



Vortrag

Datum RR-Sitzung: 4. März 2020
Direktion: Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Geschäftsnummer: 2016.GEF.2851
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Qualitätskontrolliertes Darmkrebs-Screening-Programm für den gesamten Kanton Bern Ausgabenbewilligung (Verpflichtungskredit) 2020 - 2027

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	2
2	Grundlagen.....	3
2.1	Rechtsgrundlagen.....	3
2.2	Weitere Grundlagen.....	3
3	Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens	3
3.1	Darmkrebs-Screening.....	3
3.1.1	Darmkrebs	3
3.1.2	Wissenschaftliche Grundlagen	4
3.2	Ausgangslage	6
3.2.1	Ausgangslage in der Schweiz	6
3.2.2	Ausgangslage im Kanton Bern	8
3.2.3	Merkmale und Rahmenbedingungen eines staatlichen, qualitätskontrollierten Screening-Programms	9
3.2.4	Rolle der Patientinnen und Patienten	9
4	Darmkrebs-Screening-Programm im Kanton Bern.....	10
4.1	Programmorganisation/-leitung	11
4.2	Anforderungen an die Programmorganisation/-leitung	11
4.3	Auftrag	12
4.4	Grobkonzept	12
4.4.1	Möglicher Programmablauf	13
4.4.2	Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten	15
5	Längerfristige Auswirkungen.....	15
6	Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen.....	17

7	Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum.....	17
7.1	Kosten zu Lasten der Krankenversicherer	17
7.2	Kosten zu Lasten des Kantons.....	18
7.2.1	Personalkosten in der Aufbauphase	21
7.2.2	Personalkosten in der Durchführungsphase	21
7.2.3	Kostenvergleich mit anderen Programmen.....	21
8	Weitere Auswirkungen.....	21
9	Fakultatives Referendum.....	21
10	Antrag	21
11	Anhang.....	23

1 Zusammenfassung

Am 12. September 2017 hat der Grosse Rat die Motion 221-2016 Zybach¹, Spiez (SP) «Machbarkeitsstudie zur Einführung eines Darmkrebsfrüherkennungsprogramms» abgelehnt. Diese verlangt eine unabhängige Machbarkeitsstudie für die Einführung eines qualitätsgesicherten, kantonalen Darmkrebsfrüherkennungsprogramms. Mit der Ablehnung der Motion wurde das zuständige Amt der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI, ehemals Gesundheits- und Fürsorgedirektion) beauftragt, keine Machbarkeitsstudie durchzuführen, sondern direkt ein qualitätsgesichertes Darmkrebsfrüherkennungsprogramm für den ganzen Kanton Bern einzuführen.

Die Früherkennung von Darmkrebs bei Frauen und Männern durch eine Darmspiegelung (Koloskopie) alle zehn Jahre oder durch einen FIT-Test («Blut-im-Stuhl-Test») alle zwei Jahre zwischen dem 50. und dem 69. Lebensjahr ist seit dem 1. Juli 2013 eine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Finden die Untersuchungen im Rahmen eines organisierten Programms mit Qualitätssicherung statt, sind diese von der Franchise befreit.

Die GSI wird eine Institution beauftragen, ein qualitätsgesichertes, zweisprachiges Darmkrebs-Screening-Programm für den ganzen Kanton Bern aufzubauen (max. zwei Jahre) und während mindestens fünf Jahren durchzuführen. Die beauftragte Institution muss grundsätzlich nachweisen, dass sie über die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Kompetenzen und Kenntnisse verfügt. Basierend auf dem vorliegenden Grobkonzept wird die beauftragte Institution in enger Zusammenarbeit mit den Programmakteuren und Fachpersonen das vorliegende Grobkonzept weiter ausarbeiten und die Modalitäten definieren. Das Screening-Programm soll ab Herbst 2020 aufgebaut werden.

Für die durch die OKP nicht gedeckten Kosten (Programmleitung – und Logistik, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Evaluation und Monitoring u.a. zur Überprüfung der Programmwirksamkeit) wird ein Betrag von insgesamt maximal CHF 7 985 000 während sieben Jahren (max. zwei Jahre Aufbauphase ab Herbst 2020, restliche Zeit Durchführung) entrichtet.

¹ <https://www.gr.be.ch/gr/de/index/geschaeft/geschaeft/suche/geschaeft.gid-32b6de5825014803808858db03948934.html> ; zuletzt am 19.02.2020 besucht.

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat, den Verpflichtungskredit für ein qualitätskontrolliertes Darmkrebs-Screening-Programm für den gesamten Kanton Bern für die Jahre 2020 - 2027 zu bewilligen.

2 Grundlagen

2.1 Rechtsgrundlagen

- Artikel 12e Buchstabe d der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31)
- Artikel 4 Absätze 1 und 2 des Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)
- Artikel 46, Artikel 47, Artikel 48 Absatz 1 Buchstabe a und Artikel 50 des Gesetzes vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLG; BSG 620.0)
- Artikel 146, Artikel 148 und Artikel 152 der Verordnung vom 3. Dezember 2003 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLV; BSG 621.1)

2.2 Weitere Grundlagen

Wegleitung zur Planung und zum Aufbau neuer Darmkrebs-Früherkennungsprogramme, Swiss Cancer Screening, Version vom 11. Dezember 2018

Ausgabenbericht für ein «Programm zur Dickdarmkrebs-Vorsorge im Kanton Basel-Stadt», Regierungsratsbeschluss vom 12. Februar 2019²

WHO-Leitfaden zur Früherkennung von Krebs «Guide to cancer early diagnosis» Version von 2017³.

Berichte «Nationale Strategie gegen Krebs (NKS) 2014 - 2017» und «Weiterführung Nationale Strategie gegen Krebs 2017/2020»⁴

3 Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens

3.1 Darmkrebs-Screening

3.1.1 Darmkrebs

Darmkrebs ist in der Schweiz die dritthäufigste bösartige Krebsart, welcher meist im Dickdarm (Kolon) oder im Mastdarm (Rektum) auftritt. Darmkrebs ist bei Frauen die zweithäufigste Krebsart nach Brustkrebs, bei Männer die dritthäufigste nach Lungen- und Prostatakrebs. Die Krankheit tritt bei Männer rund 1.5 Mal häufiger auf als bei Frauen. Jährlich erhalten in der Schweiz rund 4300 Menschen die Diagnose Darmkrebs, rund 1700 Menschen sterben jährlich an den Folgen von Darmkrebs⁵.

² Ausgabenbericht ist abrufbar unter:

<http://www.grosserrat.bs.ch/dokumente/100389/000000389263.pdf?t=157374946120191114173741>; zuletzt am 17.02.2020 besucht.

³ WHO-Leitfaden ist abrufbar unter: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/; zuletzt am 17.02.2020 besucht.

⁴ Unterlagen zur NSK 2014-2017 und Weiterführung 2017-2020 sind abrufbar unter: <https://www.nsk-krebsstrategie.ch/ueber-uns>; zuletzt am 17.02.2020 besucht.

⁵ Bundesamt für Statistik, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.6466426.html>; zuletzt am 17.02.2020 besucht.

Die langsame Entwicklung von Darmkrebs aus anfänglich gutartigen Polypen (Geschwulst in der Darmschleimhaut) hin zu einer bösartigen Krebserkrankung dauert oft mehrere Jahre. Das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, steigt mit dem Alter an. Die meisten Darmkrebspatienten sind älter als 50 Jahre. Ein erhöhtes Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, haben Personen mit Verwandten, die vor dem 60. Lebensjahr an Darmkrebs erkrankt sind, und Personen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa). Die weiteren bekannten Risikofaktoren hängen indessen vom persönlichen Lebensstil ab. Es sind dies: Rauchen, Alkoholkonsum, hoher Konsum von rotem oder verarbeitetem Fleisch, Übergewicht sowie Bewegungsmangel.

Mit einer Darmkrebsvorsorgeuntersuchung (Screening) ist es möglich, bereits Krebsvorstufen (Polypen) oder Krebs in einem frühen Stadium zu erkennen, was zu einer Verbesserung der Prognose hinsichtlich Krankheitsverlauf, Senkung der Morbidität und Mortalität führt. Somit ermöglicht ein Screening eine frühe Erkennung von Darmkrebs, was die Heilungschancen der betroffenen Personen erheblich erhöht. Vorsorgeuntersuchungen bei symptomfreien, gesunden Personen tragen massgeblich dazu bei, diese häufige Krebsart und deren Auswirkungen auf betroffene Personen, wie auch die finanziellen Auswirkungen auf die Kostenträger des Gesundheitssystems, längerfristig und nachhaltig einzudämmen.

Der Leitfaden der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2017 zur Früherkennung von Krebs⁶ propagiert die Ergreifung der Massnahmen zur Verringerung der Auswirkungen von Krebserkrankungen. Die einzelnen Länder werden angehalten, systematische Früherkennungsmassnahmen zu entwickeln und einzuführen. Die Mehrheit der Europäischen Länder hat bereits ein organisiertes Darmkrebs-Screening-Programm implementiert, in der Pilotphase oder im Aufbau⁷.

3.1.2 Wissenschaftliche Grundlagen

Die Früherkennung von Darmkrebs mittels Screening ist besonders wirksam, weil die Entwicklung aus anfänglich gutartigen Polypen im Darm hin zu einer Darmkrebserkrankung schätzungsweise sieben bis zwanzig Jahre dauern kann⁸. Nationale⁹ und internationale¹⁰ Experten und Expertinnen sowie Organisationen empfehlen aus wissenschaftlicher und gesundheitsökonomischer Sicht eine Darmkrebsfrüherkennung im Rahmen von qualitätskontrollierten Programmen. Die wissenschaftlichen Grundlagen zu diesem Programm wurden in enger Zusammenarbeit mit dem Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) zusammengetragen und überprüft.

Laut Swiss Cancer Screening (SCS) sterben etwa zwei von 100 Personen trotz Therapie vor dem 80. Lebensjahr an Darmkrebs¹¹. Die Zahl dieser Todesfälle kann mit anerkannten Untersuchungsmethoden zur Früherkennung von Darmkrebs gesenkt werden. Zahlreiche Studien haben den Nutzen für die Krebsvorsorge durch eine Darmspiegelung (Koloskopie) oder einem «Blut-im-Stuhl-Test» nachgewiesen. Fallkontroll-Studien und Kohortenstudien haben gezeigt, dass Darmspiegelungen dazu beitragen, die Inzidenz (Anzahl neuer Darmkrebserkrankungen z.B. pro Jahr)

⁶ WHO-Leitfaden ist abrufbar unter: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/, zuletzt am 17.02.2020 besucht.

⁷ United European Gastroenterology, Colorectal screening Leaflet, abrufbar unter: https://d3l1fzor4hvnv1.cloudfront.net/fileadmin/user_upload/images/publications/CRC_Leaflet_2019_Update_1.8.pdf; zuletzt am 17.02.2020 besucht.

⁸ Clarifying differences in natural history between models of screening: the case of colorectal cancer. van Ballegooijen M, Rutter CM, Knudsen AB, Zauber AG, Savarino JE, Lansdorp-Vogelaar I, Boer R, Feuer EJ, Habbema JD, Kuntz KM; *Med Decis Making*. 2011 Jul-Aug;31(4):540-9.

⁹ Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG) / Magendarmliga (MDL), Krebsliga Schweiz (KLS).

¹⁰ WHO, US Preventive Services Task Force, Canadian Task Force on Preventive Health Care

¹¹ <https://www.swisscancerscreening.ch/krebs-frueherkennung/darm/darmkrebsfrueherkennung-in-zahlen>, zuletzt am 17.02.2020 besucht.

und die Mortalität (Sterblichkeit) von Darmkrebserkrankungen zu senken^{12 13 14 15 16 17 18 19}. Weiter haben Studien gezeigt, dass eine zweijährliche Untersuchung auf nicht sichtbares (okkultes) Blut durch einen «Blut-im-Stuhl-Test» die Mortalität einer Darmkrebserkrankung senkt^{20 21 22 23 24.25 26 27}.

Nationale Daten für die Schweiz liegen nicht vor, jedoch hat eine Kohortenstudie in den Kantonen Uri und Glarus gezeigt, dass die Inzidenz und Mortalität bzgl. einer Darmkrebserkrankung durch eine Darmspiegelung gesenkt werden konnten²⁸. Ebenfalls sind erste Auswertungen des Darmkrebs-Screening-Programms im Kanton Waadt vorhanden (siehe Ziffer 3.2.1.1).

Erste Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass sich die Darmkrebsvorsorge auszahlt. Im Rahmen der Darmkrebsvorsorge mittels Koloskopie wurden in Deutschland seit 2002 über 6.5 Millionen Menschen untersucht²⁹. Gemäss der Felix-Burda-Stiftung seien dadurch bis heute rund 120 000 Todesfälle und 250 000 Darmkrebsneuerkrankungen verhindert worden. Bei rund sieben Prozent der Koloskopierten wurde eine Darmkrebserkrankung diagnostiziert, wobei die Mehrheit in einem frühen Stadium erkannt wurde, sodass eine Heilung wahrscheinlich ist.

Eine Darmkrebsvorsorge im Rahmen eines organisierten Screening-Programms bietet einen individuellen Nutzen für die Teilnehmenden, kann aber auch mit Risiken verbunden sein³⁰. Als mögliche Risiken können eine psychologische Belastung des Screenings an sich sowie allenfalls eines positiven Untersuchungsergebnisses genannt werden. Zudem kann es vorkommen, dass der «Blut-

¹² Association of colonoscopy and death from colorectal cancer. Baxter NN, Goldwasser MA, Paszat LF, Saskin R, Urbach DR, Rabeneck L; *Ann Intern Med.* 2009 Jan 6;150(1):1-8.

¹³ Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. Brenner H, Stock C, Hoffmeister M; *BMJ.* 2014 Apr 9;348:g2467

¹⁴ Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. Nishihara R, Wu K, Lochhead P, Morikawa T, Liao X, Qian ZR, Inamura K, Kim SA, Kuchiba A, Yamauchi M, Imamura Y, Willett WC, Rosner BA, Fuchs CS, Giovannucci E, Ogino S, Chan AT; *N Engl J Med.* 2013 Sep 19;369(12):1095-105.

¹⁵ Declining Bowel Cancer Incidence and Mortality in Germany. Brenner H, Schrotz-King P, Holleczer B, Katalinic A, Hoffmeister M; *Dtsch Arztebl Int.* 2016 Feb 19;113(7):101-6.

¹⁶ Effectiveness of Screening Colonoscopy to Prevent Colorectal Cancer Among Medicare Beneficiaries Aged 70 to 79 Years: A Prospective Observational Study. García-Albéniz X, Hsu J, Bretthauer M, et al. *Ann Intern Med* 2017;166:18–26.

¹⁷ Uncontrolled confounding in studies of screening effectiveness: an example of colonoscopy. Eldridge RC, Doubeni CA, Fletcher RH, et al. *J Med Screen* 2013;20:198–207.

¹⁸ Colonoscopy screening markedly reduces the occurrence of colon carcinomas and carcinoma-related death: a closed cohort study. Manser CN, Bachmann LM, Brunner J, et al. *Gastrointest Endosc* 2012;76:110–7.

¹⁹ Effect of Screening Colonoscopy on Colorectal Cancer Incidence and Mortality. Kahi CJ, Imperiale TF, Juliar BE, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:770–5.

²⁰ Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Hardcastle JD1, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, James PD, Mangham CM; *Lancet.* 1996 Nov 30;348(9040):1472-7.

²¹ A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C; *Gut.* 2002 Jan;50(1):29-32.

²² Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jørgensen OD, Søndergaard O; *Lancet.* 1996 Nov 30;348(9040):1467-71.

²³ Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, Dassonville F, Bonithon-Kopp C; *Gastroenterology.* 2004 Jun;126(7):1674-80.

²⁴ Colorectal cancer mortality in two areas of Tuscany with different screening exposures. Costantini AS, Martini A, Puliti D, et al. *J Natl Cancer Inst* 2008;100:1818–21.

²⁵ The impact of immunochemical faecal occult blood testing on colorectal cancer incidence. Ventura L, Mantellini P, Grazzini G, et al. *Dig Liver Dis* 2014;46:82–6.

²⁶ Impact of Screening Program on Incidence of Colorectal Cancer: A Cohort Study in Italy. Rossi PG, Vicentini M, Sacchetti N, et al. *Am J Gastroenterol* 2015;110:1359–66.

²⁷ Effectiveness of fecal immunochemical testing in reducing colorectal cancer mortality from the One Million Taiwanese Screening Program. Chiu H-M, Chen SL-S, Yen AM-F, et al. *Cancer* 2015;121:3221–9.

²⁸ Colonoscopy screening markedly reduces the occurrence of colon carcinomas and carcinoma-related death: a closed cohort study. Manser CN, Bachmann LM, Brunner J, Hunold F, Bauerfeind P, Marbet UA; *Gastrointest Endosc.* 2012;76(1):110–7.

²⁹ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/90527/Darmkrebsmonat-Maerz-Vorsorge-zahlt-sich-aus>, zuletzt am 18.12.2019 besucht.

³⁰ Nutzen und Risiken gemäss Swiss Cancer Screening, siehe <https://www.swisscancerscreening.ch/krebs-frueherkennung/darm/nutzen-risiken>; zuletzt am 17.02.2020 besucht.

im-Stuhl-Test» negativ oder in Einzelfällen die Darmspiegelung unauffällig ist, obwohl ein Darmkrebs vorliegt. In seltenen Fällen kann es bei einer Darmspiegelung zu einer Komplikation wie z.B. Blutung oder Perforation kommen (eine bis zwei von 1000 Darmspiegelungen).

3.2 Ausgangslage

3.2.1 Ausgangslage in der Schweiz

Gemäss der nationalen Strategie gegen Krebs (NSK) 2014 - 2017³¹ und der Weiterführung 2017-2020 hat sich die Schweiz verpflichtet, sich auf die systematische Früherkennung von Darmkrebs zu fokussieren. Die Umsetzung obliegt in der Verantwortung der einzelnen Kantone. Eine Darmkrebsfrüherkennung wird empfohlen vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG) / Magendarmliga (MDL) und der Krebsliga Schweiz (KLS).

Die Früherkennung von Darmkrebs für Frauen und Männer im Alter zwischen 50 und 69 Jahren ist seit 2013 eine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Im Rahmen eines organisierten und qualitätskontrollierten Screening-Programms sind die Leistungen von der Franchise befreit.

In den Kantonen Uri, Waadt, Genf, Jura, Neuenburg, Basel-Stadt, Fribourg, Wallis und Graubünden bestehen bereits Darmkrebs-Screening-Programme oder die Einführung ist im 2020 geplant. In den Kantonen Tessin, Solothurn, Basel-Landschaft und St. Gallen ist eine Einführung geplant (siehe Abbildung 1).

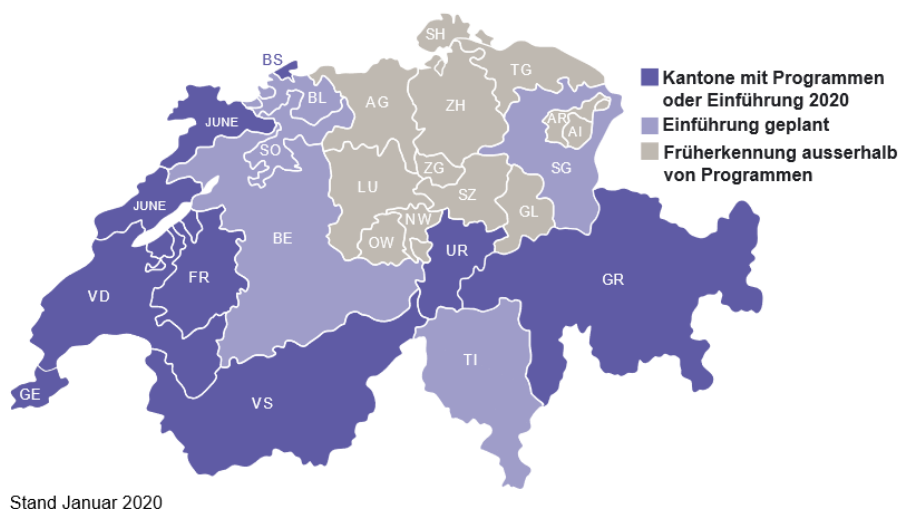


Abbildung 1: Übersicht Darmkrebs-Screening-Programme in der Schweiz. Quelle SCS

Alle bestehenden und geplanten Brustkrebs- und Darmkrebs-Früherkennungsprogramme sind im Schweizerischen Verband der Krebs-Früherkennungsprogramme, Swiss Cancer Screening (SCS), organisiert. Er setzt sich unter anderem für einheitliche und hohe Qualitätsstandards, für eine einheitliche und gute Information der eingeladenen Zielbevölkerung und für eine flächendeckende Implementierung von Screening-Programmen in der Schweiz ein und pflegt die Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Partnern.

³¹ Unterlagen zur NSK 2014-2017 und Weiterführung 2017-2020 sind abrufbar unter: <https://www.nsk-krebsstrategie.ch/ueberuns/> , zuletzt am 17.02.2020 besucht.

In Rahmen der NSK und in Zusammenarbeit mit der KLS erarbeitete SCS nationale Empfehlungen für die Darmkrebs-Früherkennungsprogramme hinsichtlich Zielpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien sowie Standard-Screening Methoden (Früherkennungsuntersuchungen) und -intervalle. Die detaillierten, nationalen Standards zur Qualitätssicherung werden momentan zusammen mit allen involvierten Akteuren erarbeitet und werden nach einer Vernehmlassung anfangs Sommer 2020 verfügbar sein.

3.2.1.1 Erfahrungen mit bestehenden Programmen

Bis jetzt konnte noch keines der organisierten Darmkrebs-Screening-Programme in der Schweiz wissenschaftlich evaluiert werden. Aus dem Kanton Waadt liegen erste Zahlen vor, die direkt durch den Programmverantwortlichen entstehen. Ein offizieller Bericht wird voraussichtlich noch dieses Jahr veröffentlicht.

Der jüngste für den Kanton Waadt vorliegende Tätigkeitsbericht stammt aus dem Jahr 2017. Demnach wurden insgesamt 33 541 Personen zum Screening eingeladen. 5003 eingeladene Personen haben sich für einen Screening-Test entschieden, was einer Teilnahme von knapp 15 Prozent entspricht. Dabei entschieden sich etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden für den «Blut-im-Stuhl-Test» (FIT-Test; Fäkal Immunologischer Test), die anderen für eine Koloskopie (Darmspiegelung). Bei 180 Personen ist der FIT-Test positiv ausgefallen, worauf bei 119 Personen eine Koloskopie zur weiteren Abklärung durchgeführt wurden. Von der Einführung des Programms im Jahr 2015 bis Ende 2017 wurden insgesamt 3960 FIT-Tests und 3522 Koloskopien durchgeführt. Dabei wurden 1324 neoplastische Veränderungen festgestellt, mehrheitlich nicht fortgeschrittene Adenome (966), aber auch 23 infiltrierende Tumore und 339 fortgeschrittene Adenome.

3.2.1.2 Anerkannte Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs

Screening dient dazu, eine Darmkrebserkrankung möglichst früh zu erkennen, die Krebsvorstufen (Polypen) zu entfernen und so eine spätere Krebserkrankung möglichst zu vermeiden. Dazu empfiehlt das BAG, die KLS und SCS für die Schweiz zwei Untersuchungsmethoden:

- eine Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl (FIT-Test) alle zwei Jahre
- eine Darmspiegelung (Koloskopie) alle zehn Jahre

Der **FIT-Test** (Fäkal Immunologischer Test) ist ein «Blut-im-Stuhl-Test» und eine einfache Untersuchung, welche von den Personen zuhause durchgeführt werden kann. Der Test sucht nach Blut im Stuhl, welches von blossen Auge nicht immer sichtbar ist. Dieses okkulte Blut kann aus verletzten Polypen (Krebsvorstufen) oder Krebsgeschwüren im Darm stammen, aber auch andere Ursachen haben. Wird mit diesem Test Blut gefunden, wird daher eine Darmspiegelung (Koloskopie) empfohlen, um die genau Ursache für die Blutung zu erkennen. Ist der Test unauffällig, sollte er alle zwei Jahren wiederholt werden.

Die **Darmspiegelung (Koloskopie)** ist im Vergleich zum FIT-Test eine aufwändigere Untersuchung, welche von einem Gastroenterologen oder einer Gastroenterologin in der Praxis oder im Spital durchgeführt wird. Dabei wird das Innere des Darms mit einer kleinen, auf einem biegsamen Schlauch befestigten Kamera (Endoskop) untersucht. Darmpolypen oder Tumore können so mit sehr hoher Sicherheit entdeckt werden. Zudem können Polypen während der Untersuchung in der Regel gleich entfernt und zur pathologischen Untersuchung weitergegeben werden. Ist das Ergebnis der Darmspiegelung unauffällig, wird empfohlen, die Darmspiegelung in zehn Jahren zu wiederholen.

Eine Darmspiegelung bedingt vorgängig die Entleerung des Darmes. Komplikationen sind selten (ein bis zwei auf 1000 Darmspiegelungen).

3.2.2 Ausgangslage im Kanton Bern

3.2.2.1 Pilot-Kampagne pharmaSuisse im 2016

Im Jahre 2016 führte pharmaSuisse schweizweit eine Pilot-Kampagne zur Früherkennung von Darmkrebs mittels FIT-Test (Stuhltest) durch. Die Apotheken nutzten dabei ihre Kundenkontakte, um niederschwellig Personen im Alter zwischen 50 und 75 Jahren über die Darmkrebsvorsorge zu informieren und nach Ausschluss der Kontraindikationen zum Stuhltest einzuladen. Mittels einer Software wurde erfasst, bei wem ein Stuhltest durchgeführt wurde und ob dieser positiv oder negativ ausgefallen ist.

Während der Kampagnenlaufzeit von sechs Wochen haben im Kanton Bern 109 Apotheken an der Kampagne teilgenommen und rund 3000 Personen konnten zur Teilnahme an der Darmkrebsvorsorgeuntersuchung bewegt werden. Für die Übernahme der Kosten des Stuhltest inkl. Laboranalyse von CHF 11 pro teilnehmende Person und die zusätzliche Erstellung eines Informationsschreibens stellte das Kantonsarztamt für die Kampagnenlaufzeit ein Budget von max. CHF 50 000 zur Verfügung, wovon schlussendlich CHF 35 913 effektiv beansprucht wurden. Die Beratung durch die Apotheker von CHF 18 zahlten die Teilnehmenden selbst.

Im Auftrag von pharmaSuisse wurde eine Evaluationsstudie³² durchgeführt, in welcher u.a. die Kosten für drei Einmal-Screening Varianten (Stuhltest mit Beratung in der Apotheke, Stuhltest mit Beratung beim Hausarzt / bei der Hausärztin, Koloskopie) verglichen wurden. Dabei kamen die Autoren zum Schluss, dass ein Screening mittels Stuhltest und einer Beratung in den Apotheken kostensparend ist und die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt.

Dem gegenüber steht in der weiteren Evaluation der Kampagne, dass die Angaben zur weiterführenden Behandlung nach einem positiven Testergebnis vielfach fehlen, da diese von den behandelnden Ärzten oder Ärztinnen nur auf freiwilliger Basis mittels Meldeformular an die Studienleitung erfolgte. Diese Limitation der Studie weist auf die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit und der systematischen Erfassung der Daten hin, damit Nachfolgeuntersuchungen nach einem positiven Stuhltest gewährleistet werden können. Das Screening im Rahmen der pharmaSuisse Kampagne stellt somit keine Alternative zu einem qualitätsgesicherten, zweisprachigen Darmkrebs-Screening-Programm für den Kanton Bern dar. Dies auch aus dem Grund, dass eine Franchisebefreiung der Vorsorgeuntersuchung nur im Rahmen eines qualitätsgesicherten Programms möglich ist (siehe Ziffer 3.2.3).

3.2.2.2 Politisch gewollt

Mit Ablehnung der Motion 221-2016 Zybach (SP) «Machbarkeitsstudie zur Einführung eines Darmkrebsfrüherkennungsprogramms» in der Septembersession 2017 zeigte der Grosse Rat deutlich, dass keine Machbarkeitsstudie, sondern direkt die Einführung eines qualitätsgesicherten Darmkrebs-Screening-Programm für den ganzen Kanton Bern verlangt wird. Obwohl in der Vorstossantwort des Regierungsrates hauptsächlich vom Pilotprojekt mit pharmaSuisse die Rede war, blieb unbestritten, dass ein kantonales Programm den nationalen Richtlinien für qualitätskontrollierte, staatliche Screening-Programme zu genügen hat. Ein solches qualitätskontrolliertes, von der Franchise befreites Programm soll der Zielbevölkerung des ganzen Kantons zugutekommen.

Die Hausärzte und Hausärztinnen im Kanton Bern führen seit Jahren ein opportunistisches Screening zusammen mit den Gastroenterologen und Gastroenterologinnen durch. Sie unterstützen die

³² Dr. M. Trottmann et al.: „Die Apotheke als Eintrittspforte zur Darmkrebsvorsorge: Eine Kampagne der Schweizer Apotheken“ Evaluationsstudie, Schlussbericht, Studie im Auftrag von pharmaSuisse; Polynomics, Oktober 2016

Motion 221-2016 Zybach und befürworten ein qualitätskontrolliertes Darmkrebs-Screening-Programm im Kanton Bern³³.

3.2.2.3 Von den Fachpersonen unterstützt

Im Frühjahr 2019 hat das Kantonsarztamt die ersten Gespräche mit den kantonalen Verbänden und Vereinigungen der möglichen Programmakteure eines Darmkrebs-Screening-Programms aufgenommen:

- Verband der Berner Haus- und Kinderärzte
- Vereinigung der freipraktizierenden Gastroenterologen
- Apothekerverband
- Pathologen und Pathologinnen
- Berner Institut für Hausarztmedizin

Die Einführung eines Darmkrebs-Screening-Programms wurde grundsätzlich sehr begrüsst und die Teilnahmebereitschaft angekündigt.

In der Diskussion mit der Ärzteschaft und den Verbänden hat sich bestätigt, dass der Bevölkerung in einem Screening Programm die Wahl zwischen den beiden möglichen Untersuchungsmethoden FIT-Test oder Darmspiegelung (Koloskopie) angeboten werden soll.

3.2.3 Merkmale und Rahmenbedingungen eines staatlichen, qualitätskontrollierten Screening-Programms

Ein staatliches, qualitätsgesichertes Programm entspricht den nationalen Empfehlungen und Anforderungen an Screening-Programme, welche durch SCS festgelegt sind oder teilweise noch in Erarbeitung sind. Ein Screening-Programm richtet sich per se an gesunde, symptomfreie Personen und mit Hilfe eines staatlich organisierten Programms kann die Chancengleichheit bzgl. Information, Zugang zum Angebot, Finanzierung und adäquate Betreuung der Teilnehmenden garantiert werden. Die Teilnahme an einem Screening-Programm ist freiwillig und die teilnehmenden Personen können jederzeit aus dem Programm austreten.

Im Gegensatz zu einer Vorsorgeuntersuchung im Rahmen eines Arzt- oder Apothekenbesuches (opportunistischen Screening), wo nur selektiv gesunde Personen angesprochen werden, wird in einem Screening-Programm die ganze Zielpopulation für die Vorsorgeuntersuchung eingeladen. Ein Screening-Programm zeichnet sich weiter durch eine zentrale Programmorganisation mit einer medizinischen und administrativen Leitung aus (siehe Übersichtstabelle in Ziffer 11 im Anhang).

Für ein Programm, das sich durch die genannten Merkmale auszeichnet, kann beim BAG ein Gesuch um Franchisebefreiung gestellt werden, damit die Teilnehmenden lediglich den Selbstbehalt von zehn Prozent für die ganze Vorsorge bezahlen müssen. Die Franchisebefreiung ist wichtig, um auch Personen mit kleinem Budget und Personen mit hoher Franchise für eine Vorsorgeuntersuchung zu gewinnen. Dank den abgeschlossenen Tarifverhandlungen mit den Versicherern können die Dienstleistungen der Leistungserbringer im Rahmen eines organisierten Darmkrebs-Screening-Programms schweizweit zu einheitlichen Pauschalen auf einer gemeinsamen Tarifstruktur, basierend auf Tarmed-Punkten, vergütet werden.

3.2.4 Rolle der Patientinnen und Patienten

3.2.4.1 Teilnahme an Screening-Programmen

Die Entscheidung für oder gegen eine Screening-Methode kann nicht alleine aufgrund der technischen Leistungen der Untersuchungsmethode zur Früherkennung gefällt werden. Die Akzeptanz der Methode bei der Zielbevölkerung ist ebenso wichtig. So zeigt eine 2019 publizierte Studie aus

³³ Standpunkte Verein Berner Haus- und KinderärztInnen für die Septembersession 2017 des Grossen Rates

den Niederlanden zwar, dass mittels Koloskopie mehr fortgeschrittene Krebserkrankungen gefunden wurden als mit dem FIT-Test³⁴. Allerdings war die Screening-Teilnahme bei den Personen, die zum FIT-Test eingeladen wurden, mit 77 Prozent drei Mal so gross wie bei denjenigen, die zur Koloskopie eingeladen wurden. Entsprechend wurden pro 100 eingeladenen Personen in der Gruppe mit dem FIT-Test mehr fortgeschrittene Krebserkrankungen gefunden als mit der Koloskopie.

In der Schweiz gibt es noch keine Daten aus Früherkennungsprogrammen, die den Vergleich der verschiedenen Wahlmöglichkeiten als hilfreich bestätigen. In einer Studie, die in Schweizer Hausarztpraxen im Jahr 2017 durchgeführt wurde, waren die Früherkennungsraten mit 71 Prozent deutlich höher bei Ärztinnen und Ärzten, die ihren Patienten und Patientinnen die Wahl zwischen einem «Blut-im-Stuhl-Test» und einer Koloskopie vorschlugen, als bei Ärztinnen und Ärzten, die nur Koloskopie anbieten³⁵.

3.2.4.2 Informierte, partizipative Entscheidungsfindung

Wenn im medizinischen Kontext mehr als eine sinnvolle Wahl existiert, entscheiden die Präferenzen von Patient bzw. Patientin und Arzt bzw. Ärztin. Für verschiedene Szenarien wurden deshalb Entscheidungshilfen entwickelt, die Patienten und Patientinnen mögliche Vorgehen und deren Konsequenzen aufzeigen. Der Kanton Waadt hat bei der Einführung seines Darmkrebs-Screening-Programms im Jahr 2015 sowohl für Ärzte und Ärztinnen als auch für die fürs Screening in Frage kommenden Personen Informationsbroschüren entwickelt, die bei der informierten und gemeinsamen Entscheidung helfen sollen^{36 37}.

4 Darmkrebs-Screening-Programm im Kanton Bern

Gemäss nationalen Empfehlungen (siehe Ziffer 3.2.1) werden im Rahmen des Programms alle Frauen und Männer ohne Symptome im Alter zwischen 50 und 69 Jahren systematisch für eine freiwillige Vorsorgeuntersuchung eingeladen. Die Zielbevölkerung im Kanton Bern liegt bei 280 061 Personen³⁸, wobei die Tendenz mit der demographischen Entwicklung zunehmend ist.

Die GSI hat in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachpersonen (u.a. Berner Institut für Hausarztmedizin, Vertretungen der Programmleitungen existierender Darmkrebs-Screening-Programme) ein Grobkonzept für ein qualitätsgesichertes Darmkrebs-Screening-Programm erarbeitet. Dieses umschreibt die fachlich-technischen und organisatorischen Aspekte für den Aufbau und die Durchführung des zweisprachigen Darmkrebs-Screening-Programms im Kanton Bern (siehe Ziffer 4.4). Basierend auf dem Grobkonzept wird die beauftragte Programmleitung in enger Zusammenarbeit mit den Programmakteuren und Fachpersonen ein Umsetzungskonzept erarbeiten.

³⁴ Diagnostic Yield of One-Time Colonoscopy vs One-Time Flexible Sigmoidoscopy vs Multiple Rounds of Mailed Fecal Immuno-histochemical Tests in Colorectal Cancer Screening. Grobbee EJ, van der Vlugt M, van Vuuren AJ, et al.. *Clin Gastroenterol Hepatol* Published Online First: 13 August 2019.

³⁵ Screening Refusal Associated with Choice of Colorectal Cancer Screening Methods. A Cross-sectional Study Among Swiss Primary Care Physicians. Martin Y, Braun AL, Biller-Andorno N, et al. *J Gen Intern Med* 2019;34:1409–11.

³⁶ Shared decision making in the colorectal cancer screening program in the canton of Vaud. Auer R, Selby K, Bulliard J-L, et al. *Rev Med Suisse* 2015;11:2209–15.

³⁷ Die beiden Broschüren «Fiche d'information et d'aide à la décision pour le Programme vaudois de dépistage du cancer du colon» und «Dépistage du cancer du côlon: J'en parle avec mon médecin» sind verfügbar unter : <https://www.pmu-lausanne.ch/sites/default/files/inline-files/pmu-programme-cancer-decision.pdf> und https://www.pmu-lausanne.ch/sites/default/files/inline-files/pmu-programme-cancer-colon-fr_3.pdf ; zuletzt am 17.02.2020 besucht.

³⁸ Bundesamt für Statistik (BFS), Stand 2018

4.1 Programmorganisation/-leitung

Der Anschluss an ein bestehendes Programm wird dem Aufbau eines separaten Berner Darmkrebs-Screening-Programms vorgezogen. Einerseits sind nicht in allen Kantonen Personen mit Programmleitungserfahrung und Expertise in Screening-Programmen verfügbar, andererseits sollen nach Möglichkeit Synergien z.B. für die relevanten organisatorischen und administrativen Aufwände, aber auch für Tarifverhandlungen genutzt werden.

Aus diesem Grund wurden zwischen November 2018 und März 2019 alle bestehenden (Uri, Waadt, Tessin, Jura und Neuenburg) und in Kürze beginnenden (Fribourg, Wallis, Basel-Stadt, Genf) Darmkrebs-Screening-Programme für eine Zusammenarbeit bzw. einen Anschluss des Kantons Bern evaluiert. Mitevaluiert wurden ebenfalls die beiden Programmleitungen des laufenden Brustkrebs-Screening-Programms für den Kanton Bern, die Organisation Donna und l'Association pour le dépistage du cancer BEJUNE (ADC BEJUNE), welche Darmkrebs-Screening-Programme anbieten (ADC BEJUNE) oder zukünftig anbieten wollen (Donna).

Mit verschiedenen, oben erwähnten Programmleitungen wurden konkrete Verhandlungsgespräche geführt, ob und inwiefern ein Anschluss des Berner Programms möglich wäre. Für die Mehrheit der Programmleitungen steht bis Ende 2020 die Einführung des Angebots im eigenen Kanton im Vordergrund wodurch die nötigen Kapazitäten fehlen, ein zweisprachiges Programm auch für den Kanton Bern anzubieten. Grundsätzlich haben sich drei Organisationen interessiert gezeigt, das Berner Programm zu gegebenem Zeitpunkt zu übernehmen. Es sind dies Berner Gesundheit, donna und die Krebsliga beider Basel. Die laufenden Verhandlungen verfolgen weiterhin das Ziel, dass 2020 mit dem Aufbau des Berner Darmkrebs-Screening-Programms begonnen werden kann.

4.2 Anforderungen an die Programmorganisation/-leitung

Die beauftragte Institution muss grundsätzlich nachweisen, dass sie über die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Kompetenzen und Kenntnisse verfügt. Neben der fachlichen Kompetenz in den Bereichen Logistik und Qualitätsmanagement sind weitere spezielle Anforderungen zu erfüllen:

- Die Institution bietet ein zweisprachiges (deutsch / französisch) Programm für den ganzen Kanton Bern an³⁹.
- Die Institution ist in der Lage, die Bevölkerung im Alter von 50 bis 69 zu motivieren, Massnahmen zur Krebsprävention zu ergreifen und am Darmkrebs-Screening-Programm teilzunehmen.
- Die Institution kann ein Programm gemäss Qualitätsvorgaben von SCS aufbauen und betreiben und die ganze Zielbevölkerung (Kanton Bern: 280 061) innerhalb der vorgegebenen Fristen zum Screening einladen.
- Die Institution informiert klar und verständlich in deutscher und französischer Sprache über ihren Auftrag und ihre Dienstleistungen in der Öffentlichkeit.
- Die Institution muss unabhängig von den Interessen der von ihr im Programm engagierten Leistungserbringer sein und über die Fortführung oder den Ausschluss der Beteiligung des Leistungserbringers am Darmkrebs-Screening-Programm entscheiden können.
- Die Institution muss im Kanton Bern gut vernetzt sein und mit den involvierten Leistungserbringern (niedergelassene Haus-Ärzeschaft, Apotheken, Gastroenterologen und Gastroenterologinnen, Pathologien und medizinische Laboratorien) als akzeptierte Partnerin und Vermittlerin auftreten.
- Die Institution handelt, wo immer möglich, auf der Grundlage des aktuellsten Standes wissenschaftlicher Kenntnisse und praktischer Erfahrung (Berücksichtigung SCS).

³⁹ Die Erfahrungen mit den zwei Brustkrebs-Screening-Programmen für den Kanton Bern zeigen, dass die Aufteilung in zwei Programme (eines für den Berner Jura und eines für den deutschsprachigen Kantonsteil) administrativ aufwändiger ist.

- Die Institution muss Gewähr für Kontinuität bieten und die Programmleitung zuverlässig für eine längere Zeitperiode übernehmen können.
- Die Institution muss die geltenden Datenschutzgesetze und Bestimmungen einhalten.

4.3 Auftrag

Die GSI wird eine Institution beauftragen, ein qualitätskontrolliertes, zweisprachiges Darmkrebs-Screening-Programm aufzubauen (max. zwei Jahre) und während mindestens fünf Jahren durchzuführen. Die beauftragte Institution muss grundsätzlich nachweisen, dass sie über die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Kompetenzen und Kenntnisse verfügt.

Im Gegensatz zu Brustkrebs-Screening-Programme (Mindestlaufzeit acht Jahre⁴⁰) existieren keine Bundesvorgaben für die Realisierungsdauer. SCS empfiehlt auf Anfrage, sich an den Vorgaben für Brustkrebs-Screening-Programme zu orientieren oder ggf. eine Durchführungsdauer von mindestens fünf Jahren zu wählen, um eine gewisse Aussage über die Wirksamkeit / Effizienz des Programmes hinsichtlich der Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl zu machen.

Im Leistungsvertrag mit der Programmleitung werden alle Rechte und Pflichten der Programmorganisation festgehalten mit einem speziellen Augenmerk auf das Leistungs- und Kostencontrolling. Es sollen Möglichkeiten gegeben sein, auf Veränderungen der Teilnahmerate, neue Tarife für medizinische Leistungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse während der Programm Laufzeit reagieren zu können. Die Programmleitung wird ein Detailbudget sowohl für die Aufbauphase als auch für die Durchführungsphase erarbeiten, wobei das maximale Kostendach nicht überschritten werden darf. Sollte insbesondere das Detailbudget der Durchführungsphase eine Anpassung der beantragten jährlichen Kreditsumme nach unten erlauben, werden entsprechende Korrekturen in der Finanzplanung bzw. Budgetierung vorgenommen.

Gemäss den Abklärungen und der beschaffungsrechtlichen Prüfung unter Beizug der Bau- und Verkehrsdirektion und der Finanzdirektion für das Brustkrebs-Screening-Programm von 2011 wurde festgehalten, dass der Auftrag zum Aufbau und Betrieb des Brustkrebs-Screening-Programms im Kanton Bern nicht öffentlich ausgeschrieben werden muss. Analog diesen Abklärungen ist davon auszugehen, dass der Auftrag zum Aufbau und Betrieb des Darmkrebs-Screening-Programms ebenfalls nicht öffentlich ausgeschrieben werden muss, sofern die Programmleitung durch eine nicht gewinnorientierte Organisation übernommen wird.

Dies namentlich deshalb, weil die Durchführung des Dickdarmkrebs-Screening-Programms mit erheblichen ungedeckten Kosten verbunden ist (siehe Ziffer 7.2). Da diese ungedeckten Kosten vom Kanton übernommen werden, trägt die beauftragte Institution einerseits kein eigenes wirtschaftliches Risiko und hat andererseits nicht die Möglichkeit, einen Gewinn zu erzielen. Der Auftrag ist somit nicht kommerzieller Natur und nicht als Auftrag im Sinne des öffentlichen Beschaffungsrechts zu qualifizieren. Die Frage der Submission wird überprüft, sobald eine geeignete Institution für eine Zusammenarbeit gefunden wurde.

4.4 Grobkonzept

In diesem Kapitel wird ein möglicher Programmablauf beschrieben, welcher die Programmleitung in enger Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Leistungserbringern (Hausärzte, Hausärztinnen, Gastroenterologen, Gastroenterologinnen sowie Apotheken) weiter etablieren und die abschliessende Diskussion um die Methodenwahl führen wird. Miteinbezogen werden hier nebst den Kapazitäten der Leistungserbringer auch die Aspekte der Methodenakzeptanz durch die teilnehmenden Personen, Erkenntnisse der informativen, partizipativen Entscheidungsfindung sowie der möglichen Interventionen zur Erhöhung der Teilnahmerate (siehe Ziffer 3.2.4).

⁴⁰ Artikel 2 Absatz 2 der Verordnung vom 23. Juni 1999 über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie (SR 832.102.4)

Das mögliche Programm orientiert sich am bereits gut etablierten Programm im Kanton Waadt, an welches sich ebenfalls der Kanton Basel-Stadt anlehnt. Der Zielbevölkerung wird durch ein persönliches Einladungsschreiben und durch eine kantonale Informationskampagne auf das Angebot aufmerksam gemacht werden. Ihnen soll die Wahl zwischen dem beiden national anerkannten und empfohlenen Untersuchungsmethoden FIT-Test und der Darmspiegelung angeboten werden. Die eingeladenen Personen können sich bei Fragen und Unklarheiten sowie für eine Programmteilnahme an ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin, die Apotheken oder auch an die Programmleitung wenden.

4.4.1 Möglicher Programmablauf

Die Zielbevölkerung wird gestaffelt über fünf Jahre zur freiwilligen Teilnahme eingeladen werden, wobei zuerst anhand des Geburtsjahres die älteren Personen im Alter zwischen 65 bis 69 Jahren angeschrieben werden, damit ihnen mindestens eine Vorsorgeuntersuchung im Rahmen des Screening-Programms angeboten werden kann. Danach werden die Personen im Alter von 60 bis 64 Jahren, 55 bis 59 Jahren und im vierten Durchführungsjahr die Personen zwischen 50 bis 54 Jahren eingeladen. Jedes Jahr werden zusätzlich die Personen eingeladen, die ihr 50. Lebensjahr erreicht haben, und laufend Personen erinnert, falls sie noch nicht am Programm teilgenommen haben oder keine Rückmeldung vorliegt. Nach etwa vier Jahren werden jährlich nur noch die Personen eingeladen, welche neu ihr 50. Lebensjahr erreicht haben. Personen, welche bereits am Programm teilgenommen haben, erhalten ebenfalls regelmässig eine erneute Einladung (zwei Jahre nach einem FIT-Test resp. zehn Jahre nach einer Darmspiegelung).

Die eingeladene Zielbevölkerung erhält per Post ein Einladungsschreiben, eine ausführliche Informationsbroschüre und einen Risikofragebogen, welcher bei der Entscheidung der Wahl zwischen einem FIT-Test («Blut-im-Stuhl-Test») und einer Darmspiegelung (Koloskopie) hilft. Grundsätzlich ist für den FIT-Test keine ärztliche Beratung notwendig, die eingeladenen Personen können sich aber jederzeit für eine Beratung an ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin, die Apotheken oder an die Programmleitung wenden. Es wird angenommen, dass sich rund 50 Prozent der teilnehmenden Personen für eine Koloskopie entscheiden werden (siehe Abbildung 2).

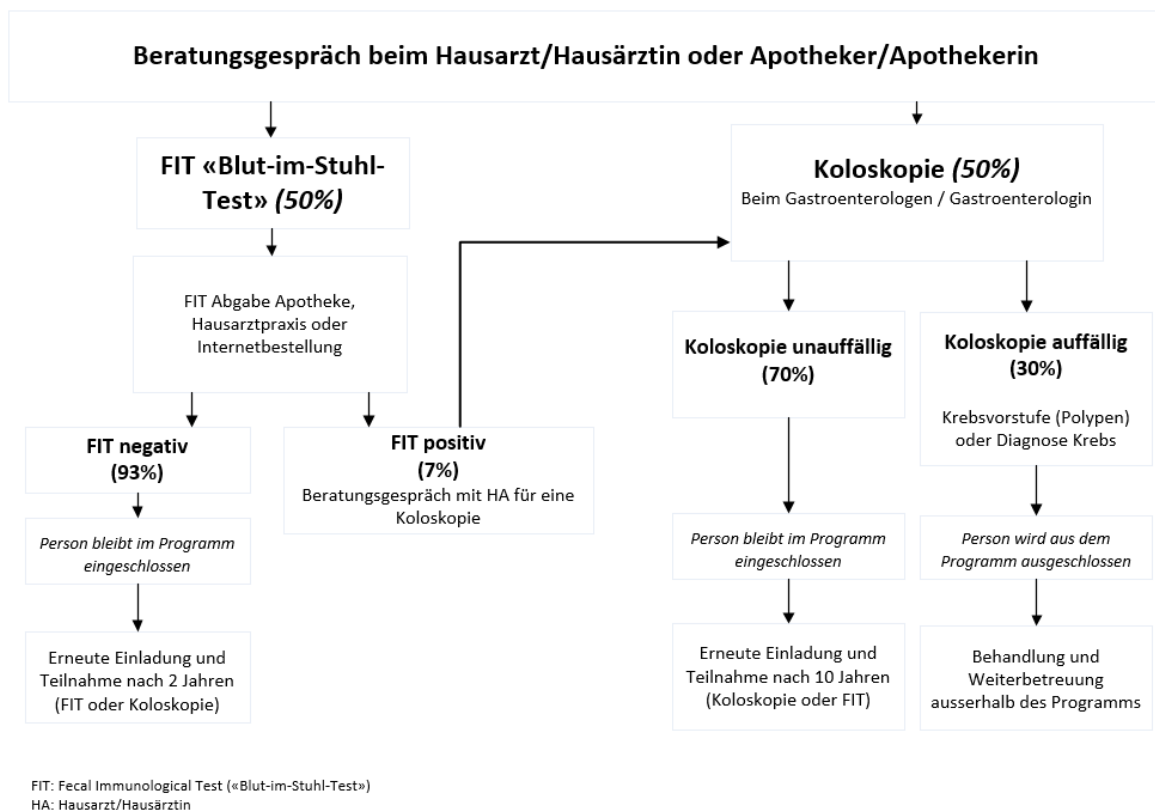


Abbildung 2: Möglicher Programmablauf

Die Hausärzte oder Hausärztinnen und Apotheker oder Apothekerinnen beraten die Personen hinsichtlich der Screening Methoden und überprüfen die Ein- resp. Ausschlusskriterien für die Programmteilnahme. Aus dem Screening-Programm ausgeschlossen werden Personen mit tumorverdächtigen Symptomen oder mit chronisch entzündlichen oder hereditären Darmerkrankungen, da diese direkt koloskopisch überwacht oder behandelt werden. Ebenfalls werden Personen vorübergehend ausgeschlossen, bei denen in den letzten zwei Jahren einen FIT-Test resp. in den letzten zehn Jahren eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt wurde.

Der FIT-Test kann in den Apotheken bezogen werden oder evtl. in der Hausarztpraxis oder direkt online bestellt werden.

Entscheidet sich ein Teilnehmer oder eine Teilnehmerin für eine Darmspiegelung (Koloskopie), soll vorgängig eine Konsultation und Beratung beim Hausarzt oder bei der Hausärztin erfolgen.

Ist das Resultat der gewählten Vorsorgeuntersuchung negativ (FIT-Test) oder unauffällig (Koloskopie), wird die Person in zwei Jahren (nach FIT-Test) respektive zehn Jahren (nach Koloskopie) erneut für eine Vorsorgeuntersuchung eingeladen. Sie kann zu diesem Zeitpunkt erneut frei zwischen den beiden Vorsorgeuntersuchungen entscheiden.

Bei einem positiven FIT-Test Resultat wird die Person und der oder die von ihr angegebene Hausarzt oder Hausärztin informiert. Dieser oder diese bespricht das Resultat und das weitere Vorgehen mit der Person und meldet sie bei einem Gastroenterologen oder einer Gastroenterologin zur Koloskopie an. Personen, die keinen Hausarzt oder keine Hausärztin angegeben haben, werden durch die Programmleitung kontaktiert und, falls kein Hausarzt oder keine Hausärztin vorhanden ist, direkt bei einem Gastroenterologen oder einer Gastroenterologin zur Koloskopie zugewiesen.

Im Falle einer auffälligen Koloskopie erfolgt die Behandlung der Person durch die Gastroenterologen oder Gastroenterologinnen und Hausärzte oder Hausärztinnen ausserhalb des Programms.

4.4.2 Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten

4.4.2.1 Programmplanung: Aufbauphase

Nach Abschluss des Leistungsvertrags mit der Programmleitung, beginnt die Aufbauphase des Darmkrebs-Screening-Programms. In dieser Aufbauphase wird die Programmleitung mit der detaillierten Konzeptarbeit und den Vorarbeiten beginnen, welche im Wesentlichen die folgenden fachlich-technischen und organisatorischen Aspekte beinhalten:

- Aufbau einer Programmorganisation
- Identifikation und Rekrutierung der Leistungserbringer im Kanton
- Definition der Prozesse in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern
- Erstellen der Pflichtenhefte für die einzelnen Leistungserbringer
- Schaffung eines Fachgremiums mit Vertretungen aller Leistungserbringer
- Tarifverhandlungen mit den Krankenversichern
- Eingabe des Antrages auf Franchisen Befreiung an das BAG und weitere Schritte des Bewilligungsprozesses
- Identifikation der Schnittstellen und Kommunikation (Bernisches Krebsregister, Einwohnermeldeämter etc.)
- Erarbeitung eines Datenschutzkonzepts und Vorabkontrolle durch die Datenschutzaufsichtsstelle
- Erarbeitung eines Kommunikationskonzepts inkl. Einladungsschreiben, Informationsunterlagen sowie der Informationskampagne
- Erarbeitung eines detaillierten Budgets
- Installation der MC-SIS Software und Schulung der Benutzer und Benutzerinnen
- Ggf. Anpassung der MC-SIS Software an individuelle Bedürfnisse
- Rekrutierung von weiterem Personal

Durch die Einreichung des Antrags auf Franchisen Befreiung beim BAG legt die Programmleitung dar, dass das Berner Programm alle entsprechenden Anforderungen an ein systematisches, qualitätskontrolliertes Screening-Programm erfüllt. Nach Einreichung des Antrages muss mit einer Wartezeit von sechs Monaten bis zur Beurteilung gerechnet werden. Wird der Antrag bewilligt, wird die entsprechende Textänderung in der nächstmöglichen Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vorgenommen und die Früherkennungsuntersuchungen können Franchisen befreit angeboten werden.

4.4.2.2 Programmplanung: Durchführungsphase

Nach einer kurzen Aufbauphase wird die Organisation und die Struktur des Darmkrebs-Screening-Programms soweit finalisiert sein, dass die Zielbevölkerung zumindest für einen franchisebefreiten FIT-Test eingeladen werden kann. Der Aufbau und die Koordination der Koloskopiekapazitäten wird mehr Zeit in Anspruch nehmen, sodass beim Verschicken der ersten Einladungen die Wahl zwischen den beiden Darmkrebsfrüherkennungsmethoden sehr wahrscheinlich noch nicht angeboten werden kann. Allerspätestens nach zwei Jahren Aufbauphase wird das Programm vollständig operativ sein. Der Ablauf des Programms wird in Ziffer 4.4.1 ausgeführt.

5 Längerfristige Auswirkungen

Es kann davon ausgegangen werden, dass ein kantonales Darmkrebs-Screening-Programm Lebensjahre von (erkrankten) Personen retten kann und dies zu einem vertretbaren Preis. Die durch das Darmkrebscreening anfallenden Kosten («Blut-im-Stuhl-Tests» oder Koloskopie) werden dabei teilweise von späteren kostensparenden Effekten aufgehoben: Einerseits ist die Behandlung rechtzeitig erkannten Darmkrebses weniger teuer als die einer fortgeschrittener Erkrankungen, andererseits kann die Entwicklung eines Polypen hin zu einem bösartigen Darmkrebs verhindert

werden. Ergänzend zu den wissenschaftlichen Grundlagen (siehe Ziffer 3.1.2) sollen hier einige Studien erläutert werden, welche sich mit Kostenwirksamkeit und Kosteneffizienz beschäftigen.

Eine kürzlich erschienene Publikation⁴¹ belegt die Wirtschaftlichkeit (Kosteneffizienz) der Darmkrebsfrüherkennung mittels eines zweijährlichen «Blut-im-Stuhl-Tests» oder einer Koloskopie, welche alle zehn Jahre durchgeführt wird. Dies im Vergleich zu einer nicht vorhandenen Darmkrebsfrüherkennung. Die Wirtschaftlichkeit wird in dieser Studie mittels Kosten pro gerettetem Lebensjahr dargestellt. Diese betragen für einen zweijährlichen «Blut-im-Stuhl-Tests» 4386 Dollar sowie 15 155 Dollar für eine Koloskopie, welche alle zehn Jahre wiederholt wird. Interventionen, die weniger als 50 000 bis 100 000 Dollar kosten, werden generell als kosteneffizient benannt. Diese Studie bestätigt die Hauptaussagen bereits publizierter Literaturübersichtsstudien von 2015⁴² und 2011⁴³.

Im Jahr 2017 wurde eine Mikrosimulationsstudie⁴⁴ zum Nutzen und zur Kosteneffizienz von verschiedenen Darmkrebs-Screening-Strategien von Schweizer Forschern publiziert. Dafür wurde ein open source Mikrosimulationsmodell (CMOST⁴⁵) entwickelt und implementiert. Mikrosimulationsmodelle zeichnen den zeitlichen Verlauf einer virtuellen Population mit einer Vielzahl einzelner Individuen mit unterschiedlichen Risiken für ein Kolonkarzinom nach. Sie helfen somit offene Fragen zu beantworten, welche aus ethischen oder praktischen Gründen nicht mit hochwertigen Studien mit freiwilligen Probanden und Probandinnen beantwortet werden können. Das dafür entwickelte Mikrosimulationsmodell CMOST wurde nun erstmals für ein Schweizer Darmkrebs-Screening-Programm Setting verwendet und entsprechend an die Schweizer Rahmenbedingungen angepasst⁴⁶: Zielpopulation 50-69-Jährige, ein zweijährlicher FIT-Test oder alle zehn Jahre eine Koloskopie, Kosten dieser Screening Untersuchungen⁴⁷, sowie die Kolonkarzinomhäufigkeit (Dickdarmkrebs) in der Schweiz⁴⁸ (Inzidenz). Die Kosten einer Darmkrebsbehandlung wurden mit CHF 115 906 angenommen⁴⁹.

Das Modell konnte zeigen, dass die Häufigkeit des Kolonkarzinoms durch die Koloskopie (alle zehn Jahre) um 45 Prozent und durch einen FIT-Test um 30 Prozent gesenkt werden kann.

Die Kosteneffizienzanalyse zeigt, dass der FIT-Test (alle zwei Jahre) wie auch die Koloskopie (alle zehn Jahre) kosteneffiziente Massnahmen darstellen, da pro gerettetem Lebensjahr bei Koloskopie lediglich CHF 11 943 aufgewendet werden müssen, der FIT-Test ist sogar kostensparend. Diese Werte liegen somit deutlich unter der üblicherweise verwendeten Schwelle für Kosteneffizienz von 50 000 bis 100 000 Dollar (CHF 49 897 bis 99 794; Stand 25.11.2019) und entsprechen gut den Zahlen der oben erwähnten internationalen Analysen⁵⁰. Selbst wenn man bis zu vierfach

⁴¹ Cost-Effectiveness of Colorectal Cancer Screening Strategies-A Systematic Review. Ran T, Cheng CY, Misselwitz B, Brenner H, Ubels J, Schlander M; *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019 Sep;17(10):1969-1981.e15.

⁴² Cost-effectiveness of colorectal cancer screening strategies. Patel SS, Kilgore ML; *Cancer Control*. 2015 Apr;22(2):248-58.

⁴³ Cost-effectiveness of colorectal cancer screening. Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Brenner H; *Epidemiol Rev*. 2011;33:88-100.

⁴⁴ CMOST: an open-source framework for the microsimulation of colorectal cancer screening strategies. Prakash MK, Lang B, Heinrich H, Valli PV, Bauerfeind P, Sonnenberg A, Beerenwinkel N, Misselwitz B; *BMC Med Inform Decis Mak*. 2017 Jun 5;17(1):80.

⁴⁵ Colon Modeling Open Source Tool

⁴⁶ Erste Analysen von PD Dr. med. Benjamin Misselwitz, Klinik für Viszerale Chirurgie und Medizin, Inselspital Bern. Entwickler des CMOST Modells, in Zusammenarbeit mit Prof. Jan Poleszczuk.

⁴⁷ Kostenannahmen: FIT 25 oder 50 USD, einfache Koloskopie 750 USD, Koloskopie mit Biopsie 1000 USD, Koloskopie mit Polypektomie 1250 Dollar.

⁴⁸ Inzidenzraten vom Nationalen Institut für Krebs epidemiologie und Registrierung (NICER); https://www.nicer.org/assets/files/publications/presentations/scientifica_nicerposter_dickdarmkrebsch_rh.pdf

⁴⁹ Personalizing colonoscopy screening for elderly individuals based on screening history, cancer risk, and comorbidity status could increase cost effectiveness. van Hees F, Saini SD, Lansdorp-Vogelaar I, Vijan S, Meester RG, de Koning HJ, et al. *Gastroenterology*. 2015;149(6):1425-37.

⁵⁰ Cost-Effectiveness of Colorectal Cancer Screening Strategies-A Systematic Review. Ran T, Cheng CY, Misselwitz B, Brenner H, Ubels J, Schlander M; *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019 Sep;17(10):1969-1981.e15.

geringere Behandlungskosten pro Kolonkarzinomfall annimmt, bleiben beide Screening Massnahmen kosteneffizient (siehe Abbildung 3).

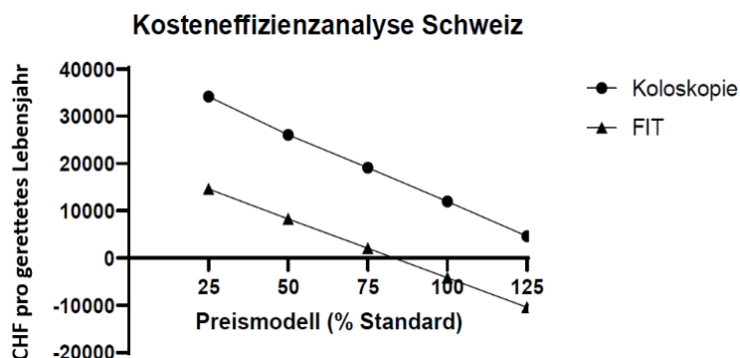


Abbildung 3: Kosten pro gerettetes Lebensjahr in Abhängigkeit zu den Kosten einer Darmkrebsbehandlung. Die Kosten einer Darmkrebsbehandlung wurden mit CHF 115 906.– angenommen (entspricht dem Preismodell 100% Standard).

6 Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen

Die Gesundheitsförderung und Prävention sollen gemäss der Gesundheitsstrategie 2020-2030 des Kantons Bern gestärkt werden⁵¹. Zudem waren Prävention von Krankheiten und Früherkennungsuntersuchungen in den Regierungsrichtlinien⁵² 2011 - 2014 und 2015 - 2018 explizit erwähnt.

7 Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum

7.1 Kosten zu Lasten der Krankenversicherer

Die Krankenversicherer zahlen die beiden angebotenen Untersuchungsmethoden eines «Blut-im-Stuhl-Tests» alle zwei Jahre oder einer Darmspiegelung alle zehn Jahre entsprechend der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV, SR 832.112.31) bei Frauen und Männer zwischen dem 50. und dem 69. Lebensjahr. Die Leistungen sind von der Franchise befreit, der Selbstbehalt von zehn Prozent muss jedoch von den Teilnehmerinnen übernommen werden.

Die von der Franchise befreiten Leistungen beinhalten:

- a) Beratung und Einschluss für eine Darmspiegelung durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin, Durchführung der Darmspiegelung durch den Gastroenterologen oder eine Gastroenterologin, allfälliger Entfernung von Polypen sowie ggf. die pathologische Untersuchung von suspekten Gewebeproben

⁵¹Verfügbar unter: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/ueber-die-direktion/aktuell.assetref/dam/documents/portal/Medienmitteilungen/de/2019/10/2019-10-07-gef-strategie-konsultation-gesundheitsstrategie-de.pdf> , zuletzt am 17.02.2020 besucht.

⁵²RR 2011-2014: Gesundheitsförderung sowie Prävention und Früherkennungsuntersuchungen gewinnen an Bedeutung, RR 2015-2018: Neue Möglichkeiten für die Diagnose, Behandlung und Prävention von Krankheiten zu marktfähigen Produkten sollen entwickelt werden
https://www.rr.be.ch/rr/de/index/der_regierungsrat/der_regierungsrat/regierungsrichtlinien/archiv-regierungsrichtlinien.html , zuletzt am 17.02.2020 besucht.

oder

- b) Beratung und Einschluss für einen FIT-Test durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin, sowie den Erwerb des FIT-Tests und die Laboranalysen gemäss Analyseliste. Bei einem positiven FIT-Test ist die anschliessende Darmspiegelung inkl. pathologische Untersuchung ebenfalls von der Franchise befreit.

Nicht von der Franchise befreit ist die ärztliche Konsultation nach einem positiven FIT-Test-Resultat sowie die Medikamente zur Darmentleerung für die Darmspiegelung.

Das Inkasso bei den Krankenversicherten erfolgt direkt durch die Leistungserbringer und nicht über die Darmkrebs-Screening-Programmleitung. Die schweizerischen Gesellschaften der involvierten Leistungserbringer (Hausärzte und Hausärztinnen, Gastroenterologen und Gastroenterologinnen sowie Pathologen und Pathologinnen) haben sich mit den Versicherern zu schweizweit einheitlichen Tarmed-Pauschalen geeinigt. Die Darmkrebs-Screening-Programmleitung muss aber mit den Versicherern noch die anzuwendenden kantonalen Taxpunktwerte verhandeln.

7.2 Kosten zu Lasten des Kantons

Die Kosten für den Aufbau, die Programmlogistik, die Qualitätssicherungsmassnahmen sowie die Massnahmen zur Überprüfung der Wirksamkeit des Darmkrebs-Screening-Programms sind nicht mit den Leistungen zu Lasten der OKP gedeckt. Ebenfalls können die Beratungsleistungen der Apotheker und Apothekerinnen momentan nicht zu Lasten der OKP abgerechnet werden. Jedoch verlangt die Motion Ettlin vom Bundesrat, dass diese Leistungen zukünftig auch über die OKP abgerechnet werden sollen⁵³.

Für die durch die OKP nicht gedeckten Kosten wird ein Betrag von maximal CHF 7 985 000 während sieben Jahren (davon max. zweijährige Aufbauphase, restliche Zeit Durchführung) entrichtet. Details betreffend Arbeitsschritte in den einzelnen Phasen sind in Ziffer 4.4.2 beschrieben. Der oben genannte Betrag ist eine Kostenschätzung. Als Grundlage wurden Kostenaufstellungen existierender oder geplanter (Darmkrebs)-Screening-Programme anderer Kantone beigezogen und Rücksprache mit Swiss Cancer Screening genommen. Sollte das von der Programmleitung zu erarbeitende Detailbudget einen geringeren Kreditbedarf aufzeigen, wird die Finanzplanung, bzw. die Budgetierung seitens der zuständigen Direktion korrigiert werden. (siehe Ziffer 4.3).

Bei den Kosten zu Lasten des Kantons fallen neben den Beratungsleistungen der Apotheker und Apothekerinnen und den Personal- auch Sachkosten an. Darunter fällt u.a. der Aufwand für Einladung, Reminder, Resultatmitteilung, Kommunikation, Qualitätsmanagement und der Jahresbeitrag an SCS (Registrierungssoftware, Information, Kommunikation, Monitoring). Des Weiteren fallen Kosten für Räumlichkeiten an sowie in der Aufbauphase Investitionskosten (siehe Tabelle 1).

Diese Programmkosten zu Lasten des Kantons sind unabhängig von der gewählten Programmodalität, sei dies das Angebot des FIT-Test mit anschliessender Darmspiegelung nur bei einem positiven Befund des FIT-Tests oder das Angebot der Wahl zwischen dem FIT-Test und der Darmspiegelung. Ebenfalls sind sie unabhängig von der Anzahl teilnehmender Personen, da die erbrachten Leistungen direkt zwischen den Krankenversicherer und Leistungserbringer (Ausnahme Apotheker und Apothekerinnen) abgegolten werden. Die zukünftige Programmleitung des Darmkrebs-Screening-Programms wird diesbezüglich keine abrechenbaren Dienstleistungen für die Leistungserbringer erbringen, die zu zusätzlichen Deckungsbeiträgen führen würden. Die Rahmenbedingungen unterscheiden sich somit zum laufenden Mammographie-Screening-Programm, bei dem die Programmleitung durch unterschiedliche Dienstleistungen die Leistungs-

⁵³ Die Vergütung der Apotheker und Apothekerinnen soll zukünftig im KVG geregelt sein. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zur Motion Ettlin angekündigt, dies zu prüfen. Der Ständerat sowie der Nationalrat haben die Motion angenommen. Siehe <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184079>; zuletzt am 17.02.2020 besucht.

erbringer direkt unterstützt und dadurch, in Abhängigkeit von der Anzahl am Screening teilnehmender Personen, Erträge erwirtschaften kann.

	Aufbau			Durchführung					
	2020 Q4	2021	2022 Q1-Q3	2022 ⁵⁴ Q4	2023	2024	2025	2026	2027 Q1-Q3
Programmkosten									
Personalkosten ⁵⁵	51 250	210 000	168 750	140 000	560 000	560 000	560 000	560 000	420 000
Allgemeine Kosten	180 000	240 000	40 000	122 500	190 000	190 000	190 000	190 000	67 500
<i>SCS Eintrittsgebühren (verteilt auf 2020/21)</i>	<i>20 000</i>	<i>20 000</i>							
<i>SCS Mitgliedschaft</i>	<i>100 000</i>	<i>100 000</i>		<i>100 000</i>	<i>100 000</i>	<i>100 000</i>	<i>100 000</i>	<i>100 000</i>	
<i>MC-SIS Software Installation</i>	<i>60 000</i>								
<i>MC-SIS Software Individuelle Anpassungen</i>		<i>60 000</i>							
<i>MC-SIS Software Support</i>				<i>5000</i>	<i>20 000</i>	<i>20 000</i>	<i>20 000</i>	<i>20 000</i>	<i>15 000</i>
<i>Informations-und Kommunika- tionsmassnahmen</i>		<i>60 000</i>	<i>40 000</i>	<i>17 500</i>	<i>70 000</i>	<i>70 000</i>	<i>70 000</i>	<i>70 000</i>	<i>52 500</i>
Betriebskosten ⁵⁶				45 000	180 000	180 000	180 000	180 000	135 000
Beratungsleistungen Apothe- ker/Apothekerinnen ⁵⁷				62 500	250 000	250 000	250 000	250 000	187 500
Räumlichkeiten ⁵⁸	12 500	50 000	37 500	12 500	50 000	50 000	50 000	50 000	37 500
Investitionen ⁵⁹	25 000	100 000	75 000						
Verwaltungskosten ⁶⁰	18 750	75 000	56 250	18 750	75 000	75 000	75 000	75000	56 250
Abschreibungen		20 000		20000	20 000	20 000	20 000	20 000	
Ungedeckte Kosten in CHF	287 500	695 000	377 500	421 250	1 325 000	1 325 000	1 325 000	1 325 000	903 750

Tabelle 1: Programmkostenaufstellung 2020 – 2027

⁵⁴ Das Jahr 2022 wird doppelt dargestellt, um die unterschiedlichen Kosten (einmalig und wiederkehrend) separat auszuweisen.

⁵⁵ inkl. Sozialversicherungskosten, Rekrutierungskosten, Spesen. Q4 2020 total 1.1 Vollzeitstellen; 2021 total 1.3 Vollzeitstellen; Q4 2022-Q3 2027 total jeweils 3.9 Vollzeitstellen.

⁵⁶ Postversand Einladungen / Erinnerungen / Resultate, Drucksachen, Qualitätsmanagement, Evaluation

⁵⁷ In der Annahme, dass 15% der anschreibbaren Zielbevölkerung (280 061) in den ersten 5 Durchführungsjahren teilnimmt (ca. 40 000). Davon entscheiden sich 75% für eine Beratung in der Apotheke und einen erstmaligen FIT-Test. Hinzu kommen jeweils die neu 50-jährigen Personen und die Personen, welche nach zwei Jahren erneut einen FIT-Test durchführen. Annahme Beratungspauschale inkl. FIT CHF 30.--

⁵⁸ Miete, Unterhalt, Elektrizität

⁵⁹ Büromobiliär, Kopierer / Druckmaschine, Monitore, Computer für fünf Personen

⁶⁰ EDV / Support und Unterhalt, Versicherungen

7.2.1 Personalkosten in der Aufbauphase

In der Aufbauphase werden die in Ziffer 4.4.2.1 erwähnten Konzept- und Vorbereitungsarbeiten durch die folgenden Stellen bei der Programmleitung bewältigt: 30 Prozent - Anstellung eines Mediziners oder einer Medizinerin für die Medizinische Leitung, 80 Prozent - Anstellung eines Programmkoordinators oder einer -koordinatorin für die administrative Leitung sowie eine 20 Prozent - Anstellung einer Direktionsassistentin (Sekretariat) im zweiten Aufbaujahr. Während der Aufbauphase fallen Investitionskosten in der Höhe von CHF 200 000 für Büromöbel sowie für Bürogeräte wie Drucker und Kopiermaschinen an. Es fallen keine zusätzlichen Personalkosten innerhalb der Kantonsverwaltung an.

7.2.2 Personalkosten in der Durchführungsphase

In der Durchführungsphase werden die in Ziffer 4.4.2.2 erwähnten operativen Arbeiten durch die folgenden Stellen bei der Programmleitung bewältigt: 40 Prozent - Anstellung eines Mediziners oder einer Medizinerin für die Medizinische Leitung, 100 Prozent - Anstellung eines Programmkoordinators oder einer -koordinatorin für die administrative Leitung, eine 100 Prozent - Anstellung einer Direktionsassistentin (Sekretariat), eine 100 Prozent - Anstellung einer Person für das Sekretariat, sowie eine 50 Prozent - Anstellung eines Data Managers. Es fallen keine zusätzlichen Personalkosten innerhalb der Kantonsverwaltung an.

7.2.3 Kostenvergleich mit anderen Programmen

Die oben dargestellten ungedeckten Kosten pro Zielperson (CHF 4.73 zu Lasten des Kantons Bern) befinden sich im Rahmen der Kosten pro Zielperson laufender oder geplanter Darmkrebs-Screening-Programme in anderen Kantonen (zwischen CHF 4.15 und 5.43). Dazu wurden vier Darmkrebs-Screening-Programmorganisationen nach den aktuellen bzw. geschätzten Programmkosten angefragt. Zu erwähnen ist, dass die Programme mit den tiefsten Kosten pro Zielperson die Beratungsleistungen der Apotheker und Apothekerinnen nicht in ihren Kosten miteingeschlossen haben im Gegensatz zur Schätzung für das Programm des Kantons Bern.

8 Weitere Auswirkungen

Es sind keine weiteren direkten Auswirkungen ersichtlich.

9 Fakultatives Referendum

Der Beschluss unterliegt der fakultativen Volksabstimmung (Art. 62 Abs. 1 Bst. c KV⁶¹) und ist im Amtsblatt des Kantons Bern zu veröffentlichen.

10 Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat, den Verpflichtungskredit für ein qualitätskontrolliertes Darmkrebs-Screening-Programm für den gesamten Kanton Bern für die Jahre 2020 - 2027 zu bewilligen.

Massgebende Kreditsumme/Kreditart/Rechnungsjahre:

Aufbaukosten (Verpflichtungskredit für neue einmalige Ausgabe): CHF 1 360 000

Voraussichtliche Ablösung durch folgende Zahlungsstranchen:

2020 (nur Q4): max. CHF 287 500

2021: max. CHF 695 000

2022 (Q1-Q3): max. CHF 377 500

⁶¹ Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV; BSG 101.1)

Durchführungskosten (Verpflichtungskredit für neue wiederkehrende Ausgabe): CHF 6 625 000

Voraussichtliche Ablösung durch folgende Zahlungsstranchen:

2022 (nur Q4): max. CHF 421 250

2023: max. CHF 1 325 000

2024: max. CHF 1 325 000

2025: max. CHF 1 325 000

2026: max. CHF 1 325 000

2027 (Q1-Q3): max. CHF 903 750

Die Betriebskosten (Folgekosten) müssten gemäss Artikel 145 Absatz 3 FLV separat bewilligt werden. Aus verwaltungs-ökonomischen Gründen werden diese mit vorliegendem Beschluss jedoch gemeinsam mit den Aufbaukosten bewilligt, da für beide Ausgaben der Grosse Rat zuständig ist.

Der Kredit ist im Voranschlag und im Aufgaben-/Finanzplan nicht enthalten. Der Regierungsrat wird im Rahmen des Planungsprozesses 2020 (VA 2021/AFP 2022 - 2024) über die Aufnahme des Betrages in die Planung entscheiden.

In welchem Zeitrahmen die Kosten effektiv anfallen werden, hängt von der Verfügbarkeit der Programmorganisation und der Aufnahme deren konzeptionellen und operativen Tätigkeit ab.

Konto/Produktgruppe

Kreis SPA/KAZA (Funktionsbereich KAZA); Konto 363500 (Beiträge an private Unternehmungen); Kostenkonto 913001 (Produktgruppe Gesundheitsschutz und Sanitätsdienst; Produkt Übertragbare Krankheiten und Präventivmedizin).

Beilage:
Entwurf RRB/GRB

11 Anhang

Die untenstehende Tabelle zeigt die Unterschiede eines qualitätskontrollierten Screening-Programms im Vergleich zum opportunistischen Screening in Arztpraxen oder Apotheken auf.

Staatliches Screening Programm nach den Vorgaben von Swiss Cancer Screening	Opportunistisches Screening in Arztpraxen oder Apotheken
Gesamte Zielbevölkerung systematisch eingeladen, dank den Daten der Einwohnermeldeämter (Chancengleichheit).	Nur für Personen, welche zum Arzt oder in die Apotheke gehen, erhalten Zugang zum Screening. Personen ohne Hausarzt / Hausärztin sind benachteiligt.
Adressatengerechte, schriftliche und ausgewogene Information über die Vor- und Nachteile des Screenings.	Mündliche Information durch den Arzt / Ärztin oder in der Apotheke.
Franchisebefreit Teilnehmende bezahlen nur 10% Selbstbehalt (Chancengleichheit).	Nicht von der Franchise befreit.
Tiefere Leistungstarife können mit den Leistungserbringern vereinbart werden (verhandelter Preis, nationale Tarife).	Leistungen werden gemäss den normalen Tarifen abgerechnet (Preis nicht verhandelbar).
Verfolgbarkeit der teilnehmenden Personen sowie deren Untersuchungsergebnisse.	Keine Verfolgbarkeit / Monitorisierung, da die Daten nicht systematisch und zentralisiert erhoben werden. Es ist somit unklar, ob eine Person nach einem positiven Untersuchungsergebnis die empfohlenen weiteren Schritte unternimmt.
Erneute, persönliche Einladung für eine Untersuchung nach zwei Jahren für den FIT-Test oder nach zehn Jahren für die Darmspiegelung	Erinnerung an die nächste Untersuchung nach zwei oder zehn Jahren ist nicht garantiert.
Systematische Datenerhebung ➔ Regelmässiges Monitoring und Evaluation bzgl. Effizienz und Wirksamkeit des Programms.	Keine Datenerhebung ➔ Keine Aussage über Effizienz und Wirksamkeit ist möglich.
Qualitätskontrolliert (standardisierte Qualität)	Keine Qualitätskontrolle (Qualität abhängig vom Dienstleister)
Kontrollierte Infrastruktur (Z. B. Endoskop)	Wenig kontrollierte Infrastruktur
Freie Arztwahl bei Darmspiegelungen gemäss Liste der teilnehmenden Gastroenterologen und Gastroenterologinnen	Freie Arztwahl bei Darmspiegelungen
Kosten für den Kanton	Keine Kosten für den Kanton