> <p>Besten Dank für das informative Gespräch.</p> <p>Ich werde dieses Gespräch nun schriftlich festhalten und Ihnen die Abschrift zur Kenntnisnahme zustellen.</p>
--