



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Hochspezialisierte Medizin

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern

+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch

www.gdk-cds.ch

Evaluation

Komplexe gynäkologische Tumoren

Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin

SCHLUSSBERICHT

Bern, 20. Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung.....	3
2.	Auftrag.....	5
3.	Vorgehen.....	5
4.	Beschreibung des HSM-Bereichs	6
4.1	Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome	6
4.2	Karzinome von Vulva und Vagina und Zervixkarzinome	8
4.3	Trophoblasttumoren (GTD).....	9
5.	Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin	9
5.1	IVHSM-Kriterien in Bezug auf den Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren.....	10
6.	Resultate der Vernehmlassung.....	16
6.1	Stellungnahmen und Beurteilung des HSM-Fachorgans	16
6.2	Fazit aus der Vernehmlassung	19
7.	Ausblick.....	20
	Anhang	21
A1	Abbildung des HSM-Bereichs «komplexe gynäkologische Tumoren» gemäss der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP Version 2021 und der International Classification of Diseases ICD-10 GM 2021.....	21
	Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom	21
	Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome.....	24
	Trophoblasttumoren (GTD).....	28
A2	Literaturverzeichnis.....	29
A3	Abkürzungen	31

1. Zusammenfassung

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Im Rahmen der Umsetzung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) soll der Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren erstmals verbindlich geregelt werden.

Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spitalliste) unterscheidet. Gegenstand des Zuordnungsverfahrens ist die Prüfung, ob der Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren die Einschlusskriterien zur HSM gemäss IVHSM erfüllt (Art. 1 und Art. 4. Abs. 4). Zu diesem Zweck erarbeiteten die IVHSM-Organen eine umfassende Definition des HSM-Bereichs der komplexen gynäkologischen Tumoren, die im vorliegenden Schlussbericht dargelegt wird. Der Schlussbericht dient als Entscheidungsgrundlage für den ersten Verfahrensschritt, die Zuordnung der komplexen gynäkologischen Tumoren zur HSM.

Der Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren umfasst Eingriffe in den folgenden drei Teilbereichen:

1. Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome
2. Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome
3. Trophoblasttumoren (GTD)

Die genannten gynäkologischen Tumoren sind alle sehr selten. Zervixkarzinome werden in der Schweiz ca. 250 Mal pro Jahr diagnostiziert, Vulva- und Vaginalkarzinome nur gerade 130 resp. 30 Mal. Auch die Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome (kurz Ovarialkarzinome genannt) zählen mit ca. 600 Diagnosen pro Jahr zu den seltenen Tumorerkrankungen bei Frauen. Bei den Trophoblasttumoren liegt die Inzidenz je nach Art des Tumors zwischen 0.05 und 1.5 pro 1000 Lebendgeburten.

Bei Ovarialkarzinomen und bei Karzinomen der Vulva, der Vagina oder der Zervix werden grosse chirurgische Eingriffe vorgenommen, bei welchen Teile der weiblichen Geschlechtsorgane entfernt werden, oft verbunden mit ausgedehnten Lymphadenektomien. Die Eingriffe sind komplex, bedingen eine Betreuung durch interdisziplinäre Teams und eine exzellente Nachsorge. Da viele Patientinnen multimorbid und im fortgeschrittenen Alter sind, sind auch dies Faktoren, die die Behandlung zusätzlich komplex machen. Diejenigen Eingriffe, welche der HSM zugeordnet werden, umfassen nur gerade ca. 2 % aller gynäkologischen Eingriffe, (Geburtshilfe ausgeschlossen). Aus den vorgenannten Gründen sind die Anforderungen gemäss Artikel 1 und Artikel 4 der IVHSM für einen Einschluss der komplexen gynäkologischen Tumoren in die HSM nach Ansicht des HSM-Beschlussorgans erfüllt.

Die erarbeitete Definition des HSM-Bereichs wurde im Juni 2020 zur Vernehmlassung unterbreitet. Von der überwiegenden Mehrheit der Kantone wird die Zuordnung der komplexen gynäkologischen Tumoren zur HSM vollumfänglich oder zumindest im Grundsatz begrüsst, wobei seitens der Befürworter auch gewisse Vorbehalte angebracht werden. Bei den Spitälern zeigt sich ein zweigeteiltes Bild: die eine Hälfte begrüsst die Zuordnung, die andere Hälfte lehnt sie ab. Im Grundsatz wird nicht die eigentliche Zuordnung der gynäkologischen Tumoren zur HSM in Frage gestellt, sondern die Aufteilung in drei Teilbereiche, wobei vor allem die Abspaltung der Ovarialkarzinome in einem eigenen Teilbereich kritisiert wird.

Das HSM-Fachorgan kommt zur Einschätzung, dass aus medizinischer Sicht eine Aufteilung in drei Teilbereiche sinnvoll ist. Die Tumorentitäten unterscheiden sich in der Behandlungsstrategie und erfordern unterschiedliche Expertise. Das HSM-Fachorgan erachtet es zudem als zwingend, dass möglichst differenzierte Anforderungen je nach Tumorentität gestellt werden können.

Mehrere Vernehmlassungsteilnehmende haben auch vorgebracht, dass Eingriffe beim Endometriumkarzinom ebenfalls komplex sein können und allenfalls der HSM zugeordnet werden sollen. Das HSM-Fachorgan spricht sich jedoch gegen eine entsprechende Ausweitung des HSM-Bereichs aus. Beim Endometriumkarzinom ist es schwierig, die komplexen Fälle von den weniger komplexen Fällen zu trennen. Zudem wird der Nutzen einer Konzentration auf wenige Spitäler als gering angesehen.

Die grundsätzliche Definition der drei Teilbereiche wurde beibehalten. Die Code-Liste wurde nur minimal angepasst, so dass sie die Teilbereiche korrekt abbildet.

Zuordnungsbeschluss

Das HSM-Beschlussorgan beschliesst die Zuordnung der komplexen gynäkologischen Tumoren zur HSM unter der Berücksichtigung der Empfehlung des HSM-Fachorgans.

2. Auftrag

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG¹). Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)² unterzeichnet und sich damit im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse fest und definiert die Kriterien, welche eine Leistung erfüllen muss, um als hochspezialisiert zu gelten (siehe dazu Kapitel «Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin»). Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Artikel 9 Absatz 2 der IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor. Mit der Vereinbarung haben die Kantone die Kompetenz, den Bereich der HSM zu definieren und zu planen, an das HSM-Beschlussorgan delegiert. Die IVHSM legt zudem verschiedene Grundsätze fest, welche bei der gesamtschweizerischen Planung zu beachten sind. Betroffen sind nur jene Leistungen, welche durch schweizerische Sozialversicherungen, insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4 IVHSM). Zur Erzielung von Synergien sind die zu konzentrierenden medizinischen Leistungen einigen wenigen multidisziplinären Zentren zuzuteilen (Art. 7 Abs. 1 IVHSM). Für die Planung soll die Lehre und Forschung miteinbezogen und die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen berücksichtigt werden (Art. 7 Abs. 2 und 3 IVHSM).

Die bedarfsgerechte Planung der HSM ist ein dynamischer Prozess, welcher sich nach den erforderlichen klinischen Kapazitäten richtet und stufenweise erfolgen kann. Änderungen der Versorgungslage sind bei der Erstellung der HSM-Spittalliste zu berücksichtigen, ebenso wichtige strukturelle und personelle Veränderungen. Die Leistungszuteilungen sind dementsprechend zeitlich befristet (Art. 3 Abs. 4 IVHSM) und werden im Rahmen einer Neubeurteilung (Reevaluation) periodisch überprüft.

3. Vorgehen

Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM soll der Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren erstmals verbindlich geregelt werden. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spittalliste) unterscheidet. Gegenstand des Zuordnungsverfahrens ist die Prüfung, ob die komplexen gynäkologischen Tumoren die Einschlusskriterien zur HSM gemäss IVHSM erfüllen (Art. 1 und Art. 4 Abs. 4). Zu diesem Zweck erarbeitete das HSM-Fachorgan eine umfassende Definition des HSM-Bereichs der komplexen gynäkologischen Tumoren. Die Definition des HSM-Bereichs erfolgt im vorliegenden Bericht sowohl in Worten als auch mittels der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP und der International Classification of Diseases ICD (vgl. Anhang 1).

Die Beurteilung, ob der Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren der HSM zuzuordnen ist, basiert auf der Betrachtung der folgenden Kernelemente:

- kritische Überprüfung der Definition der hochspezialisierten Eingriffe, d.h. welche Operationen/Eingriffe als hochspezialisiert einzustufen sind;
- Untersuchung des Erfüllungsgrades der IVHSM-Kriterien gemäss Artikel 1 der IVHSM;
- ergänzende Berücksichtigung des Erfüllungsgrads der IVHSM-Kriterien gemäss Artikel 4 Absatz 4.

Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens wurde einem breiten Adressatenkreis die Möglichkeit gegeben, zur Auswahl und Definition des HSM-Bereichs Stellung zu nehmen. Die vorgebrachten Stellungnahmen wurden in einem **Ergebnisbericht**³ systematisch zusammengestellt und sind auf der Webseite der GDK öffentlich zugänglich (www.gdk-cds.ch). Der Zuordnungsbeschluss des HSM-Beschlussorgans wird

¹ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10.

² Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008.

³ Vernehmlassung zur Zuordnung des HSM-Bereichs «komplexe gynäkologische Tumoren» vom 16. Juni 2020, Ergebnisbericht vom 20. Mai 2021.

im Bundesblatt publiziert. Nach erfolgter Leistungszuordnung wird die zweite Phase der Planung, die Leistungszuteilung, eingeleitet. Vor der Erteilung der Leistungsaufträge wird ein Bewerbungsverfahren durchgeführt, welches den interessierten Leistungserbringern die Gelegenheit bietet, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben.

4. Beschreibung des HSM-Bereichs

Bei bestimmten seltenen und komplexen Eingriffen im Bereich der gynäkologischen Tumoren ist es angemessen, im Sinne der IVHSM die Fallzahlen und die Behandlungskompetenz zu bündeln, um so für die Patientinnen die bestmögliche Behandlungsqualität zu erreichen und Komplikationen und Folgekosten möglichst zu vermeiden. Gesamtschweizerisch gültige Richtlinien und Qualitätsvorgaben sowie die Konzentration der Eingriffe auf eine angemessene Anzahl von Zentren unterstützen dies, und tragen zusätzlich zur Sicherstellung der Weiter- und Fortbildung von Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten sowie zur Stärkung der Forschung und zur Förderung der Innovation bei.

In der Gynäkologie sind bestimmte Behandlungen von bösartigen Tumorerkrankungen der Ovarien-/Tuben-/Peritoneum, der Vulva, der Vagina und der Zervix sowie Trophoblasttumoren besonders kritisch und erfüllen gemäss dem HSM-Fachorgan die Kriterien der IVHSM. Das HSM-Fachorgan stützt sich bei seiner Einschätzung auf die Empfehlung der HSM-Begleitgruppe Gynäkologie. Die Behandlungen werden nicht nur aufgrund der Komplexität der HSM zugeordnet, sondern auch, weil gezeigt werden konnte, dass die Erfahrung der Chirurginnen und Chirurgen, des involvierten multidisziplinären Teams sowie die Fallzahlen direkt mit dem Gesamtüberleben, der Rezidivrate und dem Anteil an Komplikationen korrelieren. Der gesamte HSM-Bereich umfasst lediglich ca. 2 % aller gynäkologischen Eingriffe (ohne geburtshilfliche Eingriffe).

Im HSM-Bereich «komplexe gynäkologische Tumoren» werden nur Eingriffe bei Patientinnen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr reguliert.⁴ Es wird als besonders wichtig angesehen, dass auch Adolozente die Möglichkeit haben, sich für diese Eingriffe an einer Klinik behandeln zu lassen, die normalerweise erwachsene Frauen behandelt. Bei jungen Frauen steht neben der Behandlung des Tumors auch die Fertilitäts-erhaltung im Vordergrund. Das verlangt besondere Expertise, die nur an Kliniken, die erwachsene Frauen behandeln, vorhanden ist. Für eine detaillierte Auflistung der Eingriffe wird auf die Liste der entsprechenden CHOP- und ICD-Codes im Anhang A1 verwiesen.

Der HSM-Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren umfasst Eingriffe in den folgenden drei Teilbereichen:

1. Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome
2. Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome
3. Trophoblasttumoren (GTD)

4.1 Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome

Unter Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinomen (kurz Ovarialkarzinome genannt) werden bösartige Tumoren subsumiert, welche vom Eierstock, den Eileitern oder gar vom Bauchfell ausgehen. Dies wird auch in der internationalen Literatur oft so gehandhabt. Histologisch kann oft nicht mehr nachgewiesen werden, ob der Tumor vom Eierstock oder vom Eileiter ausging. Biologisch gesehen spielt dies auch keine Rolle, da z.B. seröse Karzinome des Eileiters oder des Bauchfells auf Stufe exprimierter Gene identisch sind und sich klinisch gleich verhalten. Gewisse Karzinome entstehen aber tatsächlich innerhalb der Eierstöcke wie z.B. muzinöse Ovarialkarzinome.

⁴ Die gynäkologischen Tumoren werden bei Kindern bis 18 Jahren voraussichtlich auch im HSM-Bereich «Pädiatrische Onkologie» der HSM zugeordnet.

In der Schweiz werden jährlich rund 600 Ovarialkarzinome diagnostiziert. Obwohl das Durchschnittsalter bei der Diagnose über 60 Jahren liegt, sind 20 % der betroffenen Frauen jünger als 50 Jahre alt. Bei 75 % der betroffenen Frauen wird das Ovarialkarzinom erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. [1]

Ovarialkarzinome haben unter den gynäkologischen Tumoren die höchste Mortalität, wobei diese von verschiedenen Parametern abhängt. Einerseits spielen die Charakteristika der Patientinnen und die Tumorbiologie eine Rolle, andererseits die Qualität der Behandlung. Der Therapieplanung und -durchführung kommt entsprechend eine grosse Bedeutung zu. Die Therapie umfasst die Entfernung möglichst aller sichtbaren Tumormanifestationen, gefolgt von einer Polychemotherapie und Erhaltungstherapie. Je nach Tumorausdehnung müssen neben der Entfernung des Tumors auch die gegenseitigen Eierstöcke und Eileiter, die Gebärmutter, befallenes Bauchfell und befallene Lymphknoten entfernt werden. Laut einer neuen Studie aus dem Jahr 2019 sollen Lymphknoten, die nicht auf Tumorbefall verdächtig sind, nur noch bei Ovarialkarzinomen in einem frühen Stadium entfernt werden [2]. Da die meisten Ovarialkarzinome jedoch erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert werden, kann davon ausgegangen werden, dass die Fälle mit indizierter systematischer Lymphadenektomie in Zukunft noch seltener werden. Für die Prognose des weiteren Krankheitsverlaufs ist das Gelingen des anspruchsvollen chirurgischen Eingriffs entscheidend. Bei der Zuordnung zur HSM wird nicht nach FIGO-Stadien unterschieden. Dies ist anhand der ICD-Codierung nicht möglich.

Zusammenfassung der Eingriffe, die dem vorliegenden HSM-Teilbereich zugeordnet werden (für eine detaillierte Auflistung der Eingriffe wird auf die Liste der entsprechenden CHOP- und ICD-Codes im Anhang A1 verwiesen):

- Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke, eventuell mit dem umliegenden Gewebe (z.B. Peritoneum, Parametrien), sowie des Omentums;
- Entfernung aller sichtbaren Tumormassen im kleinen Becken und Abdomen;
- Entfernung der auf Tumorbefall verdächtigen Lymphknoten, welche im Abflussgebiet von gynäkologischen Tumoren liegen;
- Vollständige Entfernung der pelvinen und paraortalen Lymphknoten bei frühen Tumorstadien (FIGO I);
- Rezidivoperationen, sofern sie gemäss der Code-Liste im Anhang A1 codiert werden.

Nicht der HSM zugeordnet werden diagnostische Massnahmen (z.B. laparoskopische Gewebeentnahme) zur Diagnosesicherung und Eingriffe zum Staging. Ebenfalls nicht zur HSM gehören Eingriffe an benignen, entzündlichen und suspekten Adnexbefunden, sowie, stationäre Polychemotherapien und medikamentöse Therapien. Ebenfalls nicht zugeordnet sind notfallmässig angelegte Stomata bei Ileus.

Verschiedene Studien [3-6] weisen darauf hin, dass die Fallzahlen pro Zentrum direkt mit dem Gesamtüberleben und der Rate von Rezidiv-Tumoren korrelieren. In einer österreichischen Studie [7] zeigte sich, dass das Ziel der vollständigen Entfernung aller sichtbaren Tumormanifestationen signifikant häufiger in Kliniken mit grossem Operationsvolumen erreicht wurde. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Studien aus Deutschland [8], wo gezeigt wurde, dass Kliniken mit grossem Volumen und mit Teilnahme an klinischen Studien leitliniengerechter therapieren. Ähnliches ist aus einer finnischen Studie bekannt [9]. Auch hier konnte gezeigt werden, dass ein höheres Operationsvolumen pro Spital mit einer höheren R0-Resektionsrate (vollständigen Entfernung aller sichtbaren Tumorknoten) assoziiert ist, was einen unabhängigen prognostischen Faktor darstellt.

Auch in der Schweiz weisen Studien darauf hin, dass eine Konzentration seltener und komplexer Fälle auf spezialisierte Kliniken wünschenswert ist. Eine Studie von 2018 zeigte, dass in der Schweiz die Fallzahlen pro Spital tief sind und dass 40 % aller Fälle an einem Spital mit weniger als 20 Fällen pro Jahr behandelt werden [10]. Diese tiefen Fallzahlen pro Spital entsprechen nicht der Empfehlung der European Society of Gynaecological Oncology (ESGO).[11] Im Jahr 2000 wurde eine Schweizer Studie veröffentlicht, die zeigte, dass in nicht-spezialisierten Spitälern der Ausbreitungsgrad der Tumoren (Staging) bei frühen Stadien oft nicht abschliessend bestimmt wurde und dass fortgeschrittene Tumorstadien nicht ausreichend operiert wurden.[12] Eine neue Untersuchung zur Qualität der Versorgung von Ovarialkarzinompatientinnen zeigte, dass eine möglichst leitliniengerechte Versorgung mit der Studientätigkeit des Spitals korreliert, hingegen kein Unterschied bestand zwischen Spitälern mit hohen und mittleren Fallzahlen [unveröffentlicht, [13]]

4.2 Karzinome von Vulva und Vagina und Zervixkarzinome

Karzinome von Vulva und Vagina

Der Begriff Vulvakarzinom bezeichnet bösartige Tumoren der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane, die sich meist aus der obersten Schleimhautschicht entwickeln. Vulvakarzinome machen ca. 5 % der Genitalkarzinome bei Frauen aus. In der Schweiz erkranken pro Jahr ca. 130 Frauen an einem Vulvakarzinom [14], oft sind die betroffenen Patientinnen über 60 Jahre alt.

Als Vaginalkarzinom wird ein bösartiger Tumor der Scheide bezeichnet, der sich in den meisten Fällen aus der obersten Zellschicht der Scheidenschleimhaut entwickelt. Am häufigsten sind Frauen zwischen 60 und 70 Jahren von einem Vaginalkarzinom betroffen und die Krankheit steht fast immer in Zusammenhang mit einer Ansteckung mit dem humanen Papillomavirus (HPV). Das Vaginalkarzinom ist noch seltener als das Vulvakarzinom, pro Jahr erkranken in der Schweiz ca. 30 Frauen daran [14].

Die Behandlung von Vulva- und Vaginalkarzinomen umfasst die Resektion des Tumors zusammen mit dem umliegenden Gewebe. Je nach Gegebenheit müssen auch regionale Lymphknoten entfernt werden. Die Entfernung der Schamlippen und der Vagina mit regionaler Lymphadenektomie hat eine hohe Komplikationsrate (bis 40 %) und die Erfahrung der Pflege spielt postoperativ eine wichtige Rolle, um Wundheilungsstörungen zu verhindern. Die inguinale Lymphadenektomie führt postoperativ häufig zu Lymphödemen der unteren Extremitäten. In den letzten Jahren hat sich das Verfahren der selektiven Sentinel-Lymphknotenbiopsie (Wächterlymphknoten-Entfernung) durchgesetzt. Wird eine Lymphknotenmetastase übersehen, hat dies einen direkten, negativen Einfluss auf das Überleben der Patientinnen.

Zusammenfassung der Eingriffe, die dem vorliegenden HSM-Teilbereich zugeordnet werden (für eine detaillierte Auflistung der Eingriffe wird auf die Liste der entsprechenden CHOP- und ICD-Codes im Anhang A1 verwiesen):

- Entfernung der Schamlippen mit dem umliegenden Gewebe;
- Entfernung der Vagina und Versorgung der entstehenden Höhle;
- (Teil-)Entfernung der Scheidenwand;
- Entfernen der Sentinel-Lymphknoten inguino-femorale;
- Operative Entfernung von Lymphknoten;
- Vollständige Entfernung von Lymphknoten, welche im Abflussgebiet von gynäkologischen Tumoren liegen;
- Rezidivoperationen, sofern sie gemäss der Code-Liste im Anhang A1 codiert werden.

Nicht der HSM zugeordnet werden Biopsien und primäre diagnostische Massnahmen sowie Chemo- und Strahlentherapien.

Zervixkarzinome

Das Zervixkarzinom entwickelt sich aus der Haut oder Schleimhaut des Gebärmutterhalses. Jährlich erkranken in der Schweiz etwa 250 Frauen neu an einem Zervixkarzinom, rund 80 Frauen sterben jedes Jahr an der Krankheit [14]. Etwa die Hälfte der betroffenen Frauen ist bei der Diagnose unter 50 Jahre alt. Gebärmutterhalskrebs entsteht fast immer wegen einer chronischen Infektion mit HPV [15, 16].

Die wichtigste Therapiemöglichkeit bei Gebärmutterhalskrebs in den frühen Stadien ist die operative Entfernung des Tumors mit dem umliegenden Gewebe der Gebärmutter. Begleitet wird die Behandlung von der Entfernung lokaler Lymphknoten. Ein Teil der Frauen mit einem Zervixkarzinom sind im gebärfähigen Alter mit bestehendem Kinderwunsch. Wenn die Tumoren gewisse Kriterien erfüllen (Grösse, Tumortyp, usw.) kann diesen Patientinnen bei entsprechender Erfahrung der Operateurinnen und Operateure eine Fertilitätserhaltung angeboten werden.

Zusammenfassung der Eingriffe, die dem vorliegenden HSM-Teilbereich zugeordnet werden sollen (für eine detaillierte Auflistung der Eingriffe wird auf die Liste der entsprechenden CHOP- und ICD-Codes im Anhang A1 verwiesen):

- Entfernung des Gebärmutterhalses mit dem umliegenden Gewebe;
- Entfernung der Gebärmutter mit dem umliegenden Gewebe unter Schonung der Begleitnerven;
- Entfernung der Organe des kleinen Beckens unter Schonung der Nerven- und Gefässe;
- Entfernen der Sentinel-Lymphknoten;
- Operative Entfernung der Lymphknoten;
- Rezidivoperationen, sofern sie gemäss der Code-Liste im Anhang A1 codiert werden.

Nicht der HSM zugeordnet, werden die diagnostische Konisation und die stationäre Chemotherapie und Antikörpertherapie, ferner Radiotherapie, Brachytherapie oder Radio-Chemotherapien, sowie alle ambulanten Behandlungen.

4.3 Trophoblasttumoren (GTD)

Maligne Trophoblastzelltumoren gehören zur Gruppe der gestationsbedingten Trophoblastzellerkrankungen, auch als „Gestational Trophoblastic Diseases“ (GTD) bezeichnet. Eine maligne Trophoblasterkrankung kann nach einer Molenschwangerschaft (= unkontrollierte gutartige Vermehrung von Plazentagewebe, sogenannte Blasenmole), einer normalen Schwangerschaft oder einem Abort, einer Schwangerschaftsunterbrechung oder einer ektopen Schwangerschaft entstehen. Zu den malignen Trophoblasterkrankungen (GTN = Gestational Trophoblastic Neoplasia) gehören postmolare GTN, invasive Mole, Chorionkarzinom, Plazentabettumor, Epitheloider Trophoblasttumor und atypischer Plazentabettknoten.

Eine aktuelle Studie aus der Schweiz zeigt auf, dass GTDs in der Schweiz ca. 150 mal pro Jahr diagnostiziert werden. Die Autorinnen und Autoren berechnen, dass eine Pathologin oder ein Pathologe im Schnitt ein Fall pro Jahr sieht, eine Gynäkologin/ein Gynäkologe einen Fall alle fünf Jahre und eine gynäkologische Onkologin / ein gynäkologischer Onkologe nur gerade ein Fall alle 16 Jahre. [17]

Die morphologische Einteilung erfolgt nach der World Health Organization (WHO)-Klassifikation [18, 19]. Die Besonderheiten der GTD ergeben sich aus ihren variablen klinischen Erscheinungsbildern und Verlaufsformen. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung herrscht in der Behandlung von Patientinnen mit GTD oftmals diagnostische und therapeutische Unsicherheit [20-22].

Nach einer Molenschwangerschaft zeigt sich bei Persistenz in 70–90 % der Fälle das Bild der invasiven destruierenden hydatiformen Mole, bei der eine Invasion der Gebärmutter und in manchen Fällen bereits eine Metastasierung besteht. In den übrigen 10–30 % der Fälle findet sich ein Chorionkarzinom. Geht der malignen Trophoblasterkrankung keine Molenschwangerschaft, sondern eine Termingeburt, eine Eileiterschwangerschaft oder eine Fehlgeburt voraus, so handelt es sich immer um ein Chorionkarzinom.

Die Diagnose eines high-risk oder low-risk Trophoblasttumors stellt sich laborchemisch und mittels Bildgebung. Selten ist eine Kürettage zur Diagnosesicherung notwendig. Der Teilbereich wird ausschliesslich über Diagnose ICD-Codes abgebildet.

5. Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin

Die IVHSM legt die Kriterien fest, die ein medizinischer Leistungsbereich erfüllen muss, um unter den Geltungsbereich der IVHSM zu fallen. Gemäss Artikel 1 der IVHSM unterliegen diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen der interkantonalen Planung der HSM, die durch ihre Seltenheit, ihr markantes Innovationspotenzial, einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien – darunter zwingend das Kriterium der Seltenheit – erfüllt sein.

Für die Aufnahme auf die Liste der HSM-Bereiche sind weitere Kriterien gemäss Artikel 4 Absatz 4 der IVHSM zu berücksichtigen, darunter die Wirksamkeit und der Nutzen, die technologisch-ökonomische Lebensdauer und die Kosten der medizinischen Leistung. Ferner ist die Relevanz für die Forschung und Lehre sowie für die internationale Konkurrenzfähigkeit zu betrachten. Nachfolgend wird die Zuordnung der

drei Teilbereiche der komplexen gynäkologischen Tumoren anhand der vorgenannten IVHSM-Kriterien beurteilt.

5.1 IVHSM-Kriterien in Bezug auf den Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren

Seltenheit

Gemäss Artikel 1 der IVHSM hat ein medizinischer Leistungsbereich zwingend das Kriterium der Seltenheit zu erfüllen, um unter den Geltungsbereich der IVHSM zu fallen. Die Seltenheit soll stets unter Berücksichtigung der weiteren IVHSM-Kriterien gemäss Artikel 1 IVHSM «Innovationspotenzial», «hoher personeller oder technischer Aufwand» und «komplexe Behandlungsverfahren» beurteilt werden. Es wird somit darauf verzichtet, eine absolute Maximalzahl von Fällen für die Definition der Seltenheit festzulegen.

	Beurteilung: Seltenheit
Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome	Die Eingriffe, wie sie im Anhang A1 definiert sind, wurden 2019 in der Schweiz ca. 800 Mal durchgeführt. ⁵ Da die Diagnose bei drei von vier Frauen erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung gestellt wird, müssen multiple Organeingriffe vorgenommen werden.
Karzinome von Vulva und Vagina und Zervixkarzinome	Das Vulvakarzinom ist ein sehr seltener gynäkologischer Tumor. In der Schweiz erkranken ca. 130 Frauen pro Jahr [14] an einem solchen Karzinom. Das Vaginalkarzinom ist mit 30 Fällen pro Jahr noch seltener. Auch das Zervixkarzinom ist eine sehr seltene Erkrankung. Im weltweiten Vergleich ist die Inzidenz des Zervixkarzinoms mit rund 4.7 neuen Fällen pro 100'000 Frauen pro Jahr in der Schweiz sehr tief und entspricht ungefähr 1,4 % der Krebserkrankungen bei Frauen. Pro Jahr erkranken etwa 250 Frauen an einem Zervixkarzinom [14]. Nach dem Einführen der HPV-Impfung vor zehn Jahren ist zu erwarten, dass die Inzidenzen noch weiter abnehmen. Die Eingriffe, wie sie im Anhang A1 definiert sind (den ganzen Teilbereich 2 betreffend), wurden 2019 in der Schweiz ca. 280 Mal durchgeführt. ⁵
Trophoblasttumoren (GTD)	Die Inzidenz der GTD insgesamt liegt bei 0.2-1.5 pro 1'000 Lebendgeburten, die Angaben zur Inzidenz des Chorionkarzinoms reichen von 0,05–0,23 pro 1'000 Lebendgeburten. Eingriffe bei Frauen aufgrund einer Diagnose, wie sie im Anhang A1 für den Teilbereich drei definiert sind, werden in der Schweiz jährlich nur gerade ca. 13 mal durchgeführt. ⁵

Innovationspotenzial

Das Innovationspotenzial einer medizinischen Leistung kann sowohl die wissenschaftliche Innovation beinhalten, die in der Regel auf multidisziplinärer klinischer oder translationaler Forschung («bench to bedside») beruht, als auch die Innovation im operativ-technischen Bereich, z.B. die Entwicklung neuer Operations- oder Behandlungsverfahren.

	Beurteilung: Innovationspotenzial
Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome	Innovation bedeutet beim Ovarialkarzinom derzeit vor allem die Entwicklung neuer Operationsmethoden oder Operationsindikationen, z.B. Operationen im Rezidivfall und Radikalität der Operation. Auch neue medikamentöse Therapiekonzepte und Therapieformen wie HIPEC (hypertherme intraperitoneale Chemotherapie) und PIPAC (pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy) lassen sich nur in grossen Kollektiven untersuchen und dann auch sicher und standardisiert anwenden.

⁵ Die Fallzahlen wurden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) ermittelt.

	Beurteilung: Innovationspotenzial
<p>Karzinome von Vulva und Vagina und Zervixkarzinome</p>	<p>Die Behandlung von Karzinomen von Vulva und Vagina hat sich von extrem radikalen, mutilierenden zu minimal-invasiven Methoden verändert. Um diese neuen für Patientinnen deutlich verbesserten Behandlungen korrekt zu evaluieren und anzubieten, ergibt eine Konzentration der Eingriffe auf wenige Zentren Sinn. Sie ist die einzige erfolversprechende Möglichkeit, die aktuell immer noch unbefriedigende Situation für die betroffenen Frauen zu verbessern.</p> <p>Bei den Zervixkarzinomen wurden in den letzten Jahren die minimal-invasiven Verfahren zunehmend angewendet, um eine Fertilitätserhaltung zu ermöglichen.</p> <p>Bei allen Tumoren in diesem Teilbereich wird dem Konzept der Sentinel-Lymphknoten (Wächterlymphknoten) seit einigen Jahren ein grosser Stellenwert eingeräumt. Die Möglichkeit, eine adäquate Therapie einzuleiten, wird dadurch verbessert. Dank dem fluoreszierenden Farbstoff Indocyaningrün ist es einfach, diese Lymphknoten zu erkennen und eine Sentinel-Biopsie kann noch während der Operation histologisch untersucht werden. Bei einem Befall der Lymphknoten wird die Operation abgebrochen und danach eine Radiochemotherapie initiiert, ansonsten erfolgt eine radikale Hysterektomie. Die stationär durchgeführte Identifizierung von Wächterlymphknoten stellt einen grossen Innovationsaspekt bei der Behandlung dar.</p>
<p>Trophoblasttumoren (GTD)</p>	<p>Das führende Symptom der Persistenz sind irreguläre und abnorme vaginale Blutungen post partum, die auch noch bis zu >1 Jahr nach der Geburt auftreten und sehr stark sein können. Die Metastasierung, die in 4 % der persistierenden Fälle nach operativer Erstbehandlung der Mole auftritt, erfolgt zu 80 % in die Lunge. Dabei imponieren Thoraxschmerzen, Husten und Atemnot als klinische Symptome, die entweder akut einsetzen oder über längere Zeit bereits bestehen. Radiologisch finden sich in der Thoraxaufnahme mitunter asymptomatische Läsionen, ein 'Schneegeästör' ähnliches Muster, Pleuraergüsse oder Zeichen der Lungenembolie bzw. pulmonalen Hypertension. Mitunter stehen die pulmonalen Symptome derartig im Vordergrund, dass an eine gynäkologische Grunderkrankung nicht gedacht wird.</p> <p>In 30 % der metastasierten Fälle finden sich Absiedelungen in der Vagina oder suburethral, wobei auf die ausserordentlich starke Gefässversorgung hinzuweisen ist, die zu einer starken Blutung nach Biopsieentnahme führen kann. Vaginale Blutungen und purulenter Fluor stehen als Symptome im Vordergrund. Die Leber und das Hirn sind in 10 % der Fälle Sitz von Metastasen, die v. a. bei verspäteter Diagnose festgestellt werden. Die Lebermetastasen sind mitunter Ursache von intraperitonealen Blutungen; die Hirnmetastasen können in Abhängigkeit von der Lokalisation neurologische Symptome hervorrufen. Eine Sonderform der Trophoblastterkrankung ist der sehr seltene Plazentabetttumor («placental site trophoblastic tumor», PSTT).</p> <p>Wie dargelegt, ist die Diagnostik und die Chemotherapie komplex. In den letzten Jahren gab es im Bereich der Immuntherapien erste Fortschritte. In den nächsten Jahren wird sich das Gebiet stark weiterentwickeln, eine Konzentration der Fälle und somit auch der Expertise ist unabdingbar und wird sich positiv auswirken.</p>

Hoher personeller und/oder technischer Aufwand

Die Beurteilung des personellen Aufwands beinhaltet sowohl die zeitliche Verfügbarkeit des zur Behandlung erforderlichen ärztlichen und pflegerischen Fachpersonals als auch die Bandbreite der in die Behandlung involvierten Fachdisziplinen. Die Beurteilung des technischen Aufwandes beruht auf der für die Betreuung und Behandlung erforderlichen Infrastruktur und technischen Einrichtungen.

	Beurteilung: Hoher personeller und/oder technischer Aufwand
Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome	<p>Operationen von Ovarialkarzinomen sind sehr anspruchsvoll und erfordern eine langjährige operative Expertise. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist im Zusammenhang mit der Qualität von ganz zentraler Bedeutung. So ist die intraoperative Expertise der Operateurin oder des Operateurs zwar sehr wichtig und für das Ergebnis wesentlich, allerdings muss auch das gesamte perioperative Management für solche Operationen verfügbar sein. Das heisst, dass z.B. auch eine fachärztlich geführte Intensivstation mit entsprechend spezialisiertem Pflegepersonal vorhanden sein muss. Des Weiteren müssen auch Fachärztinnen und Fachärzte aus anderen Disziplinen jederzeit verfügbar sein.</p>
Karzinome von Vulva und Vagina und Zervixkarzinome	<p>Bei den Vulva- und Vaginalkarzinomen ist eine interdisziplinäre, enge Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie, Radioonkologie, Nuklearmedizin und allenfalls Onkologie unabdingbar. Der ärztliche und pflegerische Aufwand ist gross und verlangt eine besondere Expertise, die nur in grösseren Teams gewährleistet werden kann.</p> <p>Die neuen diagnostischen Methoden (z.B. PET-CT) und therapeutisch-diagnostischen Massnahmen (z.B. Sentinel-Lymphonodektomie) verlangen einen hohen apparativen Aufwand.</p> <p>Der erste Altersgipfel des Auftretens eines Zervixkarzinoms liegt bei 35-40 Jahren. Durch die gesellschaftlichen Entwicklungen ist das Thema Kinderwunsch bei Betroffenen immer häufiger ein wichtiger Aspekt. Durch die Anwendung endoskopischer Verfahren und der Technik des Sentinel-Lymphknotens kann unter bestimmten Bedingungen (Tumorgrosse, histologischer Typ des Tumors, usw.) die Fertilität der betroffenen Frauen erhalten werden. Das Fehlen von Lymphknotenmetastasen ist jedoch eine essentielle Voraussetzung für eine fertilitätserhaltende Operation. Fertilitätserhaltende Massnahmen sind nur möglich bei einer sehr guten Zusammenarbeit zwischen spezialisierten Ärztinnen und Ärzten der Pathologie, Radiologie, Nuklearmedizin und allenfalls Reproduktionsmedizin.</p> <p>Der zweite Altersgipfel des Auftretens eines Zervixkarzinoms liegt bei über 70-jährigen Frauen. In dieser Altersgruppe leiden die Patientinnen häufig an verschiedenen Komorbiditäten, welche eine perioperative interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar machen. Bei Rezidiv-Operationen ist die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten der Gynäko-Onkologie, Urologie und Viszeralchirurgie häufig notwendig.</p> <p>Ein Teil von Zervixkarzinom-Rezidiven profitiert von einer intraoperativen Radiotherapie. Zur Durchführung derselben sind spezielle Operationsräume notwendig.</p>
Trophoblasttumoren (GTD)	<p>Wie oben dargelegt, sind die Diagnostik und Behandlung von Trophoblasttumoren komplex. Die Symptome deuten nicht in jedem Fall auf eine gynäkologische Grunderkrankung hin, sondern zeigen sich auch mit Metastasen in der Lunge, in der Leber und im Gehirn. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist somit im Zusammenhang mit der Qualität von ganz zentraler Bedeutung. Für die Behandlung der Patientinnen braucht es Fachärztinnen und Fachärzte aus der Gynäkologie, Pathologie und Spezialistinnen und Spezialisten für bildgebende Verfahren.</p>

Komplexe Behandlungsverfahren

Die Beurteilung der Komplexität der Behandlungsverfahren beruht auf der Komplexität und Interdisziplinarität einer Behandlung.

	Beurteilung: Komplexe Behandlungsverfahren
Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom	<p>Die chirurgischen Eingriffe bei einem Ovarialkarzinom sind sehr komplex und erfordern ein hohes Mass an interdisziplinärer Zusammenarbeit. Aufgrund der häufig multiviszeralen Eingriffe ist auch das perioperative Management sehr herausfordernd, was auf normalen Bettenstationen häufig nicht gewährleistet werden kann.</p> <p>Oft handelt es sich um multimorbide Patientinnen, deren Behandlung zusätzlich komplex ist, sei es die Anästhesie oder auftretende Komplikationen aufgrund von Flüssigkeitsverlust während der Operation.</p> <p>Die Erfahrung der Operateurinnen und Operateure ist entscheidend für die Prognose des weiteren Verlaufs der Krankheit. Es konnte gezeigt werden, dass die höchste Behandlungsqualität sowohl beim frühen als auch beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom durch spezialisierte Gynäko-Onkologinnen und Gynäko-Onkologen erreicht wird [8].</p>
Karzinome von Vulva und Vagina und Zervixkarzinome	<p>Die Abklärungs- und Therapieschritte, aber auch die schwierige Nachbehandlung (komplexe Wundversorgung) und Betreuung der oft betagten Patientinnen ist in ihrer Gesamtheit komplex und sollte nur von spezialisierten, interdisziplinären Teams angeboten werden.</p> <p>Beim Zervixkarzinom wird die personalisierte Medizin zunehmend an Wichtigkeit gewinnen, so dass die prä- und postoperative Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen ebenfalls an Bedeutung gewinnen wird.</p> <p>Der Nutzen der entsprechenden hochspezialisierten Eingriffe bzw. Technologien ist für die Patientinnen gross. Die ursprünglich mit viel Leid, Schmerzen und einer deutlich verminderten Lebensqualität einhergehenden Therapien dieser oft im höheren Alter vorkommenden Erkrankungen sind Therapiemöglichkeiten gewichen, die deutlich überlegen sind. Studien beweisen, dass z.B. die Sentinel-Lymphonodektomie in frühen Stadien der radikalen Lymphonodektomie mindestens ebenbürtig ist [23, 24].</p> <p>Das Wichtigste beim Zervixkarzinom ist, dass eine stadiengerechte Therapie angeboten wird. Bei Frühstadien und bei jungen Frauen steht dabei die Fertilitätserhaltung im Vordergrund. Ein richtig behandeltes Zervixkarzinom im Frühstadium hat eine gute Prognose. In fortgeschrittenen Stadien ist die Diagnostik der Ausbreitung sehr wichtig, damit auch hier gezielt therapiert werden kann.</p>
Trophoblasttumoren (GTD)	<p>Selbst bei Vorliegen von Metastasen ist bei adäquater Therapie eine Heilung von Trophoblasttumoren möglich. Wenn Metastasen auftreten bzw. wenn bei bereits metastasierten Fällen neue hinzukommen, müssen jedoch Polychemotherapieschemata zur Anwendung kommen, welche eine grosse Erfahrung der Therapeutinnen und Therapeuten verlangen. Auch Immuntherapien (beispielsweise mit Pembrolizumab) werden in spezifischen Fällen diskutiert. Zusätzliche therapeutische Begleitmassnahmen umfassen die Bestrahlung von Lebermetastasen (in der Literatur kontrovers diskutiert), die sekundäre Hysterektomie, die zu einer Reduktion der Tumormasse beitragen kann (ihr Wert wird bei disseminierten Erkrankungen jedoch bezweifelt), die Thorakotomie und Resektion von Lungenmetastasen, Massnahmen bei lokalen Blutungen (z. B. Exzision von Metastasen der Vagina oder des Gastrointestinaltrakts und selektive Arterienembolisationen).</p> <p>Nach Abschluss der Chemotherapie werden die bis zu diesem Zeitpunkt wöchentlichen HCG-Kontrollen konsequent monatlich über 2 Jahre fortgesetzt, um ein Rezidiv frühzeitig zu erkennen.</p>

Wirksamkeit und Nutzen

Das KVG nennt in Artikel 32 die Begriffe der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) als Voraussetzung für die Kostenübernahme der Leistungen durch die OKP. Diese sogenannten WZW-Kriterien sind für die Bestimmung und Überprüfung von Leistungen der Krankenversicherung (Art. 32 und 33 KVG) massgebend. Die Prüfung der WZW-Kriterien erfolgt durch die zuständige Bundesstelle (KLV). Im Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren handelt es sich um Leistungen, welche von der OKP übernommen werden. Infolgedessen kann davon ausgegangen werden, dass diese als wirksam und zweckmässig gelten.

Technisch-ökonomische Lebensdauer

Die rasche Weiterentwicklung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, basierend auf erweiterten und verbesserten Erfahrungen sowie neuartigen Medizintechnologien, führen zu signifikanten Fortschritten in den Behandlungsergebnissen. Immer schneller gelangen Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in klinische Erprobung und schliesslich in den stationären und ambulanten Alltag. Dies ist insbesondere an hochspezialisierten Kompetenzzentren möglich, wo die dafür erforderlichen personellen und strukturellen Voraussetzungen vorhanden sind.

	Beurteilung: Technologisch-ökonomische Lebensdauer
Alle Teilbereiche betreffend	<p>Obwohl die Grundzüge der Therapie des Ovarialkarzinoms in den letzten 25 Jahren mehr oder weniger unverändert blieben (zytoreduktive Chirurgie und platinhaltige Chemotherapie), sind doch insbesondere in den letzten Jahren viele neue Erkenntnisse hinzugekommen. Die rasche Implementierung neuer Therapieansätze, seien dies operative oder medikamentöse Optionen, erfordert eine Konzentration der Fälle auf wenige Leistungserbringer.</p> <p>Wegen der Seltenheit ist die Forschung schwierig und keineswegs abgeschlossen. Die Überprüfung und Weiterentwicklung der Methoden sind gerade bei diesen Tumoren, wie sie in diesem HSM-Bereich definiert sind sehr wichtig. Die Tumoren sind mit sehr viel Leid für die betroffenen Patientinnen verbunden. Die Behandlungen bedeuten eine extreme Belastung für die Patientinnen und möglichst schonende Eingriffe sind angezeigt.</p>

Kosten der Leistung

Die Kosten einer Leistung können anhand der absolut verursachten durchschnittlichen Behandlungskosten beurteilt werden oder anhand der Kostengewichte, d.h. wieviel höher der Behandlungsaufwand im Vergleich zu einem einen durchschnittlichen, im Spital behandelten Patientinnen und Patienten (mit einem relativen Normkostengewicht von 1,0) ausfällt.

	Beurteilung: Kosten der Leistung
Alle Teilbereiche betreffend	<p>Für alle Arten dieser komplexen gynäkologischen Tumoren ist zu erwarten, dass sich durch eine Konzentration der Fälle auf wenige Leistungserbringer die operative Expertise der gynäkologischen Onkologinnen und Onkologen und jene der anderen involvierten Fachbereiche weiter verbessern wird, was sich in einer Reduktion von intra- und postoperativen Komplikationen, in einem verlängerten Gesamtüberleben und in einer Abnahme der Rezidivhäufigkeit äussern wird [8, 25, 26]. Es gibt also grosses Potential zur Reduktion der Folgekosten.</p> <p>Sowohl für die Behandlungen der Karzinome von Vulva und Vagina, der Zervixkarzinome, als auch der Ovarialkarzinome gilt, dass die dafür nötige technische Infrastruktur teuer ist und dementsprechend zentralisiert werden sollte.</p>

	Beurteilung: Kosten der Leistung
	Aufgrund ihrer Seltenheit und ihres extrem variablen klinischen Verlaufs ist die zentralisierte Versorgung von Frauen mit GTD nachgewiesenermassen nicht nur mit einem besseren Outcome verbunden, sondern auch kosteneffektiv [21, 22].

Relevanz für Forschung, Lehre und internationale Konkurrenzfähigkeit

Die Beurteilung der Relevanz für Lehre und Weiterbildung erfolgt in Hinblick auf die Aktivitäten in Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft und insbesondere die Nachwuchsförderung. Die Berücksichtigung der internationalen Konkurrenzfähigkeit ist im Hinblick auf die Attraktivität des Forschungsplatzes und die wirtschaftliche Entwicklung des Standorts Schweiz hoch relevant. Die Beurteilung der Forschung erfolgt in Hinblick auf die Forschungsschwerpunkte und Fördermassnahmen sowie die Relevanz des HSM-Bereichs für die Weiterentwicklung des Fachbereichs.

Die Kenntnisse und Fertigkeiten von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden müssen zudem der Entwicklung und den Anforderungen der Gesellschaft an eine moderne Versorgung laufend angepasst werden. Daher ist auch die Ausbildung des wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchses eine wesentliche Aufgabe der Forschung und Lehre, damit die nachhaltige Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals in der Schweiz sichergestellt werden kann. Eine qualitativ hochstehende ärztliche und pflegerische Weiterbildung in den notwendigen Techniken kann am besten in genügend grossen Teams mit höheren Fallzahlen angeboten werden. Eine verstärkte Konzentration in diesem Bereich wird eine gute Weiterbildung sowie eine hochstehende Qualität der Versorgung unterstützen.

	Beurteilung: Relevanz für Forschung, Lehre und internationale Konkurrenzfähigkeit
Alle Teilbereiche betreffend	<p>Nur eine Konzentration der Fälle erlaubt auch eine international wettbewerbsfähige Forschungstätigkeit. Ohne Zentralisierung ist eine kompetitive Forschung aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich. Dies wird sich auf den Forschungsplatz Schweiz negativ auswirken, was sich sekundär auch in weniger ausgeschütteten Geldmitteln/Drittmitteln bemerkbar machen wird und den Forschungsplatz schwächt.</p> <p>Auch die Ausbildung junger Gynäko-Onkologinnen und -Onkologen wird ohne Zentralisierung kaum durchführbar sein, was den Behandlungsstandort Schweiz ebenfalls schwächen wird und zusätzlich vom Ausland abhängig werden lässt.</p> <p>Studien haben gezeigt [8], dass speziell die aktive Teilnahme an klinischen Studien ein eigenes Qualitätsmerkmal in der Behandlung z.B. des Ovarialkarzinoms ist. Um dies zu erreichen, scheint eine Konzentration der Fälle entscheidend.</p>

Fazit

Aufgrund der geringen Fallzahlen und der komplexen multidisziplinären Behandlungsverfahren, die mit einem hohen personellen und technischen Aufwand einhergehen, sind die Anforderungen gemäss Artikel 1 und Artikel 4 IVHSM für einen Einschluss der komplexen gynäkologischen Tumoren in die hochspezialisierte Medizin erfüllt. Die Konzentration der Behandlung auf wenige Zentren ist zudem aufgrund der erheblichen Behandlungskosten sowie für die Sicherstellung der Fort- und Weiterbildung von Spezialistinnen und Spezialisten und zur Stärkung der Forschung und Förderung der Innovation in diesen Gebieten erforderlich.

6. Resultate der Vernehmlassung

Zur Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren wurden die 26 Kantone, 98 Spitäler, fünf Versicherer(verbände), die Dekanate der medizinischen Fakultäten der fünf Universitäten mit Universitätsspital, sechs Fachgesellschaften sowie 13 weitere interessierte Institutionen und Organisationen eingeladen.

Im Rahmen der Vernehmlassung sind insgesamt 67 Stellungnahmen beim HSM-Projektsekretariat eingetroffen. Von den 26 angeschriebenen Kantonen haben insgesamt 20 geantwortet, sechs haben sich nicht vernehmen lassen.

Von den angeschriebenen Spitälern liessen sich insgesamt 36 vernehmen. Von den fünf universitären medizinischen Fakultäten hat diejenige aus Zürich eine Stellungnahme eingereicht. Von Seiten der Fachverbände sind zwei Stellungnahmen eingegangen. Zudem nahm ein Versicherer Stellung. Schliesslich sind sechs Stellungnahmen von weiteren interessierten Institutionen eingegangen.

Tabelle 1: Antworten zur Zuordnung der drei Teilbereiche des HSM-Bereichs «komplexe gynäkologische Tumoren» zur HSM. Die Anzahl der Institutionen und Organisationen, welche sich nicht vernehmen liessen, sind in der Tabelle nicht enthalten.

	Ovarialkarzinome			Karzinome von Vulva, Vagina und Zervix			Trophoblasttumoren (GTD)		
	Zustimmung	Ablehnung	Enthaltung	Zustimmung	Ablehnung	Enthaltung	Zustimmung	Ablehnung	Enthaltung
Kantone	16	4	0	17	3	0	17	3	0
Spitäler	16	18	2	16	18	2	15	19	2
Versicherer	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Dekanate der medizinischen Fakultäten	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Fachgesellschaften	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Weitere	5	1	0	4	2	0	4	2	0
Total	40	23	4	40	23	4	39	24	4

Die vorgebrachten Stellungnahmen wurden in einem **Ergebnisbericht**⁶ systematisch zusammengestellt und sind auf der Webseite der GDK üblich zugänglich (www.gdk-cds.ch). In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Vernehmlassung in zusammenfassender Form dargestellt. Auf Stellungnahmen, welche die Leistungszuteilung betreffen, wird ebenfalls kurz eingegangen. Diese sind jedoch in Bezug auf die Zuordnung als nebensächlich anzusehen.

6.1 Stellungnahmen und Beurteilung des HSM-Fachorgans

Argumente gegen eine Zuordnung

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde aufgebracht, dass eine Zuordnung der komplexen gynäkologischen Tumoren zur HSM nicht notwendig sei, da der Bereich bereits anderweitig reguliert werde. Einerseits erfolge die Regulierung über die kantonalen Spitalisten, andererseits würden die Tumoren schon heute von gynäkologischen Onkologen und gynäkologischen Onkologinnen behandelt, deren Fachausbildung eine gute Behandlungsqualität garantiere. Weiter wurde aufgebracht, dass viele Zentren DKG-zertifiziert seien. Ein Punkt, der hervorgestrichen wurde ist auch, dass im Kanton Zürich momentan Bestrebungen laufen, die gynäkologischen Tumoren zu regulieren.

Die Mitglieder des HSM-Fachorgan sind sich einig, dass für den Bereich der komplexen gynäkologischen Tumoren momentan nicht von einer gesamtschweizerischen Regulierung gesprochen werden kann. Die

⁶ Vernehmlassung zur Zuordnung des HSM-Bereichs «komplexe gynäkologische Tumoren» vom 16. Juni 2020, Ergebnisbericht vom 20. Mai 2021F20.

Spitalplanung und die Erstellung der Spitalisten liegen in der Kompetenz der Kantone, somit werden schweizweit keine einheitlichen Anforderungen gestellt. Die Kantone sind jedoch beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Ausschlaggebend für die Zuordnung eines Bereichs zur HSM ist der Erfüllungsgrad der Kriterien gemäss Artikel 1 der IVHSM. Das HSM-Fachorgan erachtet die Kriterien für den vorliegenden Bereich als erfüllt. Nach Abschluss der Zuordnung wird der Prozess der Zuteilung gestartet. Dabei wird es möglich sein, Kriterien zu definieren, die alle Leistungserbringer in der ganzen Schweiz mit einem entsprechenden Leistungsauftrag erfüllen müssen. Das Ziel soll sein, dass alle Frauen in der Schweiz dieselben Chancen auf eine optimale medizinische Behandlung erhalten. Kantonale Modelle spielen zwar eine wichtige Rolle, finden jedoch nicht in der ganzen Schweiz in gleichem Masse Anwendung. Somit können sie die HSM-Planung nicht ersetzen.

Versorgung der Bevölkerung

Es wurde vorgebracht, dass durch die Konzentration die Versorgung in den Randregionen und in ländlichen Gebieten geschwächt werde. Dies nicht nur in den zugeordneten Bereichen, sondern es wird ein Einfluss auf andere gynäkologische Bereiche befürchtet, wenn das operative Knowhow in Zukunft fehle. Es wurde auch argumentiert, dass durch die Konzentration vernünftige Nachwuchsausbildung verhindert werde, da periphere Spitäler an Attraktivität für Auszubildende verlieren.

Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen Zuordnung (Definition des HSM-Bereichs) und Zuteilung (Erstellung der HSM-Spitalliste) unterscheidet. Gegenstand des Zuordnungsverfahrens ist die Prüfung, ob die komplexen gynäkologischen Tumoren die Einschlusskriterien zur HSM gemäss IVHSM erfüllen (Art. 1 und Art. 4 Abs. 4). Somit wird im vorliegenden Zuordnungsbericht keine Aussage über Leistungszuteilungen gemacht. Der Schritt der Zuteilung wird erst nach Abschluss der Zuordnung eingeleitet.

Im HSM-Bereich «komplexe gynäkologische Tumoren» handelt es sich primär um planbare Eingriffe, somit wird die Verlegung an ein HSM-Zentrum grundsätzlich problemlos möglich sein. Bei der Leistungszuteilung wird der Bedarf berücksichtigt und die Gesamtversorgung darf nicht gefährdet werden. Es ist wichtig hervorzuheben, dass in der gynäkologischen Onkologie nur komplexe und seltene Behandlungen der HSM zugeordnet werden, welche nur ca. 2 % aller gynäkologischen Eingriffe (Geburtshilfe ausgenommen) ausmachen. Eingriffe, die nicht auf der Code-Liste des Anhangs A1 enthalten sind, können weiterhin ausserhalb von zukünftigen HSM-Zentren durchgeführt werden. Ferner unterstehen alle ambulanten Eingriffe und Therapien nicht der HSM. Die Expertise in anderen gynäkologischen Bereichen ist somit nicht gefährdet.

Das HSM-Fachorgan kommt zur Einschätzung, dass die Aus- und Weiterbildung von gynäkologischen Onkologinnen und Onkologen durch die Zentralisierung nicht eingeschränkt, sondern im Gegenteil gefördert wird. Für junge Nachwuchsleute ist die Weiterbildungseffizienz zweifelsohne besser, wenn sie an einem Zentrumsspital arbeiten können, wo die Fallzahl in den betreffenden Gebieten hoch ist. Gynäkologische Onkologinnen und Onkologen werden schon heute nur an wenigen Zentren ausgebildet.

Definition der Teilbereiche

In mehreren Stellungnahmen wird die Aufteilung des HSM-Bereichs in separate Teilbereiche vehement kritisiert. Es wird argumentiert, dass die Eingriffe sehr ähnlich seien, die gleiche Expertise erfordern und von gynäkologischen Onkologinnen und Onkologen operiert würden. Die Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte ergebe sich aus der Summe aller Tumoren. Es wird gefordert, dass der Gesamtbereich der gynäkologischen Tumoren nicht aufgesplittet wird.

Das HSM-Fachorgan widerspricht der Aussage, dass die Eingriffe für alle Entitäten ähnlich seien. Die Behandlung eines Ovarialkarzinoms erfordert andere Expertise und Erfahrungen als die Behandlung eines Karzinoms der Vulva, der Vagina oder eines Zervixkarzinoms. Auch die Behandlung von Trophoblasttumoren erfordern wiederum eine andere Expertise. Die Teilbereiche können entsprechend als eigene medizinische Leistungsbereiche angesehen werden, für die es differenzierte Anforderungskriterien zu definieren gilt. Mit diesem Vorgehen kann eine bedarfsgerechte Versorgung geplant werden. Es darf an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen werden, dass der Bedarf an Zentren, die beispielsweise Trophoblasttumoren behandeln wesentlich geringer ist als der Bedarf an Spitälern, die HSM-Eingriffe beim Ovarialkarzinom vornehmen. Es ist aber wichtig zu betonen, dass mit der Zuordnung noch kein Zuteilungsentscheid getroffen wird und auch noch keine Kriterien festgelegt werden. Dies wird erst nach erfolgter Zuordnung geschehen. Aus diesen Gründen wird die Aufteilung der Entitäten in drei Teilbereiche beibehalten.

Zuordnung nach Tumorstadium

Es wurde das Argument aufgebracht, dass nicht alle Tumorstadien gleich komplex in der Behandlung seien und die Behandlung von Tumoren in einem frühen Stadium nicht zugeordnet werden sollen.

Die zugeordneten Eingriffe müssen eindeutig über CHOP- und/oder ICD-Codes definiert werden. Da eine solche Differenzierung der Tumorstadien nicht möglich ist, können diese nicht separiert werden. Das HSM-Fachorgan ist sich aber auch einig, dass bei gynäkologischen Tumoren die frühen Stadien nicht per se weniger komplex sind, so wird zum Beispiel bei einem Ovarialkarzinom eine Lymphadenektomie nur in einem frühen Stadium durchgeführt. Alle nicht zugeordneten Eingriffe können weiterhin an Spitälern ohne HSM-Zuteilung durchgeführt werden, unabhängig vom Tumorstadium.

Regulierung von Radio- und Chemotherapien

In den Stellungnahmen wurde mehrfach erwähnt, dass eine chirurgische Intervention nicht immer indiziert sei, sondern Chemotherapien oder supportive Therapien angezeigt seien. Dort bestehe auch Potential für Innovation. Es wird kritisiert, dass die Kopplung von CHOP- und ICD-Codes dies nicht berücksichtige. In einigen Stellungnahmen wurde die Aufnahme dieser Therapien gefordert, in anderen jedoch abgelehnt.

Der HSM können nur stationäre Leistungen zugeordnet werden. Werden die genannten Therapien ambulant durchgeführt, so können diese weiterhin ausserhalb von HSM-Zentren durchgeführt werden. Weiter zielt die Koppelung von CHOP- und ICD-Codes gerade auf diesen Punkt ab. Als HSM gelten nur die Leistungen, die gemäss Liste im Anhang A1 codiert werden. Die Mitglieder des HSM-Fachorgans ist sich einig, dass stationäre Chemotherapien nicht zugeordnet werden sollen. Der HSM-Bereich soll für die Teilbereiche «Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom» und «Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome» nur operative Eingriffe umfassen. Der Teilbereich «Trophoblasttumoren (GTD)» umfasst alle stationären Eingriffe, die im Zusammenhang mit den gelisteten ICD-Codes stehen.

Ausweitung auf andere Entitäten

Im Rahmen der Vernehmlassung wurden verschiedene gynäkologische Tumoren vorgeschlagen, die ebenfalls zugeordnet werden könnten. Das HSM-Fachorgan möchte aber zum jetzigen Zeitpunkt von weiteren Zuordnungen absehen. Einerseits sind die genannten Tumoren teilweise nicht selten oder sie lassen sich nicht klar abgrenzen und definieren.

Anpassungen der CHOP- und ICD-Codes

Die Einwände für oder gegen einen Einschluss einzelner Codes wurden geprüft. Die Code-Liste wurde infolgedessen angepasst. Dies hat keine grundsätzliche Änderung der Definition zur Folge, sondern diente der Schärfung und besseren Abgrenzung des Bereichs. Folgende Codes wurden gestrichen oder zusätzlich aufgenommen:

Teilbereich «Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom»

- CHOP Z67.4X.1 gestrichen
- CHOP Z67.4X.2 gestrichen
- ICD D39.1 aufgenommen
- ICD C54.0 gestrichen
- ICD C57.7 gestrichen
- ICD C57.8 gestrichen
- ICD C57.9 gestrichen

Teilbereich «Vulva- und Vaginalkarzinom und Zervixkarzinom»

- Keine Anpassung

Teilbereich «Trophoblasttumoren (GTD)»

- ICD C58 aufgenommen
- ICD O01.9 gestrichen

Kritik am HSM-Planungsprozess

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde die Zusammensetzung der HSM-Begleitgruppe kritisiert. Es gilt hier anzumerken, dass das HSM-Fachorgan externe Expertinnen und Experten zuziehen kann. Dies wurde mit der Begleitgruppe gemacht, auf deren Zusammensetzung das HSM-Fachorgan aber keinen Einfluss nimmt. Die Expertinnen und Experten wurden von der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in die Gruppe delegiert.

Zuteilungskriterien

Einerseits wurden im Rahmen der Vernehmlassung verschiedene Kriterien aufgebracht, die bei der Zuteilung berücksichtigt werden sollen, andererseits wurde gefordert, dass die Kriterien unter Einbezug der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe oder anderen Institutionen festgelegt werden sollen.

Die IVHSM sieht explizit vor, dass die Festlegung der Voraussetzungen, welche zur Ausführung von HSM-Leistungen erfüllt werden müssen, durch das HSM-Fachorgan festgelegt werden. Die Zuteilungskriterien werden durch das HSM-Fachorgan erst im Anschluss an die Zuordnung festgelegt. Der Prozess der Zuordnung und der Zuteilung sind voneinander zu trennen. Die im Rahmen der Vernehmlassung aufgebrachten Punkte und die Expertise der Begleitgruppe werden jedoch in die Diskussion zu den Zuteilungskriterien einfließen.

6.2 Fazit aus der Vernehmlassung

Fazit

Das HSM-Fachorgan kommt zum Schluss, dass die Definition des HSM-Bereichs mit seinen drei Teilbereichen beibehalten werden soll. Die Aufteilung der Entitäten in drei Teilbereiche dient der besseren und differenzierteren Planung. Die Entitäten stellen unterschiedliche Ansprüche an die Expertise und die Infrastruktur. Dem soll während dem Zuteilungsprozess Rechnung getragen werden können. Das HSM-Fachorgan sieht es nicht als Zersplitterung der gynäkologischen Onkologie, sondern der besseren Bündelung der Kompetenzen.

Durch die Zuordnung der komplexen gynäkologischen Tumoren zur HSM wird die Gesamtversorgung der Patientinnen nicht geschwächt, sondern ermöglicht allen Patientinnen den Zugang zu qualitativ guter Versorgung. Die zugeordneten Eingriffe umfassen nur gerade ca. 2 % aller gynäkologischen Eingriffe, somit ist die nötige Expertise für die gynäkologische Versorgung auch ausserhalb von HSM-Zentren gegeben.

Zum jetzigen Zeitpunkt möchte das HSM-Fachorgan die Definition des Bereichs nicht ausweiten. Es sollen weder weitere Entitäten eingeschlossen, noch sollen weitere Behandlungen (z.B. stationäre Radio-/Chemotherapien) aufgenommen werden.

Einige CHOP- und ICD-Codes wurden im Rahmen der Auswertung der Vernehmlassung von der Liste gestrichen, andere hinzugefügt. Dadurch ändert sich die Definition des Bereichs jedoch nicht, sondern wird lediglich präzisiert. Angepasst wurde auch die Bezeichnung des Teilbereichs 1. Laut Rückmeldungen aus der Vernehmlassung ist die korrekte Bezeichnung «Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome», dies wurde entsprechend angepasst.

7. Ausblick

Nach dem ersten erfolgten Schritt – der **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) – wird die zweite Phase der Planung – die **Leistungszuteilung** (Erstellung der HSM-Spittalliste) – in Angriff genommen. Der Leistungszuteilung ist ein Bewerbungsverfahren vorgelagert, welches den interessierten Leistungserbringern die Möglichkeit bietet, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben. Die Möglichkeit, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben, steht grundsätzlich allen Spitälern offen. Die Zuteilung eines HSM-Leistungsauftrags an Bewerbende ist an die Erfüllung der generellen sowie bereichsspezifischen Qualitätsanforderungen gebunden. Die entsprechenden Anforderungen werden in einer erläuternden Notiz zur Bewerbung definiert. Das Bewerbungsverfahren wird mit einer Publikation im Bundesblatt offiziell eröffnet. Zudem werden potentielle Leistungserbringer mit einem Schreiben über die Eröffnung und die angesetzten Fristen informiert.

Anhang

A1 Abbildung des HSM-Bereichs «komplexe gynäkologische Tumoren» gemäss der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP Version 2021 und der International Classification of Diseases ICD-10 GM 2021

Es werden nur Eingriffe bei Patientinnen ab dem Alter von 15 Jahren der HSM zugeordnet.

Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom

Tabelle 2: Definition des Teilbereichs «Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom» (CHOP 2021, ICD-10 GM 2021)

Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom			
Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination *
CHOP	C8	Operationen am Hämatopoetischen und Lymphgefässsystem	
CHOP	Z40	Operationen am lymphatischen System	
CHOP	Z40.2	Einfache Exzision einer lymphatischen Struktur	
CHOP	Z40.29	Einfache Exzision einer anderen lymphatischen Struktur	
CHOP	Z40.29.30	Exzision eines iliakalen Lymphknotens	AND_ICD
CHOP	Z40.3X	Exzision von regionalen Lymphknoten	
CHOP	Z40.3X.1	Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff	
CHOP	Z40.3X.13	Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff, paraaortal, pelvin, obturatorisch oder iliakal	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.14	Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff, inguinal, offen chirurgisch	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.15	Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff, inguinale, laparoskopisch	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.2	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs	
CHOP	Z40.3X.23	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs, paraaortal, pelvin oder Iliakal	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.24	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs, obturatorisch	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.25	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs, inguinale	AND_ICD
CHOP	Z40.52	Radikale Exzision von periaortalen Lymphknoten	
CHOP	Z40.52.10	Radikale Exzision von retroperitonealen (paraaortal, parakaval) und pelvinen Lymphknoten als selbstständiger Eingriff	AND_ICD
CHOP	Z40.52.11	Radikale Exzision von retroperitonealen (paraaortal, parakaval) und pelvinen Lymphknoten im Rahmen eines anderen Eingriffs	AND_ICD

Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom			
Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination *
CHOP	Z40.52.99	Radikale Exzision von periaortalen Lymphknoten, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z40.53	Radikale Exzision von iliakalen Lymphknoten	
CHOP	Z40.53.10	Radikale Exzision von iliakalen Lymphknoten als selbstständiger Eingriff	AND_ICD
CHOP	Z40.53.11	Radikale Exzision von iliakalen Lymphknoten im Rahmen eines anderen Eingriffs	AND_ICD
CHOP	Z40.53.99	Radikale Exzision von iliakalen Lymphknoten, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z40.54	Radikale Exzision von inguinalen Lymphknoten	
CHOP	Z40.54.10	Radikale Exzision von inguinalen Lymphknoten als selbstständiger Eingriff	AND_ICD
CHOP	Z40.54.11	Radikale Exzision von inguinalen Lymphknoten im Rahmen eines anderen Eingriffs	AND_ICD
CHOP	Z40.54.99	Radikale Exzision von inguinalen Lymphknoten, sonstige	AND_ICD
CHOP	C9	Operationen am Verdauungstrakt	
CHOP	Z54	Sonstige Operationen in der Abdominalgegend	
CHOP	Z54.4	Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe und Peritonealläsion	
CHOP	Z54.4X	Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe	
CHOP	Z54.4X.11	Exzision von Mesenterium	AND_ICD
CHOP	Z54.4X.12	Exzision von Omentum	AND_ICD
CHOP	Z54.99	Sonstige Operationen in der Abdominal-Region	
CHOP	Z54.99.31	Debulking über Laparotomie	AND_ICD
CHOP	C12	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	
CHOP	Z66	Operationen an den Tubae uterinae	
CHOP	Z66.4	Salpingektomie	
CHOP	Z66.41	Totale Salpingektomie	
CHOP	Z66.41.11	Totale Salpingektomie, offen chirurgisch	AND_ICD
CHOP	Z66.41.21	Totale Salpingektomie, laparoskopisch	AND_ICD
CHOP	Z66.41.31	Totale Salpingektomie, vaginal	AND_ICD
CHOP	Z66.41.41	Totale Salpingektomie, vaginal-laparoskopisch assistiert	AND_ICD
CHOP	Z67	Operationen an der Cervix uteri	
CHOP	Z67.4	Zervixamputation	
CHOP	Z67.4X.3	Exzision eines Stumpfes an der Zervix	

Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom			
Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination *
CHOP	Z67.4X.30	Exzision eines Stumpfes an der Zervix	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.99	Zervixamputation, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z68	Sonstige Inzision und Exzision am Uterus	
CHOP	Z68.4	Totale Hysterektomie	
CHOP	Z68.40	Totale Hysterektomie, n.n.bez.	AND_ICD
CHOP	Z68.41	Totale Hysterektomie, laparoskopisch	AND_ICD
CHOP	Z68.42	Totale Hysterektomie, offen chirurgisch	AND_ICD
CHOP	Z68.43	Totale Hysterektomie, vaginal	AND_ICD
CHOP	Z68.44	Totale Hysterektomie, vaginal-laparoskopisch assistiert [LAVH]	AND_ICD
CHOP	Z68.49	Totale Hysterektomie, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z68.6	Radikale Hysterektomie	
CHOP	Z68.60	Radikale Hysterektomie, n.n.bez.	AND_ICD
CHOP	Z68.61	Radikale Hysterektomie, laparoskopisch	AND_ICD
CHOP	Z68.62	Radikale Hysterektomie, offen chirurgisch	AND_ICD
CHOP	Z68.63	Radikale Hysterektomie, vaginal	AND_ICD
CHOP	Z68.64	Radikale Hysterektomie, vaginal-laparoskopisch assistiert [LARVH]	AND_ICD
CHOP	Z68.6A	Radikale Hysterektomie, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z68.8	Becken-Eviszeration	AND_ICD
CHOP	Z70	Operationen an Vagina und Douglasraum	
CHOP	Z70.4	Obliteration und totale Exstirpation der Vagina	
CHOP	Z70.4X.00	Obliteration und totale Exstirpation der Vagina, n.n.bez.	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.10	Kolpektomie, subtotal	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.20	Kolpektomie, total	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.30	Kolpektomie, erweitert (radikal)	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.99	Obliteration und totale Exstirpation der Vagina, sonstige	AND_ICD
ICD	D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	
ICD	D39.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Ovar	AND_CHOP
ICD	C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	

Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom			
Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination *
ICD	C48.1	Bösartige Neubildung: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums	AND_CHOP
ICD	C48.2	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet	AND_CHOP
ICD	C48.8	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend	AND_CHOP
ICD	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	AND_CHOP
ICD	C57	Bösartige Neubildung sonstiger nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane	
ICD	C57.0	Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]	AND_CHOP
ICD	C57.1	Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri	AND_CHOP
ICD	C57.2	Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri	AND_CHOP
ICD	C57.4	Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet	AND_CHOP

* In dieser Spalte ist vermerkt, ob eine Kombination mit einem CHOP-Code (AND_CHOP) bzw. einem ICD-Code (AND_ICD) notwendig ist, um als HSM-Eingriff zu gelten.

Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome

Tabelle 2: Definition des Teilbereichs «Vulva- und Vaginalkarzinom und Zervixkarzinom» (CHOP 2021, ICD-10 GM 2021)

Vulva- und Vaginalkarzinom und Zervixkarzinom			
Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination *
CHOP	C8	Operationen am Hämatopoetischen und Lymphgefäßssystem	
CHOP	Z40	Operationen am lymphatischen System	
CHOP	Z40.2	Einfache Exzision einer lymphatischen Struktur	
CHOP	Z40.24	Exzision eines inguinalen Lymphknotens	
CHOP	Z40.24.11	Exzision eines inguinalen Lymphknotens, offen chirurgisch, mit Radionuklidmarkierung oder Farbstoffmarkierung (Sentinel-Lymphnodektomie)	AND_ICD
CHOP	Z40.29	Einfache Exzision einer anderen lymphatischen Struktur	
CHOP	Z40.29.30	Exzision eines iliakalen Lymphknotens	AND_ICD
CHOP	Z40.3X	Exzision von regionalen Lymphknoten	
CHOP	Z40.3X.1	Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff	
CHOP	Z40.3X.13	Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff, paraaortal, pelvin, obturatorisch oder iliakal	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.14	Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff, inguinal, offen chirurgisch	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.15	Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff, inguinale, laparoskopisch	AND_ICD

Vulva- und Vaginalkarzinom und Zervixkarzinom			
Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination *
CHOP	Z40.3X.2	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs	
CHOP	Z40.3X.23	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs, paraaortal, pelvin oder Iliakal	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.24	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs, obturatorisch	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.25	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs, inguinale	AND_ICD
CHOP	Z40.52	Radikale Exzision von periaortalen Lymphknoten	
CHOP	Z40.52.10	Radikale Exzision von retroperitonealen (paraaortal, parakaval) und pelvinen Lymphknoten als selbstständiger Eingriff	AND_ICD
CHOP	Z40.52.11	Radikale Exzision von retroperitonealen (paraaortal, parakaval) und pelvinen Lymphknoten im Rahmen eines anderen Eingriffs	AND_ICD
CHOP	Z40.52.99	Radikale Exzision von periaortalen Lymphknoten, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z40.53	Radikale Exzision von iliakalen Lymphknoten	
CHOP	Z40.53.10	Radikale Exzision von iliakalen Lymphknoten als selbstständiger Eingriff	AND_ICD
CHOP	Z40.53.11	Radikale Exzision von iliakalen Lymphknoten im Rahmen eines anderen Eingriffs	AND_ICD
CHOP	Z40.53.99	Radikale Exzision von iliakalen Lymphknoten, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z40.54	Radikale Exzision von inguinalen Lymphknoten	
CHOP	Z40.54.10	Radikale Exzision von inguinalen Lymphknoten als selbstständiger Eingriff	AND_ICD
CHOP	Z40.54.11	Radikale Exzision von inguinalen Lymphknoten im Rahmen eines anderen Eingriffs	AND_ICD
CHOP	Z40.54.99	Radikale Exzision von inguinalen Lymphknoten, sonstige	AND_ICD
CHOP	C9	Operationen am Verdauungstrakt	
CHOP	Z54	Sonstige Operationen in der Abdominalgegend	
CHOP	Z54.99	Sonstige Operationen in der Abdominal-Region	
CHOP	Z54.99.31	Debulking über Laparotomie	AND_ICD
CHOP	C12	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	
CHOP	Z67	Operationen an der Cervix uteri	
CHOP	Z67.4	Zervixamputation	
CHOP	Z67.4X.1	Radikale Zervixstumpfextirpation	
CHOP	Z67.4X.10	Radikale Zervixstumpfextirpation, n.n.bez.	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.11	Radikale Zervixstumpfextirpation, ohne Lymphadenektomie, offen chirurgisch (abdominal)	AND_ICD

Vulva- und Vaginalkarzinom und Zervixkarzinom

Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination *
CHOP	Z67.4X.12	Radikale Zervixstumpfextirpation, ohne Lymphadenektomie, vaginal	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.13	Radikale Zervixstumpfextirpation, ohne Lymphadenektomie, vaginal, laparoskopisch unterstützt	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.14	Radikale Zervixstumpfextirpation, ohne Lymphadenektomie, laparoskopisch	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.2	Radikale Zervixstumpfextirpation, mit Lymphadenektomie	
CHOP	Z67.4X.20	Radikale Zervixstumpfextirpation, mit Lymphadenektomie, n.n.bez.	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.21	Radikale Zervixstumpfextirpation, mit Lymphadenektomie, offen chirurgisch (abdominal)	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.22	Radikale Zervixstumpfextirpation, mit Lymphadenektomie, vaginal	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.23	Radikale Zervixstumpfextirpation, mit Lymphadenektomie, vaginal, laparoskopisch unterstützt	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.24	Radikale Zervixstumpfextirpation, mit Lymphadenektomie, laparoskopisch	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.29	Radikale Zervixstumpfextirpation, mit Lymphadenektomie, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.3	Exzision eines Stumpfes an der Zervix	
CHOP	Z67.4X.30	Exzision eines Stumpfes an der Zervix	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.99	Zervixamputation, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z68	Sonstige Inzision und Exzision am Uterus	
CHOP	Z68.6	Radikale Hysterektomie	
CHOP	Z68.60	Radikale Hysterektomie, n.n.bez.	AND_ICD
CHOP	Z68.61	Radikale Hysterektomie, laparoskopisch	AND_ICD
CHOP	Z68.62	Radikale Hysterektomie, offen chirurgisch	AND_ICD
CHOP	Z68.63	Radikale Hysterektomie, vaginal	AND_ICD
CHOP	Z68.64	Radikale Hysterektomie, vaginal-laparoskopisch assistiert [LARVH]	AND_ICD
CHOP	Z68.6A	Radikale Hysterektomie, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z68.8	Becken-Eviszeration	AND_ICD
CHOP	Z70	Operationen an Vagina und Douglasraum	
CHOP	Z70.4	Obliteration und totale Exstirpation der Vagina	
CHOP	Z70.4X.00	Obliteration und totale Exstirpation der Vagina, n.n.bez.	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.10	Kolpektomie, subtotal	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.20	Kolpektomie, total	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.30	Kolpektomie, erweitert (radikal)	AND_ICD

Vulva- und Vaginalkarzinom und Zervixkarzinom			
Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination *
CHOP	Z70.4X.99	Obliteration und totale Exstirpation der Vagina, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z71	Operationen an Vulva und Perineum	
CHOP	Z71.5	Radikale Vulvektomie	AND_ICD
CHOP	Z71.6	Sonstige Vulvektomie	
CHOP	Z71.61	Partielle Vulvektomie	AND_ICD
CHOP	Z71.62	Totale Vulvektomie	AND_ICD
ICD	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	
ICD	C51.0	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus	AND_CHOP
ICD	C51.1	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus	AND_CHOP
ICD	C51.2	Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris	AND_CHOP
ICD	C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend	AND_CHOP
ICD	C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet	AND_CHOP
ICD	C52	Bösartige Neubildung der Vagina	AND_CHOP
ICD	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	
ICD	C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix	AND_CHOP
ICD	C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix	AND_CHOP
ICD	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	AND_CHOP
ICD	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	AND_CHOP
ICD	C57	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane	
ICD	C57.3	Bösartige Neubildung: Parametrium	AND_CHOP

* In dieser Spalte ist vermerkt, ob eine Kombination mit einem CHOP-Code (AND_CHOP) bzw. einem ICD-Code (AND_ICD) notwendig ist, um als HSM-Eingriff zu gelten.

Trophoblasttumoren (GTD)

Tabelle 3: Definition des Teilbereichs «Trophoblasttumoren (GTD)» (CHOP 2021, ICD-10 GM 2021)

Trophoblasttumoren		
Katalog	Code	Bezeichnung
ICD	C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
ICD	D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der weiblichen Genitalorgane
ICD	D39.2	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Plazenta

A2 Literaturverzeichnis

1. Krebsliga Schweiz, *Eierstockkrebs, Ovarialtumoren - Eine Information der Krebsliga für Betroffene und Angehörige*, 2019: Bern.
2. Harter, P., et al., *A Randomized Trial of Lymphadenectomy in Patients with Advanced Ovarian Neoplasms*. N Engl J Med, 2019. **380**(9): p. 822-832.
3. Aletti, G.D. and W.A. Cliby, *Time for centralizing patients with ovarian cancer: what are we waiting for?* Gynecologic Oncology, 2016. **142**(2): p. 209-210.
4. Cowan, R.A., et al., *Is It Time to Centralize Ovarian Cancer Care in the United States?* Ann Surg Oncol, 2016. **23**(3): p. 989-993.
5. Dahm-Kähler, P., et al., *Centralized primary care of advanced ovarian cancer improves complete cytoreduction and survival - A population-based cohort study*. Gynecologic Oncology, 2016. **142**(2): p. 211-216.
6. Eggink, F.A., et al., *Improved outcomes due to changes in organization of care for patients with ovarian cancer in the Netherlands*. Gynecologic Oncology, 2016. **141**(3): p. 524-530.
7. Marth, C., et al., *Influence of Department Volume on Survival for Ovarian Cancer: Results From a Prospective Quality Assurance Program of the Austrian Association for Gynecologic Oncology*. International Journal of Gynecological Cancer, 2009. **19**(1): p. 94-102.
8. Du Bois, A., et al., *Die Qualität der Therapie des Ovarialkarzinoms in Deutschland-Dritte Stufe der Qualitätssicherungserhebung QS-OVAR der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Kommission OVAR*. Frauenarzt, 2009. **9**: p. 742-751.
9. Kumpulainen, S., et al., *The effect of hospital operative volume, residual tumor and first-line chemotherapy on survival of ovarian cancer—a prospective nation-wide study in Finland*. Gynecol Oncol, 2009. **115**(2): p. 199-203.
10. Wieser, S., et al., *Ovarian cancer in Switzerland: incidence and treatment according to hospital registry data*. Swiss Med Wkly, 2018. **29**(148): p. 16.
11. Fotopoulou, C., et al., *Quality indicators for advanced ovarian cancer surgery from the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO): 2020 update*. Int J Gynecol Cancer, 2020. **30**(4): p. 436-440.
12. Petignat, P., et al., *Surgical management of epithelial ovarian cancer at community hospitals: A population-based study*. J Surg Oncol, 2000. **75**(1): p. 19-23.
13. Janna Pape, E.S., Viola Heinzlmann, René Hornung, Mathias Fehr, Michel Mueller, Patrick Petignat, Daniel Fink, Patrick Imesch and the Swiss Working Group of Gynecologic Oncology (Swiss-AGO) investigators, *Adherence to ovarian cancer treatment guidelines in Switzerland as a potential measure of quality of care: A Swiss Gynecologic Oncology Trial Group survey*. unpublished.
14. Bundesamt für Statistik, *Schweizerischer Krebsbericht 2015: Stand und Entwicklungen*, 2016: Neuchâtel.
15. Krebsliga Schweiz, *Gebärmutterhalskrebs - Sich schützen und früh erkennen*, 2017: Bern.
16. Krebsliga Schweiz, *Gebärmutterhalskrebs und seine Vorstufen - Zervixkarzinom und Präkanzerosen*, 2017: Bern.
17. Fehlmann, A., et al., *Gestational trophoblastic disease in Switzerland: retrospective study of the impact of a regional reference centre*. Swiss Med Wkly, 2021. **5**(151): p. 1.
18. (ed.), H.P., *Gestational Trophoblastic Disease - Diagnostic and Molecular Genetic Pathology (Current Clinical Pathology)*. 2nd Edition ed2012, New York, USA: Humana Press – Springer.
19. Ngan, H.Y.S., et al., *Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2018. **143**(S2): p. 79-85.
20. Bolze, P.-A., et al., *Formalised consensus of the European Organisation for Treatment of Trophoblastic Diseases on management of gestational trophoblastic diseases*. European Journal of Cancer, 2015. **51**(13): p. 1725-1731.
21. Dantas PR1, M.I., Cortés-Charry R, Growdon WB, Braga A, Rudge MV, Berkowitz RS., *Influence of hydatidiform mole follow-up setting on postmolar gestational trophoblastic neoplasia outcomes: a cohort study*. J Reprod Med., 2012. **57**(7-8): p. 305-309.
22. Braga, A., et al., *Challenges in the diagnosis and treatment of gestational trophoblastic neoplasia worldwide*. World journal of clinical oncology, 2019. **10**(2): p. 28-37.

23. Grootenhuis, N.C., et al., *Sentinel nodes in vulvar cancer: Long-term follow-up of the GROningen International Study on Sentinel nodes in Vulvar cancer (GROINSS-V) I*. *Gynecol Oncol*, 2016. **140**(1): p. 8-14.
24. Levenback, C.F., et al., *Lymphatic Mapping and Sentinel Lymph Node Biopsy in Women With Squamous Cell Carcinoma of the Vulva: A Gynecologic Oncology Group Study*. *Journal of clinical oncology*, 2012. **30**(31): p. 3786-3791.
25. Lee, M.-S., et al., *Higher caseload improves cervical cancer survival in patients treated with brachytherapy*. *Radiation Oncology*, 2014. **9**(1): p. 234.
26. Ioka, A., et al., *Influence of hospital procedure volume on ovarian cancer survival in Japan, a country with low incidence of ovarian cancer*. *Cancer Sci*, 2004. **95**(3): p. 233-237.

A3 Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GTD	Gestational Trophoblastic Diseases
HSM	Hochspezialisierte Medizin
HPV	Humane Papillomaviren
ICD	International Classification of Diseases
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit