



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

Médecine hautement spécialisée

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern

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

www.gdk-cds.ch

Évaluation

Consultation relative au rattachement du domaine des tumeurs gynécologiques complexes à la MHS

Résultats de la consultation du 16 juin 2020

RAPPORT SUR LES RÉSULTATS

Berne, 20 mai 2021

Table des matières

1.	Contexte	3
2.	Résultats de la consultation	4
2.0	Remarques concernant les trois domaines partiels	5
2.1	Carcinomes ovariens	27
2.1.1	Approbation du rattachement à la MHS.....	27
2.1.2	Remarques sur le rattachement	29
2.1.3	Remarques concernant la définition médicale spécifique	43
2.1.4	Remarques médicales concernant la proposition de représentation dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP et la classification internationale des maladies (CIM)	48
2.2	Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux	54
2.2.1	Approbation du rattachement à la MHS.....	54
2.2.2	Remarques sur le rattachement	56
2.2.3	Remarques concernant la définition médicale spécifique	67
2.2.4	Remarques médicales concernant la proposition de représentation dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP et la classification internationale des maladies (CIM)	72
2.3	Tumeurs trophoblastiques.....	77
2.3.1	Approbation du rattachement à la MHS.....	77
2.3.2	Remarques sur le rattachement	79
2.3.3	Remarques concernant la définition médicale spécifique	85
2.3.4	Remarques médicales concernant la proposition de représentation dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP et la classification internationale des maladies (CIM)	89
2.4	Autres commentaires	92
2.5	Avis formulés en plus du questionnaire	105
2.6	Avis supplémentaires	108
Annexes	112
A1	Liste des destinataires	112

1. Contexte

Les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) (art. 39, al. 2bis LAMal¹). Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)², il est prévu de réglementer de façon contraignante pour la première fois le domaine des tumeurs gynécologiques complexes. En matière de planification de la MHS, il convient, conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral (TAF), de suivre une procédure formellement séparée en deux temps, qui distingue entre **rattachement à la MHS** (définition du domaine MHS) et **attribution des prestations** (établissement de la liste des hôpitaux MHS).

La procédure de rattachement à la MHS vise à contrôler si le domaine des tumeurs gynécologiques complexes remplit les critères d'inclusion dans la MHS au sens de la CIMHS (art. 1 et art. 4, al. 4). C'est à cette fin que l'organe scientifique MHS a élaboré une définition complète du domaine MHS des tumeurs gynécologiques complexes qui est présentée dans le rapport explicatif pour le rattachement à la MHS.³

Dans le cadre de la consultation, le rapport relatif au rattachement a été soumis pour avis à un large éventail de destinataires (*cf.* An A1). Ceux-ci comprenaient l'ensemble des cantons, les fournisseurs de prestations concernés, les décanats des facultés de médecine, les assureurs ou les associations d'assureurs, ainsi que les sociétés savantes et d'autres institutions intéressées. En outre, la consultation a fait l'objet d'une publication dans la Feuille fédérale du 16 juin 2020. Les parties concernées avaient jusqu'au 17 septembre 2020 pour se prononcer sur le choix effectué et la définition du domaine MHS. Les avis qui nous sont parvenus sont compilés de façon systématique dans le présent rapport sur les résultats et sont librement accessibles sur le site internet de la CDS (www.gdk-cds.ch).

¹ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal; RS 832.10.

² Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) du 14 mars 2008.

³ Tumeurs gynécologiques complexes, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée du 12 février 2020.

2. Résultats de la consultation

Le secrétariat de projet MHS a reçu au total 67 avis. Les avis, suggestions et demandes qui nous sont parvenus via le questionnaire standardisé ainsi qu'un récapitulatif des parties ayant pris part à la consultation sont résumés dans les chapitres 2.0 à 2.4. Les résultats de la consultation sont mentionnés dans l'ordre des questions qui avaient été posées. Les chapitres 2.5 et 2.6 récapitulent les avis qui nous ont été adressés en plus ou à la place des questionnaires.

2.0 Remarques concernant les trois domaines partiels

Le Tableau 1 donne un aperçu des remarques ou des commentaires généraux formulés au sujet des trois domaines partiels du domaine MHS « tumeurs gynécologiques complexes » (dont 8 cantons, 24 hôpitaux, 1 assureur, 0 décanat, 1 société savante et 4 autres).

Tableau 1 : récapitulatif des remarques formulées sur l'admission dans la MHS. (-): pas de commentaires

Destinataires	Remarques concernant les trois domaines partiels (« Avez-vous des remarques à formuler concernant l'ensemble des domaines partiels du domaine MHS " tumeurs gynécologiques complexes " ? »)
Cantons	
AG	Die Altersbegrenzung der Falldefinition (ab 15 Jahren) führt dazu, dass Fälle von Patientinnen zwischen 15 und 18 Jahren zwei IVHSM-Teilbereichen zugeordnet werden können (nämlich auch den Teilbereichen Pädiatrische Onkologie). Da es ja darum geht, die ohnehin geringen Fallzahlen an einem oder wenigen Orten zu konzentrieren, sollte die Altersbegrenzung so formuliert sein, dass die Fälle jeweils nur einer IVHSM-Leistungsgruppe zugeordnet werden können.
BE	Für die Behandlung des Ovarial- und des Zervixkarzinoms konnte gezeigt werden, dass eine Behandlung an einem spezialisierten Zentrum zu einem Behandlungsvorteil und damit einem besseren Gesamtüberleben der Patientinnen führt. Mit der Zuordnung von komplexen (Ovarial- und Zervixkarzinom) und seltenen gynäkologischen Tumorentitäten (Trophoblasttumore, Vulva- und Vaginalkarzinom) sind wir grundsätzlich einverstanden. Betreffend die Anforderungen an die spätere Zuteilung schlagen wir vor, die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft als Zentrum für gynäkologische Onkologie zu prüfen (ggf. mit angemessener Übergang- bzw. Vorlaufzeit).
BS	Der Kanton Basel-Stadt dankt für den Einbezug zur Stellungnahme für die Zuordnung der "komplexen gynäkologischen Tumore". Der erläuternde Bericht vom 12. Februar 2020 gibt einen wertvollen Einblick in die drei aufgeführten Teilbereiche. Die Leistungsbereiche zeichnen sich durch eine geringe Fallzahl sowie durch komplexe chirurgische Eingriffe aus, die eine Konzentration der Eingriffe auf wenige Leistungserbringer im Rahmen der HSM rechtfertigt. Die beschriebenen Eingriffe sollen für alle Teilbereiche bei Patientinnen ab dem Alter von 15 Jahren gelten, wobei bei Kindern bis 18 Jahren diese Eingriffe der "Pädiatrische Onkologie" zugeordnet werden. Diese Vorgehensweise befürworten wir unter dem Vorbehalt, dass diese umgesetzt wird.
FR	Nous soutenons l'appréciation et les remarques faites par l'hôpital fribourgeois (HFR). Siehe Stellungnahme Hôpital fribourgeois zu Frage 1, Anmerkungen zu allen Teilbereichen (Tableau 1).
GL	Eine präzisere Einteilung aufgrund der Stadien der Tumoren, die eine unterschiedlich invasive bzw. komplexe Therapie zur Folge haben, muss gefordert werden. Niedrige Stadien mit "einfacher" chirurgischem Vorgehen, z.T. ohne weitere Chemo-bzw. Radiotherapie, müssen nicht in HSM-Zentren behandelt werden Die (klinische) Forschung wird im Dokument "Evaluation Komplexe gynäkologische Tumoren; Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizinals" als Argument für eine Zentralisierung ins Feld geführt. Die Forschung wird jedoch

	<p>nicht, wie impliziert, in einigen (universitären) Zentren durchgeführt, sondern auch in kantonalen nicht universitären Zentren. Hier gilt es eher anstelle einer Zentralisierung die Vernetzung der Forschung voranzutreiben. Eine Patientin wird auch eher bereit sein, in einem wohnortsnahen Zentrum an einer klinischen Studie teilzunehmen, als an einem weit entfernten Zentrum</p> <p>Zum Bereich Weiterbildung: Bei einer Zentralisierung der Behandlung gynäkologischer Tumoren in Zentren der HSM verlieren mittelgrosse Spitäler an Attraktivität für Auszubildende. Sind die Ärztinnen einmal im Zentrum während mehrerer Jahre tätig, wird es schwierig sein, diese zur Arbeit in der "Peripherie" zu bewegen. Dies läuft anderen Bestrebungen im Gesundheitswesen entgegen.</p> <p>Alles in allem ist der jetzt vorliegende Vorschlag, komplexe gynäkologische Tumoren pauschal in die HSM aufzunehmen, zu wenig differenziert.</p>
GR	<p>Eine präzisere Einteilung aufgrund der Stadien der Tumoren, die eine unterschiedlich invasive bzw. komplexe Therapie zur Folge haben, muss gefordert werden. Niedrige Stadien mit «einfacher» chirurgischem Vorgehen, z.T. ohne weitere Chemo- bzw. Radiotherapie, müssen nicht in HSM-Zentren behandelt werden</p> <p>Die (klinische) Forschung wird im Dokument «Evaluation Komplexe gynäkologische Tumoren; Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin» als Argument für eine Zentralisierung ins Feld geführt. Die Forschung wird jedoch nicht, wie impliziert, in einigen (universitären) Zentren durchgeführt, sondern auch in kantonalen nicht universitären Zentren. Hier gilt es eher anstelle einer Zentralisierung die Vernetzung der Forschung voranzutreiben. Eine Patientin wird auch eher bereit sein, in einem wohnortsnahen Zentrum an einer klinischen Studie teilzunehmen, als an einem weit entfernten Zentrum.</p> <p>Zum Bereich Weiterbildung: Bei einer Zentralisierung der Behandlung gynäkologischer Tumoren in Zentren der HSM verlieren grössere Spitäler, wie das Kantonsspital Graubünden, an Attraktivität für Auszubildende. Sind die Ärztinnen einmal im Zentrum während mehrerer Jahre tätig, wird es schwierig sein, diese zur Arbeit in der «Peripherie» zu bewegen. Dies läuft anderen Bestrebungen im Gesundheitswesen entgegen.</p> <p>Alles in allem ist der jetzt vorliegende Vorschlag, komplexe gynäkologische Tumoren pauschal in die HSM aufzunehmen, zu wenig differenziert.</p>
TI	<p>Sarà centrale in questa disciplina una definizione chiara dei codici CHOP & ICD per assicurare che gli interventi realmente MAS siano sottoposti ad assoggettamento e che i numeri minimi richiesti per gli interventi permettano un equilibrio adeguato tra concentrazioni in centri specialistici e presa a carico sufficientemente regionalizzata per interventi più semplici.</p>
TG	<p>Prinzipiell ist es sinnvoll, die operative Therapie der gynäkologischen Tumoren in den Händen des gynäkologisch ausgebildeten Fachpersonals bzw. im zertifizierten Zentrum zu wissen. Hierzu existieren zuverlässige Studien, welche einen signifikanten Vorteil zugunsten der spezifisch gynäkologisch-onkologisch behandelten Patientinnen zeigen. Die Interpretation der Studien für eine HSM-basierte Qualitätsoptimierung werden hingegen immer wieder in Zweifel gezogen. So basiert die HSM-Argumentation auf einer Reihe von selektiven Publikationen, welche teilweise unvollständig wiedergegeben werden. Exemplarisch die Zahl von >20 Fällen als Definition für ein High-Volume Center. In den meisten Studien - auch in zitierten - ist ein High Volume als >10 resp. >12 definiert. Zudem werden Zahlen aus Publikationen, welche sich mit der Brachytherapie befassen, mit solchen Resultaten aus operativen Studien gleichgesetzt.</p>

Die malignen Ovarial-, Zervix, Vulva- und Vaginaltumoren, aber auch die Endometriumkarzinome ausgehend vom inneren bzw. äusseren Genitale bilden fachlich, diagnostisch, therapeutisch und in der Nachsorge in vielen Bereichen eine Einheit bzw. verlangen operationstechnisch häufig vergleichbare Vorgehensweisen. Eine Aufspaltung der verschiedenen Organmanifestationen bzw. die Abtrennung des Ovarialkarzinoms im Sinne einer HSM-Zuordnung ist aus dem Gesichtspunkt der Qualitätsoptimierung deshalb widersinnig.

Zur relevanten und damit wissenschaftlich nachvollziehbaren Qualitätsoptimierung laufen im Kanton Zürich derzeit Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler und der Gynäkologen ein schweizweit anwendbares Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und demnächst einzuführen. Dieses Zertifikat basiert mehrheitlich auf jenem der Deutschen Krebsgesellschaft, welche nebst Fallzahlen für die Gesamtheit der genitalen Malignome einen ausgedehnten Katalog qualitätsrelevanter Kriterien fordert, dies im Gegensatz zu dem vorliegenden HSM-Konzept.

Die Fragmentierung der Gruppe der komplexen gynäkologischen Tumoren auf die Ebene der einzelnen Tumorentitäten im Rahmen des HSM Vorschlags ist kontraproduktiv und führt nicht nur zu einer fraglichen Qualitätsoptimierung im Zentrum, sondern v.a. auch zu einer klaren Verschlechterung der Versorgungssicherheit in der Peripherie. Durch die Einschränkung des Behandlungsspektrums wird in vielen kleineren Kantonen und Spitälern die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Qualitätseinbusse der peripheren gynäkologischen Gesundheitsversorgung führt. Ein solcher Verlust von operativem Knowhow bspw. im retroperitonealem Raum würde z.B. bei schwergradigen postpartalen Blutungen vital bedrohliche Ausmasse provozieren.

Auch das Argument, dass die Zentralisierung einzelner Tumorentitäten im Vorschlag der HSM eine verbesserte Ausbildung und wissenschaftliche Forschung ermöglicht, dürfte bei der Etablierung der derzeit in Entwicklung befindlichen Zentrumsbildung via gynäkologisch-onkologischem Zertifikat an Bedeutung einbüßen.

Schliesslich kann in der Schweiz kein Qualitätsproblem bez. Therapie der gynäkologischen Tumoren nachgewiesen werden, die diesbezüglich wenigen Daten bsw. beim Ovarialkarzinom sprechen sogar eher für ein überdurchschnittliches Outcome. Sicherlich braucht es aber ein Assessment der Qualität, und erst später bei Bedarf eine Regulierung. Das erwähnte gynäkologisch-onkologische Zertifikat bietet hierzu eine optimale Plattform.

Zielführend für eine gute und kosteneffiziente Behandlung ist eine enge Zusammenarbeit der Disziplinen, stringente Protokolle und eine strikte Qualitätskontrolle. Dies kann genauso an einem Haus mit 10 Eingriffen sehr gut funktionieren, sogar besser als an einem Universitätsspital, in welchem die interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere zwischen den operativen Disziplinen nicht immer reibungslos verläuft.

Die zitierten Studien sind teilweise Editorials (=persönliche Meinungen), inkorrekt wiedergegeben, aus dem Kontext gerissen oder behandeln ein anderes Thema.

Der HSM sollen lediglich Kliniken zugeteilt werden, was für das perioperative Management inklusive spezialisierter Pflege und Intensivmedizin gerechtfertigt ist. Unberücksichtigt ist die Spezialisierung des Operateurs. Wie beim Brustkrebs sollten "core team" Operateure gefordert werden, welche eine gewisse Spezialisierung und Anzahl Ovarialkarzinom Operationen oder Zervix- und Vulvakarzinom Operationen durchführen. Eine grosse Klinik mit 30 Ovarialkazinomoperationen, welche sich auf 4 Operatuere verteilen hat eventuell eine andere Ergebnisqualität als eine kleinere mit 15 Fällen, welche alle vom "dedicated" Operateur operiert werden. Dass die Ausbildung des Operateurs für das Ueberleben einer Ovarialkarzinompatientin eine Rolle spielt, wurde schon vor Jahrzehnten

	<p>nachgewiesen. In der Zertifizierung der deutschen Krebsgesellschaft und in der zürcher Zertifizierung für Gynäkologische Tumorzentren wird ein "core team" Operateur gefordert, welcher bei allen gynäkologisch onkologischen Operationen anwesend sein muss. Dies soll gemäss SIWF und SGGG Weiterbildung, sowie gemäss Literatur ein "gynäkologischer Onkologe" sein, welcher die Expertise für solche Operationen sowie deren Nachbehandlung hat. Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Tatsache, dass sich die notwendigen operativen Kompetenzen bei den gynäkologisch onkologischen Operationen überschneiden, hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe basierend auf der vorliegenden evidenzbasierten Literatur und internationalen Guidelines, folgende Auflage für den "core team" Operateur definiert: Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie SIWF, welcher 40 Fälle gynäkologischer Malignome (ohne Mammakarzinome) innert 2 Jahren operiert.</p> <p>Zusätzlich soll die Teilnahme an klinischen Studien der SAKK, ENGOT und Swiss AGO gefordert werden. Hier hat sich gezeigt, dass auch kleinere Kliniken eine rege Studienteilnahme aufweisen können, welche zum Teil die der Universitätskliniken übersteigt obwohl sie absolut kleinere Fallzahlen aufweisen. Die Studientätigkeit sollte unbedingt berücksichtigt werden, da diese die beste Qualität für die Patientinnen garantiert.</p>
Hôpitaux	
Kantonsspital Baden AG	<p>Eine Verbesserung respektive Sicherung der Behandlungsqualität gynäkologischer Tumore kann mit unterschiedlichen Mitteln erreicht werden. Kantonal wird mitunter bereits mit der Vergabe von Leistungsaufträgen eine Regulierung nach Fallzahlen angestrebt oder umgesetzt. Ähnlich, aber kantons-übergreifend und auf einzelne Entitäten bezogen, ist nun der Ansatz der HSM. Keine Berücksichtigung im vorgeschlagenen Modell der HSM findet bislang der fachliche Hintergrund der behandelnden Ärzte, was schwer nachvollziehbar ist. Die Behandlung von gynäkologischen Tumorpatientinnen durch einen Schwerpunktträger für Gynäkologische Onkologie wird nicht thematisiert bzw. gefordert. Die Hürden für den Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie sind entsprechend der fachlichen Qualifikation hoch. Gemäss den Vorgaben für diesen Titel werden nicht nur eingehende theoretische, sondern auch praktische Fähigkeiten und Erfahrung in sämtlichen Bereichen vorausgesetzt. Die Zusatzbezeichnung bestätigt also die Fähigkeit, das gesamte Spektrum gynäkologischer Tumorerkrankungen qualitativ hochstehend zu behandeln. Ein Anheben der Versorgungsqualität, wie es die HSM anstrebt, sollte schlüssigerweise auch diesen Faktor berücksichtigen. Massnahmen zur Qualitätssicherung und Studientätigkeit sind weitere Faktoren, die Beachtung finden sollten. Die Versorgungsstruktur, insbesondere die Interdisziplinarität, das Vorhandensein von Intensivbetten, Psychoonkologen, spezialisierter Pflege etc. bleiben im aktuellen Vorschlag vollständig unberücksichtigt.</p> <p>Eine Aufteilung der Gynäkologischen Onkologie in Einzelentitäten erscheint nicht zielführend, weder im Kontext mit den Ansprüchen an das Diplom für Gynäkologische Onkologie noch praktisch. Letztlich geht es um spezielle Tumorchirurgie im kleinen Becken, welche sich zwischen den Tumorentitäten sehr ähneln kann und eine übergreifende Expertise fordert. Ein Ovarialkarzinom kann ebenso wie ein Zervixkarzinom im Frühstadium technisch einfach zu operieren sein, ein fortgeschrittenes Endometriumkarzinom oder auch benigne Erkrankungen wie die Endometriose können ein hohes Level an Expertise erfordern. Die erforderlichen Kenntnisse in nichtoperativen Bereichen wie der medikamentösen Systemtherapie, der Strahlentherapie, der Supportivtherapie u.a. sind entitätsübergreifend bei der Behandlung gynäkologischer Tumorerkrankungen gefordert.</p> <p>Bei einer Planung der Versorgung sollte man nicht ausser Acht lassen, dass bereits jetzt die Bestrebungen der Qualitätssicherung auf kantonaler Ebene durch die restriktivere Vergabe von Versorgungsaufträgen zu einer gewissen Konsolidierung führen werden. Zudem ist das «Swiss Excellence Program for Gynecological Cancers (GynT-Zertifikat)» in Initiative der Gesundheitsdirektion Zürich und der</p>

	<p>Projektgruppe GYNT des VZK (Verband Zürcher Krankenhäuser) unter Mitarbeit des Vorstands der SGGG sowie der AGO angestossen worden. Auch dies mit dem Ziel, die Versorgungsqualität gynäkologischer Tumorerkrankungen sicherzustellen. Die Fachgesellschaft ist bei der aktuellen Planung der HSM ebenso wenig involviert gewesen wie Vertreter mittelgrosser Spitäler respektive Kantonsspitalern. Es muss darauf geachtet werden, dass die designierten (kantonalen) Zentrumsspitäler Berücksichtigung finden. Diese sind für die wohnortnahe Versorgung und auch für die Ausbildung zukünftiger Fachärzte unverzichtbar. Eine Einschränkung des Spektrums dieser Häuser hätte fatale Folgen, nicht nur für die unmittelbare Versorgungsstruktur sondern zum Beispiel auch für die ohnehin bereits oft schwierige Besetzung von Kaderpositionen. Ein Verlust an Attraktivität für Bewerber mit konsekutivem Mangel an hochqualifiziertem Personal hätte wiederum Negativeffekte für die gesamte Versorgung, die weit über das Spektrum der gynäkologischen Onkologie hinausreichen. Auch sollte bedacht werden, dass die fachliche Entwicklung eines Spitals respektive einer Abteilung durch die vorgeschlagene HSM Regelung praktisch ausgeschlossen wäre, vielmehr würde gelten: wer aktuell erfüllt, bekommt den Auftrag, alle anderen werden diesen nie bekommen können.</p> <p>Die Kopplung von ICD und CHOP empfinde ich im vorgeschlagenen Modell als problematisch. Auch die primäre Radiotherapie und/oder primäre Chemotherapie, manchmal auch die primäre rein supportive Therapie, können richtige Therapien für Primärerkrankungen sein. Innovative operative Verfahren zielen gerade in der Onkologie aktuell auf eine De-Eskalation und geringere Radikalität. Sentinel-Node Techniken, die aktuell in vielen Fällen vollständige pelvine und paraaortale Lymphadenektomien ersetzen können, sind hierfür ein Beispiel. Weniger zu operieren kann für die Versorgungsqualität der einzelnen Patientin richtig respektive qualitativ besser sein, die Verknüpfung von Versorgungsanträgen an Eingriffszahlen kann hier definitiv falsche Anreize setzen.</p> <p>Zu guter Letzt muss angeführt werden, dass ein Qualitätsmangel in der Versorgung gynäkologischer Tumore in der Schweiz postuliert wird, aber nicht belegt werden kann. Vielmehr werden Daten aus anderen Ländern mit teils vollständig anderer Versorgungsstruktur zum Vergleich herangezogen, die Argumentation wird ausserdem durch eine sehr selektive Zitierung von Literatur unterstützt. Die Formel «hohe Fallzahl = hohe Qualität» ist zwar einfach für eine Argumentation zu verwenden, aber sicher nicht allgemeingültig. Auch andere Faktoren sind massgeblich für die Behandlungsqualität. Die persönliche Qualifikation und die lokale Infrastruktur der Versorgungseinheiten müssen in diesem Kontext Berücksichtigung finden. Eine objektive Bestandsaufnahme der Versorgungsqualität gynäkologischer Tumorerkrankungen in der Schweiz existiert nicht.</p>
Insel Gruppe AG	<p>Ja. Nur eine Zentralisierung kann die entsprechende Erfahrung der behandelnden Zentren gewährleisten. Die im Bericht erwähnten Tumoren betreffen nur ein kleiner Teil der gynäkologischen Malignome.</p>
Spitalzentrum Biel	<p>L'amélioration ou la garantie de la qualité du traitement des tumeurs gynécologiques peut être obtenue par différents moyens. Au niveau cantonal, l'attribution de contrats de services est parfois déjà visée ou mise en œuvre comme moyen de régulation du nombre de cas. Le modèle MHS proposé ne tient pas compte du parcours professionnel des médecins spécialistes et/ou chirurgiens gynécologues, ce qui est difficile à comprendre. Le traitement des patients atteints de tumeurs gynécologiques par un titulaire d'un titre spécial pour l'oncologie gynécologique n'est pas abordé ni exigé. Les obstacles à l'obtention du titre de spécialité Oncologie gynécologique sont élevés, selon la qualification professionnelle et difficilement accessible sans séjour à l'étranger. Selon les conditions requises pour ce titre, il faut non seulement des connaissances théoriques approfondies, mais aussi des compétences et une expérience pratiques dans tous les domaines. Ce titre supplémentaire confirme ainsi la capacité à traiter avec une grande qualité l'ensemble des maladies tumorales gynécologiques. L'amélioration de la qualité des soins, à laquelle la MHS aspire, devrait également tenir compte de ce</p>

	<p>facteur de manière concluante. Les mesures d'assurance qualité et les activités d'enseignement sont d'autres facteurs à prendre en compte. La structure des soins, en particulier l'interdisciplinarité, la disponibilité de lits de soins intensifs, de psycho-oncologues, de soins spécialisés, etc. sont complètement ignorés dans la proposition actuelle.</p> <p>Une division de l'oncologie gynécologique en entités individuelles ne semble pas opportune, ni dans le contexte des exigences d'un diplôme en oncologie gynécologique ni dans la pratique. En fin de compte, il s'agit d'une chirurgie tumorale spéciale dans le petit bassin, qui peut être très similaire entre les entités tumorales et nécessite une expertise complète. Un carcinome ovarien peut être techniquement facile à opérer tout comme un carcinome du col de l'utérus à ses débuts, un carcinome de l'endomètre avancé ou encore des maladies bénignes comme l'endométriose peuvent nécessiter un haut niveau d'expertise. Les connaissances nécessaires dans des domaines non chirurgicaux tels que la thérapie systémique médicamenteuse, la radiothérapie, la thérapie de soutien, etc. sont requises dans toutes les entités de traitement des maladies tumorales gynécologiques.</p> <p>Lors de la planification des soins, il ne faut pas oublier que les efforts de l'assurance qualité au niveau cantonal conduiront déjà à une certaine consolidation par l'attribution plus restrictive des contrats de soins. Il faut veiller à ce que les hôpitaux centraux (cantonaux/grande ville) désignés soient pris en compte. Ceux-ci sont indispensables pour les soins de proximité et aussi pour la formation des futurs spécialistes. Une restriction du spectre de ces hôpitaux aurait des conséquences fatales, non seulement pour la structure des soins immédiats, mais aussi, par exemple, pour le recrutement déjà souvent difficile de cadres. Une perte d'attractivité pour les candidats, avec un manque consécutif de personnel hautement qualifié, aurait à son tour des effets négatifs sur l'ensemble du système de soins, qui s'étendraient bien au-delà du spectre de l'oncologie gynécologique. Il faut également considérer que le développement professionnel d'un hôpital ou d'un service serait pratiquement exclu par le règlement HSM proposé.</p> <p>Nous trouvons problématique le couplage de la CIM et du CHOP dans le modèle proposé. En oncologie notamment, des procédures chirurgicales innovantes visent actuellement à la désescalade et à la réduction de la radicalité. Les techniques de ganglions sentinelles, qui peuvent actuellement remplacer les lymphadénectomies pelviennes et para-aortiques complètes dans de nombreux cas, en sont un exemple. Opérer moins peut être correct, voire meilleur, pour la qualité des soins de chaque patient, le fait de lier les demandes de soins au nombre d'opérations peut certainement créer de mauvaises incitations.</p> <p>Enfin, il faut mentionner qu'un manque de qualité dans les soins des tumeurs gynécologiques en Suisse est imaginé et postulé mais ne peut être prouvé à ce jour. Ce sont plutôt des données provenant d'autres pays, dont certains ont des structures de soins complètement différentes, qui sont utilisées à des fins de comparaison, et l'argumentation est étayée par une citation très sélective de la littérature. Bien que la formule "nombre élevé de cas = haute qualité" soit facile à utiliser pour l'argumentation, elle n'est certainement pas universellement valable. D'autres facteurs sont également déterminants pour la qualité du traitement. Les qualifications personnelles et l'infrastructure locale des unités de soins de santé doivent être prises en compte dans ce contexte. Il n'existe pas d'évaluation objective de la qualité des soins pour les maladies gynécologiques tumorales en Suisse.</p>
Kantonsspital Basel-land	<p>Insgesamt macht es wenig Sinn, die gynäkologischen Tumore, insbesondere Ovarial-, Zervix-, Vulva- und Vaginaltumore zu trennen. Die gynäkologisch-onkologisch tätigen Gynäkologen behandeln alle solchen Karzinome und haben eine grosse Expertise darin. Die Vorgehensweise ist bei diesen Karzinomen häufig gleich. Die Ausbildung zu einem Schwerpunkttitelträger ist sehr anspruchsvoll und diese Qualifikation spielt in dem vorgeschlagenen Modell der HSM keine Rolle. Sie gehört meines Erachtens genau so dazu, wie die</p>

	<p>Interdisziplinarität der chirurgischen Fächer, die Intensivmedizin, Pathologie mit Schnellschnitt, Radiologie mit SN-Verfahren und erfahrene Pflege sowie Psychoonkologie.</p> <p>Die Aufteilung in Einzelentitäten erscheint nicht sinnvoll. Ein Frühstadium eines "komplex-gynäkologischen Tumors" kann viel einfacher zu operieren sein, als ein komplexer benigner Eingriff wie z.B. die Endometriose oder ein fortgeschrittenes Endometriumkarzinom. Die nichtoperativen Bereiche wie die Onkologie, Pathologie, Psychoonkologie, Strahlentherapie, onkologische Pflege sind entitätsübergreifend bei der Behandlung aller gynäkologischer Tumorerkrankungen gefordert.</p> <p>Es ist darauf zu achten, dass die designierten (kantonalen) Zentrumsspitäler Berücksichtigung finden. Diese sind für die wohnortsnahe Versorgung und auch für die Ausbildung zukünftiger Fachärzt*innen unverzichtbar. Eine Einschränkung des Spektrums dieser Häuser hätte fatale Folgen auch für die bereits jetzt schwierige Besetzung von Kaderpositionen. Dies führt zu einer Kettenreaktion mit schlechter ausgebildeten Fachärzten, die evtl. nie ein gynäkologisches Karzinom in ihrer Ausbildung gesehen haben und es deshalb auch nicht erkennen werden, wenn sie in der Praxis arbeiten.</p> <p>Wie hoch die Zahl sein muss, um die Karzinome operieren zu dürfen, wird in Studien unterschiedlich beurteilt. Können diese Zahlen aus anderen Ländern auf die Schweiz übertragen werden? Jedenfalls ist dies fraglich, da die Ausbildung zum Facharzt/ zur Fachärztin in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich ist und ich aus eigener Erfahrung sagen darf, dass unsere Ausbildung sehr gut ist in der Schweiz. Hat ein einzelner gynäkologisch-onkologischer Gynäkologe/Gynäkologin 10 Ovarialkarzinome operiert, hat er mehr Erfahrung als eine grosse Klinik mit 30 Ovarialkarzinomen, die sich auf 3-4 Operateure aufteilen.</p> <p>Es laufen Bestrebungen, ein Zertifikat zur Behandlung gynäkologischer Tumore zu entwickeln und einzuführen. Es basiert auf Qualität. Das Vorpreschen dieser HSM-Vernehmlassung ist kontraproduktiv.</p> <p>Ebenso ist die Kopplung von ICD- 10 und CHOP-Code fraglich. Auch nicht chirurgische Verfahren (primäre Radiotherapie und /oder primäre Chemotherapie) können die richtige Therapie bei Primärerkrankungen sein. Die chirurgischen Verfahren beim Ovarial- und Zervixkarzinom zeigen zunehmend eine geringere Radikalität., z.B. ersetzen Sentinellymphknotenverfahren in vielen Fällen die vollständige pelvine und paraaortale Lymphadenektomie.</p>
St. Claraspital AG	Voraussetzungen: Gynäkologische Onkologie, zertifizierte Intensivstation, Viszeralchirurgie im Hause, Tumorzentrum mit Tumorkonferenz.
Bethesda Spital AG	Ich bin klar dafür, dass man rein qualitätsgetrieben auf die Fallzahlen der einzelnen Häuser achtet. Es kann nicht sein, dass automatisch jede UNI-Klinik oder jede grössere Klinik mit IPS den Zuschlag erhält. Ich hoffe sehr, dass die CH es schafft, ein Zeichen im Sinne einer optimalen, qualitativ hochstehenden Versorgung für unsere Patientinnen zu setzen und sich auf 2 (-3) Zentren konzentriert. Auch aus Kosten- und Ausbildungsgründen die einzig sinnvolle Variante.
Hôpital fribourgeois	<p>Tous ces cancers imposent aux praticiens d'avoir à un TUMOR BOARD (RPD) pluridisciplinaire et:</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'une unité de soins intensifs avec réanimation possible • d'équipes chirurgicales poly disciplinaires: chirurgie digestive, urologues, radiologie interventionnelle

	<ul style="list-style-type: none"> • d'un service de médecine nucléaire avec Pet Scan, scintigraphie, ganglion sentinél • d'un service performant de radiologie avec Scan CT, IRM • d'un service d'oncologie médicale (chimiothérapie) et immunothérapie • d'un service de radio oncologie • d'un service d'anatomopathologie performant avec extemporané si possible disponible et programmée. • d'une unité de psychothérapie clinique spécialisée <p>Le tout pouvant travailler en synergie et dans une commune décision thérapeutique pour la sécurité des patientes. Une commission d'Ethique clinique est également nécessaire pour analyser les cas difficiles.</p>
Hôpitaux universitaires de Genève	Globalement d'accord avec les propositions. On devrait inclure à mon avis également les cancers de l'endomètre à haut risque.
Stiftung Kantonsspital Graubünden	<p>Die (klinische) Forschung wird im Dokument «Evaluation Komplexe gynäkologische Tumoren; Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin» als Argument für eine Zentralisierung ins Feld geführt. Die Forschung wird jedoch nicht, wie impliziert, in einigen (universitären) Zentren durchgeführt, sondern auch in kantonalen nicht universitären Zentren. So verfügt das Kantonsspital Graubünden über eine hohe Expertise in der Forschung bei allen komplexen gynäkologischen Tumoren und ist national wie international vernetzt. So werden in unserem Spital regelmässig mehr Patienten pro Jahr in klinische Studien der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Krebsforschung (SAKK) eingeschlossen, als an den Universitätsspitalern. Hier gilt es eher anstelle einer Zentralisierung die Vernetzung der Forschung voranzutreiben. Eine Patientin wird auch eher bereit sein, in einem wohnortsnahen Zentrum an einer klinischen Studie teilzunehmen, als an einem weit entfernten Zentrum.</p> <p>Ein weiterer Aspekt, welcher als Argument für eine Zentralisierung angegeben wird, ist die Weiterbildung basierend auf folgender Überlegung: Weil gewisse (universitären) Zentren nicht genügend Fälle für die Weiterbildung haben, sollen die Fälle ins Zentrum transferiert werden. Der Gedanke, dass Patientinnen für die Weiterbildung ins Zentrum sollen, ist problematisch. Nicht die Patientin sollte zum Arzt/Ärztin, sondern der Arzt/Ärztin sollte zur Patientin. Hier liegt die Lösung der Weiterbildung also nicht in einer verstärkten Zentralisierung sondern in der Etablierung von Weiterbildungskooperationen. Zuletzt noch folgende Bemerkung zur Weiterbildung: Wohin sollten die weitergebildeten Ärzte und Ärztinnen nach ihrer Weiterbildung im Zentrum gehen? In einer Klinik der Peripherie können sie das Erlernte nicht anwenden, da dort dann keine Leistungsaufträge für komplexe gynäkologische Tumoren existieren. Das Konzept ist hier nicht stimmig.</p> <p>Eine übermässige Zentralisierung, wie sie vorgesehen ist, wird dazu führen, dass in vielen Teilen der Schweiz z.B. in Graubünden komplexe gynäkologische Tumoren nicht mehr behandelt werden können.</p>
Réseau Hospitalier Neuchâtelois	<p>Commentaires généraux :</p> <p>Nous souhaitons soulever des éléments issus d'une revue de littérature ou de bonnes pratiques de gestion hospitalière qui nous semblent pertinents de rappeler dans cette consultation :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les valeurs seuils du nombre minimal de cas ne reposent pas sur des bases suffisamment étayées, comme admis dans le rapport : « il n'existe pas de valeur seuil claire pour un nombre minimal de cas qui représenteraient l'optimum ». Si notre institution rejoint le principe du lien entre la qualité et un volume minimal pour les chirurgiens et les institutions, la variabilité des différentes procédures MHS repose sur un certain arbitraire dans la fixation du seuil minimal. La procédure de candidature en urologie sur les cystectomies radicales définit par exemple un seuil à 10 cas basé sur des études notamment en Angleterre et des avis d'experts alors que la procédure en chirurgie viscérale fixe un seuil à 20 cas basé sur des recommandations allemandes. Ces démarches de fixation de seuil manquent de bases solides pour des procédures d'une telle importance. Il en ressort le sentiment d'une détermination à l'avance d'un nombre défini de centres accrédités permettant de fixer un seuil selon les volumes suisses des interventions considérées. • Les arguments se concentrent principalement sur la quantité et des exigences formelles. Peu de critères de rattachement sont liés à la qualité de manière plus globale qui devraient également être un facteur déterminant lorsque l'on considère les interventions MHS. Les analyses de volume opératoire doivent aussi intégrer des éléments liés aux aspects de processus de soins, tout comme des benchmark sur des indicateurs de qualité des prestations considérés. D'autres critères ne sont pas pris en considération par la MHS tels que l'accès aux soins pour une population vulnérable, le vieillissement démographique et surtout la fragmentation et la transition des soins. En effet, il est important de considérer l'accès aux soins lors des phases préopératoires et postopératoires. La fragmentation des soins est potentiellement associée à un pronostic plus mauvais pour les patients qui ont dû se déplacer loin de leur domicile (Haddad et al 2015, Haddad et al 2017) ou qui ont été pris en charge par étapes et de manière fragmentée entre différentes institutions dans le processus complet de prise en charge. La centralisation sur un nombre trop limité de centres, aux capacités en ressources et en infrastructures limitées pourrait induire des délais de prise en charge, une fragmentation de la prise en charge, voire des difficultés d'accéder aux traitements de manière fluide et coordonnée. Il a été vivement recommandé que les standards de volume opératoire lors des processus de centralisation soient fixés de manière raisonnable, ceci afin d'éviter de placer des barrières trop importantes à l'accès aux soins (Birkmeyer et al 2003). Cet élément nous paraît primordial pour éviter qu'un nombre trop limité de centres reconnus aboutissent à un accès complexe aux prestations, des délais de prise en charge et à des parcours de soins difficile à coordonner, avec au final, une baisse de la qualité globale. Au vu de ces éléments, nous soutenons qu'une fixation à un seuil minimal trop bas limiterait les critiques sur le rapport proposé. • Si le RHNe rejoint l'analyse sur les exigences des structures (qualifications, disponibilité, prestations transversales disponibles), nous souhaitons souligner que les critères liés à la formation, à la recherche et aux publications semblent disproportionnés en lien avec les objectifs initiaux. La recherche peut s'effectuer par l'inclusion dans des études multicentriques et les formations peuvent s'effectuer de manière particulièrement efficace dans des équipes de taille moyenne. • L'économicité des prestations dans un centre de référence n'est pas démontrée. Le type d'hôpital n'a qu'un impact limité sur le coût d'une intervention. • Nous nous interrogeons sur la place spécifique qu'occupe les cliniques privées dans la fourniture de ces prestations MHS. La procédure semble limiter le périmètre aux prestations LAMal. Les patients disposant d'assurances privées pourront donc être
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>traités dans des institutions ne répondant pas aux exigences des présentes procédures. Il paraîtrait justifié, que toutes les cliniques, au minimum celles disposant d'un financement LAMal (cliniques privées disposant d'un mandat cantonal), soient soumises aux mêmes critères, même pour une patientèle privée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est dommageable que les groupes d'accompagnement MHS soient principalement composés d'opérateurs pratiquant dans des hôpitaux universitaires ou de catégorie A et que peu d'intervenants pratiquant dans des hôpitaux d'autres catégories aient été inclus dans la réflexion. Ces compositions renforcent une crainte sur une orientation préalable des critères ayant défini les seuils minimaux de cas et certaines exigences dans la présente procédure. • Si nous saluons la volonté de la MHS d'impliquer les acteurs lors des évaluations et des réévaluations, nous regrettons de ne pas avoir de visibilité sur les éléments qui ont été pris en considération entre les procédures de rattachement et les procédures de candidatures. Dans ces dernières, il n'est laissé que peu de place aux remarques et commentaires. Les rapports d'inclusion à la MHS apportent des principes généraux que nous soutenons, mais sans aucun critère défini. Ensuite, la procédure de candidature s'appuie, in fine, sur des critères qui n'ont jamais fait l'objet de consultations. Cet état de fait est très dommageable et diminue grandement la crédibilité des procédures. <p>En résumé, le RHNe soutient la logique de rattachement des prestations hautement spécialisées à la MHS pour autant que les critères définis aient fait l'objet d'une consultation et par une meilleure représentation des acteurs au sein des groupes d'accompagnement.</p>
Frauenklinik Spital Grabs	<p>Ganz grundsätzlich macht es keinen Sinn, die Gruppe der gynäkologisch-onkologischen Tumoren zu fragmentieren und einzelne Tumorentitäten der HSM zuzuteilen. Denn es handelt sich bei diesen Tumoren um eine Krankheitsgruppe, die sowohl in der Diagnostik, aber auch in der operativen und systemischen Therapie, sowie in der Nachsorge in weiten Teilen überlappt. Daher ist das Argument der "Seltenheit", einer Erkrankung bzw. einer Behandlungsform für die Gruppe als Ganzes nicht gegeben und damit auch das eigentliche Argument für eine Zuordnung zur HSM nicht erfüllt. Bei der operativen Behandlung der gynäkologisch-onkologischen Tumoren handelt es sich um gynäkologische Tumorchirurgie im kleinen Becken, die sich hinsichtlich des konkreten handwerklich-operativen Vorgehens des gynäkologisch-onkologischen Operateurs zwischen den einzelnen Tumorentitäten kaum oder nicht unterscheidet. Das angedachte HSM-Konzept berücksichtigt nicht, dass die Operationstechniken (zB hinsichtlich der Lymphonodektomie inklusive des Sentinels) je nachdem ob es sich um zB um Ovar, Zervix, Uterus, Tube oder auch Vulva handelt im Grunde die gleichen sind und damit die Expertise über mehr als eine Tumor-Entität hinaus erworben, bzw. ausgeübt werden. Das gleiche gilt auch für die Technik der Hysterektomie (laparoskopisch oder offen), die Omentektomie etc.</p> <p>Ganz abgesehen davon, dass eine Abgrenzung der einzelnen Diagnosen aus operativer Sicht widersinnig ist, ist diese in vielen Fällen auch primär gar nicht möglich, da die endgültige Diagnose erst mit der histologischen, dh. feingeweblichen Aufarbeitung postoperativ definitiv gestellt wird.</p> <p>Es ist wissenschaftlich gut begründeter internationaler Standard die gynäkologisch-onkologischen Tumoren als eine Behandlungsgruppe zusammenzufassen und unter dem Lead der Spezialisten in diesem Feld den gynäkologischen Onkologen behandeln zu lassen. Konsequenterweise wurde in der Schweiz für diese Fachspezialisten in der Frauenheilkunde durch die Fachgesellschaft SGGG und das SIWF eine sehr anspruchsvolle und aufwändige Subspezialisierung bzw. Schwerpunktausbildung für die gynäkologische Onkologie implementiert. Diese umfasst die Behandlung der gesamten Gruppe der gynäkologisch-onkologischen Tumoren im Rahmen</p>

eines sehr langen und intensiven Ausbildungsweges von mindestens 11 Jahren. Das Anforderungsprofil für diesen Schwerpunkttitle ist insbesondere auch was die Operationszahlen angeht sehr hoch.

So ist es naheliegend und nur konsequent, dass im Bereich der Behandlung von gynäkologisch-onkologischen Tumoren der Prozess der Zentralisierung und Konzentrierung, zB durch die Bildung zertifizierter GYNT-Zentren (in Analogie zu den erfolgreich etablierten zertifizierten Brustzentren) in vollem Gange ist. Zertifizierungsgrundlage sind dabei die Anforderungen der DKG oder auch der momentan in Vernehmlassung befindliche (auf den DKG-Kriterien basierenden) Anforderungskatalog der Zürcher Spitäler GYNT-ZH für die gynäkologischen Tumore (in Zusammenarbeit mit der SGGG). Ein solches Konzept trägt damit der Tatsache Rechnung, dass die Gruppe der gyn. Tumoren eine hohe fachliche Expertise für ihre Behandlung benötigt, wobei es wiederum von grossem Vorteil ist über die einzelnen Tumorentitäten hinaus eine Behandlungsstrategie zu entwickeln, zumal sich die Diagnosen und Interventionen breit überschneiden. Ganz entscheidend ist aber, dass in derartigen gynäkologisch-onkologischen Tumorzentren bereits vom konzeptionellen Ansatz her die notwendige Interdisziplinarität insbesondere mit den Viszeralchirurgen, den Urologen, den medizinischen Onkologen, den Radioonkologen den Psychoonkologen, spezialisierten Pflegefachleuten etc. verpflichtend ist. Die Auflagen für DKG- oder GYNT-ZH zertifizierte gynäkologische Tumorzentren beinhalten multiple Massnahmen zur Qualitätssicherung (Mindest-Fallzahlen, Tumorboards (= interdisziplinäre Diskussionen und Therapie-Entscheidungen), Studienteilnahme, infrastrukturelle Erfordernisse (z.B. Intensivstation), Erhebung von Kennzahlen, Auflagen zur standardisierten Dokumentation, Zertifizierungen und regelmässige Re-Zertifizierungen).

Wie die sehr erfolgreiche Etablierung der Brustzentren vor allem auch mit dem etablierten Label von SGS und Krebsliga Schweiz zeigt, hat diese Zentrenbildung zu einer breitflächig alle Regionen in der Schweiz erreichenden qualitativ hochstehenden Versorgung von Brustkrebspatientinnen geführt. In Analogie dazu laufen auch entsprechende Bemühungen in der gynäkologischen Onkologie. Das macht Sinn und dient der Patientinnenversorgung in allen Regionen der Schweiz. Basis der Überlegungen für ein entsprechendes Schweizer Label, wie es im Kanton Zürich entwickelt und wohl innert Kürze etabliert wird, sind die Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG, hinsichtlich den fachlichen Anforderungen und Fallzahlen. Neben den Anforderungen, dass der Lead der operativen Behandlung bei Schwerpunkttitleträgern für gynäkologische Onkologie liegt, werden klare Fallzahlvorgaben gemacht. Dabei werden 40 gynäko-onkologische Operationen pro Operateur in 2 Jahren gefordert. Diese Mindestfallzahlen pro Operateur decken sich auch mit den Anforderungen, die zB die deutsche Fachgesellschaft in den Auflagen für die nach DKG zertifizierten gynäko-onkologischen Krebszentren macht.

Vor diesem Hintergrund wird klar, dass eine Aufspaltung bzw. Herauslösung einzelner Tumorentitäten aus der Gruppe der gynäkologischen Tumoren den laufenden Zentralisierungsbemühungen in GYNT-Zentren zuwiderläuft und damit durchaus auch zu Qualitätseinbussen führen kann. Umgekehrt gibt es keine Publikation bzw. Daten, die die Hypothese, dass es im Bereich der gynäkologischen Onkologie aktuell in der Schweiz ein Qualitätsproblem gibt, belegen.

Auch das Argument, dass für die Durchführung von hochwertiger Forschung, Lehre und internationaler Konkurrenzfähigkeit die Zuordnung der genannten Tumoren zur HSM notwendig ist, ist durch nichts belegbar, sondern ist sogar nachweislich falsch. Dies belegt der rege Einschluss von Patientinnen in klinische Studien auch durch die nicht universitären Frauen-Kliniken der Schweiz. Im Rahmen von gyn-onkologischen Tumorzentren ist der Einschluss von Patientinnen in klinische Studien sogar ein zwingendes Qualitätskriterium.

Kantonsspital St. Gallen	<p>Wir schlagen vor weitere Entitäten als Teilbereich "komplexe gynäkologische Tumore" aufzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endometriumkarzinom FIGO III, IV • Gynäkologische Tumore mit seltenen Histologien
Solothurner Spitäler AG	<p>Grundsätzlich erachten wir die Zentrumsbildung an grösseren Kliniken als sinnvoll und notwendig. Die entsprechende Infrastruktur, ein regelmässig durchgeführtes Tumorboard und die Zusammenarbeit der behandelnden Gynäkologinnen mit allen Querschnittsdisziplinen müssen bei allen für die HSM vorgeschlagenen Krebserkrankungen gewährleistet sein.</p> <p>Wir erachten die Absicht der HSM als erstrebenswert, da eine gewisse Zentralisierung der komplexen Krebserkrankungen erfolgen sollte. Nicht jeder Behandelnde verfügt über die entsprechende Infrastruktur. Die Patientinnen mit den oben genannten Diagnosen sollten in Institutionen behandelt werden, welche die entsprechende Infrastruktur und das entsprechend ausgebildete Personal zur Verfügung stellen können.</p> <p>Allgemein möchten wir darauf hinweisen, dass die weiteren behandlungsrelevanten Kriterien, wie z. B. Tumorboard, interdisziplinäre Zusammenarbeit etc. durch das Qualitätsorgan der SGGG festgelegt werden sollen.</p>
Klinik Seeschau AG	<p>Die SGGG gynécologie suisse hat, angeregt durch eine Gruppe Zürcherischer Spitäler die GYNT ZH erarbeitet. Diese verlangt hohe Standards, Mindestfallzahlen, Gynäko-onkologische Schwerpunkttitelträger und eine Reporting (Quality Dashboard). Sie ermöglicht aber, auch auf Ebene grösserer Kantonsspitäler weiterhin gynäkologische Karzinome in hoher Qualität zu behandeln. HSM dagegen beabsichtigt einen viel höheren Grad der Zentralisierung, die nicht mehr Qualität für die betroffenen Patientinnen bringt und die vernünftige Nachwuchsausbildung verhindert. Deshalb sind bei den obengenannten Karzinomen in meinen Augen nicht zwingend die HSM-Kriterien notwendig. Also sind die "JA-Antworten" mit der entsprechenden Einschränkung zu sehen. GYNT ZH umfasst dafür auch die Sarkome und Endometriumkarzinome, die bei HSM kein Thema sind.</p>
Spital Thurgau AG	<p>Prinzipiell ist es sinnvoll, die operative Therapie der gynäkologischen Tumoren in den Händen des gynäkologisch ausgebildeten Fachpersonals bzw. im zertifizierten Zentrum zu wissen. Hierzu existieren zuverlässige Studien, welche einen signifikanten Vorteil zugunsten der spezifisch gynäkologisch-onkologisch behandelten Patientinnen zeigen. Die Interpretation der Studien für eine HSM-basierte Qualitätsoptimierung werden hingegen immer wieder in Zweifel gezogen. So basiert die HSM-Argumentation auf einer Reihe von selektiven Publikationen, welche teilweise unvollständig wiedergegeben werden. Exemplarisch die Zahl von >20 Fällen als Definition für ein High-Volume Center. In den meisten Studien - auch in zitierten - ist ein High Volume als >10 resp. >12 definiert. Zudem werden Zahlen aus Publikationen, welche sich mit der Brachytherapie befassen, mit solchen Resultaten aus operativen Studien gleichgesetzt.</p> <p>Die malignen Ovarial-, Zervix, Vulva- und Vaginaltumoren, aber auch die Endometriumkarzinome ausgehend vom inneren bzw. äusseren Genitale bilden fachlich, diagnostisch, therapeutisch und in der Nachsorge in vielen Bereichen eine Einheit bzw. verlangen operationstechnisch häufig vergleichbare Vorgehensweisen. Eine Aufspaltung der verschiedenen Organmanifestationen bzw. die Abtrennung des Ovarialkarzinoms im Sinne einer HSM-Zuordnung ist aus dem Gesichtspunkt der Qualitätsoptimierung deshalb widersinnig.</p>

Zur relevanten und damit wissenschaftlich nachvollziehbaren Qualitätsoptimierung laufen im Kanton Zürich derzeit Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler und der Gynäkologen ein schweizweit anwendbares Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und demnächst einzuführen. Dieses Zertifikat basiert mehrheitlich auf jenem der Deutschen Krebsgesellschaft, welche nebst Fallzahlen für die Gesamtheit der genitalen Malignome einen ausgedehnten Katalog qualitätsrelevanter Kriterien fordert, dies im Gegensatz zu dem vorliegenden HSM-Konzept.

Die Fragmentierung der Gruppe der komplexen gynäkologischen Tumoren auf die Ebene der einzelnen Tumorentitäten im Rahmen des HSM Vorschlags ist kontraproduktiv und führt nicht nur zu einer fraglichen Qualitätsoptimierung im Zentrum, sondern v.a. auch zu einer klaren Verschlechterung der Versorgungssicherheit in der Peripherie. Durch die Einschränkung des Behandlungsspektrums wird in vielen kleineren Kantonen und Spitälern die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Qualitätseinbusse der peripheren gynäkologischen Gesundheitsversorgung führt. Ein solcher Verlust von operativem Knowhow bspw. im retroperitonealem Raum würde z.B. bei schwergradigen postpartalen Blutungen vital bedrohliche Ausmasse provozieren.

Auch das Argument, dass die Zentralisierung einzelner Tumorentitäten im Vorschlag der HSM eine verbesserte Ausbildung und wissenschaftliche Forschung ermöglicht, dürfte bei der Etablierung der derzeit in Entwicklung befindlichen Zentrumsbildung via gynäkologisch-onkologischem Zertifikat an Bedeutung einbüßen.

Schliesslich kann in der Schweiz kein Qualitätsproblem bez. Therapie der gynäkologischen Tumoren nachgewiesen werden, die diesbezüglich wenigen Daten bsw. beim Ovarialkarzinom sprechen sogar eher für ein überdurchschnittliches Outcome. Sicherlich braucht es aber ein Assessment der Qualität, und erst später bei Bedarf eine Regulierung. Das erwähnte gynäkologisch-onkologische Zertifikat bietet hierzu eine optimale Plattform.

Zielführend für eine gute und kosteneffiziente Behandlung ist eine enge Zusammenarbeit der Disziplinen, stringente Protokolle und eine strikte Qualitätskontrolle. Dies kann genauso an einem Haus mit 10 Eingriffen sehr gut funktionieren, sogar besser als an einem Universitätsspital, in welchem die interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere zwischen den operativen Disziplinen nicht immer reibungslos verläuft.

Die zitierten Studien sind teilweise Editorials (=persönliche Meinungen), inkorrekt wiedergegeben, aus dem Kontext gerissen oder behandeln ein anderes Thema.

Der HSM sollen lediglich Kliniken zugeteilt werden, was für das perioperative Management inklusive spezialisierter Pflege und Intensivmedizin gerechtfertigt ist. Unberücksichtigt ist die Spezialisierung des Operateurs. Wie beim Brustkrebs sollten "core team" Operateure gefordert werden, welche eine gewisse Spezialisierung und Anzahl Ovarialkarzinom Operationen oder Zervix- und Vulvakarzinom Operationen durchführen. Eine grosse Klinik mit 30 Ovarialkarzinomoperationen, welche sich auf 4 Operateure verteilen hat eventuell eine andere Ergebnisqualität als eine kleinere mit 15 Fällen, welche alle vom "dedicated" Operateur operiert werden. Dass die Ausbildung des Operateurs für das Ueberleben einer Ovarialkarzinompatientin eine Rolle spielt, wurde schon vor Jahrzehnten nachgewiesen. In der Zertifizierung der deutschen Krebsgesellschaft und in der zürcher Zertifizierung für Gynäkologische Tumorzentren wird ein "core team" Operateur gefordert, welcher bei allen gynäkologisch onkologischen Operationen anwesend sein muss. Dies soll gemäss SIWF und SGGG Weiterbildung, sowie gemäss Literatur ein "gynäkologischer Onkologe" sein, welcher die Expertise für solche Operationen sowie deren Nachbehandlung hat. Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Tatsache, dass sich die notwendigen operativen Kompetenzen bei den gynäkologisch onkologischen Operationen überschneiden, hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie

	<p>und Geburtshilfe basierend auf der vorliegenden evidenzbasierten Literatur und internationalen Guidelines, folgende Auflage für den "core team" Operateur definiert: Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie SIWF, welcher 40 Fälle gynäkologischer Malignome (ohne Mammakarzinome) innert 2 Jahren operiert.</p> <p>Zusätzlich soll die Teilnahme an klinischen Studien der SAKK, ENGOT und Swiss AGO gefordert werden. Hier hat sich gezeigt, dass auch kleinere Kliniken eine rege Studienteilnahme aufweisen können, welche zum Teil die der Universitätskliniken übersteigt obwohl sie absolut kleinere Fallzahlen aufweisen. Die Studientätigkeit sollte unbedingt berücksichtigt werden, da diese die beste Qualität für die Patientinnen garantiert.</p>
<p>Ente Ospedaliero Cantonale</p>	<p>Siehe Stellungnahme Ente Ospedaliero Cantonale zu Frage 1, Teilbereich «Trophoblasttumoren» (Tableau 11).</p>
<p>Spitalzentrum Oberwallis</p>	<p>Die Zuordnung der Behandlung gestützt auf das Alter der Patientinnen bei allen Tumorentitäten (Alter über 15 Jahre) sollte unabhängig von einer Zuordnung als HSM in ein Therapieteam, das in der Betreuung erwachsener Frauen erfahren ist, erfolgen. Im Hinblick auf die spezifischen hormonellen Aspekte der Behandlung, Langzeitfolgen für die Fertilität, ist der Blickwinkel des Pädiaters oder pädiatrischen Chirurgen im allgemeinen nicht der optimale.</p>
<p>Zuger Kantonsspital AG</p>	<p>Die (klinische) Forschung wird im Dokument "Evaluation Komplexe gynäkologische Tumoren; Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizinals" als Argument einer Zentralisierung angefügt. Diese wird eben nicht, wie impliziert wird, in einigen (universitären) Zentren durchgeführt, sondern auch dezentral in kantonalen nicht universitären Zentren. So ist unser Spital regelmässig beteiligt beim Einschleusen von Studienpatientinnen in Studien der Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK), teilweise direkt, teilweise indirekt über das Luzerner Kantonsspital. Hier gilt es eher vor einer Zentralisierung die Vernetzung der Forschung voranzutreiben. Eine Patientin wird auch eher bereit sein, in einem wohnortsnahen Zentrum an einer klinischen Studie teilzunehmen.</p> <p>Ein weiterer Aspekt, welcher hier als Argument für eine Zentralisierung angegeben wird, ist die Weiterbildung. Der Gedankengang ist hier: Weil gewisse (universitären) Zentren nicht genügend Fälle haben für die Weiterbildung, sollen die Fälle ins Zentrum transferiert werden. Der Gedanke, dass Patientinnen für die Weiterbildung ins Zentrum sollen, ist problematisch. Nicht die Patientin sollte zum Arzt / zur Ärztin sondern der Arzt / die Ärztin sollte zur Patientin. Hier ist die Lösung der Weiterbildung also nicht in einer Zentralisierung, sondern in der Etablierung von Weiterbildungskooperationen zu suchen. Zuletzt noch folgende Bemerkung zur Weiterbildung: Wohin sollten die weitergebildeten Ärzte und Ärztinnen nach ihrer Weiterbildung im Zentrum gehen? In einer Klinik der Peripherie können sie das erlernte nicht anwenden, da dort dann keine Leistungsaufträge für komplexe gynäkologische Tumoren existieren. Das Konzept ist hier nicht stimmig.</p> <p>Prinzipiell macht es keinen Sinn, die gynäkologischen Tumoren, insbesondere Ovarial-, Zervix, Vulva- und Vaginaltumoren zu trennen. Die jeweiligen onkologischen Gynäkologen behandeln/operieren sämtliche solchen Tumoren, diese gehören zum spezifischen Fachgebiet. Es ist nicht zielführend, dass dann gewisse Leistungserbringer nur noch einzelne Tumoren des Fachgebietes behandeln dürfen.</p>

	<p>Derzeit laufen im Kanton Zürich Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler und der Gynäkologen, ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und einzuführen. Das Zertifikat soll letztendlich auf der Qualität basieren. Das Vorpreschen dieser HSM Vernehmlassung ist kontraproduktiv.</p> <p>Die Zentralisierung wie hier vorgeschlagen führt zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit. Durch Verlust der Behandlungsmöglichkeiten von gynäkologischen Tumoren in vielen kleineren Kantonen und Spitälern wird die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Verringerung der Qualität der gesamten Gynäkologie führt. Die onkologische Gynäkologie ist nicht vergleichbar mit einem sehr umschriebenen Gebiet wie beispielsweise die Behandlung des Ösophaguskarzinoms. Eine Zentralisierung, wie sie aktuell vorgesehen ist, wird dazu führen, dass in vielen Teilen der Schweiz komplexe gynäkologische Tumoren nicht mehr behandelt werden können.</p> <p>Eine letzte Bemerkung betrifft noch das nicht in den komplexen gynäkologischen Tumoren enthaltene Endometriumkarzinom. Dies erstaunt, da doch hier eine hohe chirurgische und interdisziplinäre Expertise erforderlich ist. So sind diese Patientinnen häufig adipös und profitieren klar von minimal invasiven Techniken. Weiter hat sich bei dieser Tumorentität ebenfalls das Sentinellymphknotenverfahren etabliert (z. B. die ICG Methode) und schlussendlich ist es in gewissen Situationen erforderlich, radikale pelvine und radikale paraaortale Lymphonodektomien durchzuführen.</p> <p>Zentren wie das Zuger Kantonsspital, welche regelmässig Endometriumkarzinome behandeln und eine Expertise der Chirurgie der Parametrien z. B. im Rahmen der Endometriose mit regelmässigen Resektionen von tief infiltrierender Endometriose der Parametrien haben, sollten deshalb auch Ovarial- und Zervixkarzinome behandeln können. Entscheidend ist unseres Erachtens, ob man als operativ tätiger Gynäkologe / Chirurg im kleinen Becken "zu Hause" ist oder nicht, sprich, ob man in der Lage ist, die Harnleiter und die Nerven darzustellen und freizulegen und das krankhafte Gewebe unter Schonung der genannten Strukturen zu entfernen. Die Summe sämtlicher Eingriffe im kleinen Becken führt zur notwendigen Expertise in diesem Bereich, deshalb wäre eine sachlich nicht nachvollziehbare Aufteilung dieser chirurgischen Eingriffe im kleinen Becken in HSM- und Nicht-HSM-Eingriffe deletär.</p>
Kantonsspital Winterthur	<p>Um seltene oder hoch komplexe Fälle zu behandeln ist zweifelsohne eine theoretische und praktische Fachexpertise notwendig.</p> <p>Die Schweizer Gynäkologen haben darauf reagiert, indem sie eine seriöse Fachausbildung mit Abschlussprüfung zur Behandlung von gynäkologischen Tumoren anbieten (Schwerpunkttitel mit Prüfung und Ausbildungskurriculum). Es ist anspruchsvoll, diesen Titel zu erreichen und die Hürden dazu sind nicht klein: ein operativer Schwerpunkt wird zu Beginn der Ausbildung vorausgesetzt, eine mindestens dreijährige Ausbildung hat zu folgen, während derer die chirurgischen Fähigkeiten weiter ausgebildet werden, indem eine Mindestfallzahl von Operationen zu jeder Entität gefordert wird. Ausserdem werden die klinischen Fähigkeiten geschult durch obligate Teilnahme an Visiten, Tumorboards und Hospitationen anderer Fachgebiete. Das theoretische Verständnis für die Erkrankungen wird durch geforderte Weiterbildungen und Publikationen erarbeitet und die Ausbildung durch eine theoretische und praktische Prüfung abgeschlossen.</p> <p>Dies qualitativen Anforderungen an HSM-Träger sollte dies ebenfalls berücksichtigen, was zum jetzigen Zeitpunkt unklar erscheint.</p> <p>Ausserdem gibt es Zentren, die eine DKG Zertifizierung für die Behandlung solcher Tumore haben und damit deutschen Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen genügen. Im Kanton Zürich werden für GynT- Operateure bereits Mindestfallzahlen gefordert und umgesetzt.</p>

	<p>Des Weiteren wird seit längerem an einem entsprechenden Zürcher Modell gearbeitet. Es definiert und fordert sehr detaillierte Kriterien zur Qualitätssicherung, die bereits über die vorliegende HSM Definition hinaus gehen und geht auf Aspekte wie Tumorboard, Studienteilnahme, Psychonkologie, Spezialpflege, etc ein.</p> <p>Das Zürcher Modell hat namhafte Mitarbeiter wie die Zürcher Gesundheitsdirektion, SGGG, AGO und VZK, die alle ein Interesse daran haben eine qualitativ sehr gute, aber lokale Gesundheitsversorgung für betroffene Frauen anzubieten! Diese sind für eine wohnortnahe Versorgung sehr dankbar!</p> <p>Das Zürcher Modell ist schon weiter, als die HSM Bestrebungen im Bereich GynT. Auch Sicht KSW sollte zunächst geprüft werden, ob dieses Modell nicht ein Vorbild für die Gesamtschweiz sein kann.</p> <p>Die Gynäkologie hat mit dem Schwerpunkttitle Gynonkologie für ihre Tumore eine hohe Qualitätsschwelle geschaffen, der bereits heute die Behandlung durch spezialisierte Fachärzte sicherstellen kann.</p> <p>Ein Aufsplitten der Entitäten der gynäkologischen Tumore macht keinen Sinn. Ob Ovar, Zervix, Vulva oder Trophoblasttumor, kann die Behandlung der Erkrankung technisch sehr trivial sein, insbesondere in einem Anfangsstadium. Trotzdem erfordern alle Erkrankungen auch in einem Anfangsstadium ein fundiertes theoretisches Wissen, wie es für den Schwerpunkttitle gefordert wird.</p> <p>Ist ein gynäkologischer Tumor aber weit fortgeschritten, erfordert er ein grosses operatives Können im Abdomen/kleinen Becken unabhängig von der Entität. (Ebenso wie eine benigne Endometriose auch!)</p>
Spital Limmattal	<p>Prinzipiell ist es sinnvoll, die operative Therapie der gynäkologischen Tumoren in den Händen des gynäkologisch ausgebildeten Fachpersonals bzw. im zertifizierten Zentrum zu wissen. Hierzu existieren zuverlässige Studien, welche einen signifikanten Vorteil zugunsten der spezifisch gynonkologisch behandelten Patientinnen zeigen. Die Interpretation der Studien für eine HSM-basierte Qualitätsoptimierung werden hingegen immer wieder in Zweifel gezogen. So basiert die HSM-Argumentation auf einer Reihe von selektiven Publikationen, welche teilweise unvollständig wiedergegeben werden. Exemplarisch die Zahl von >20 Fällen als Definition für ein High-Volume Center. In den meisten Studien - auch in zitierten - ist ein High Volume als >10 resp. >12 definiert. Zudem werden Zahlen aus Publikationen, welche sich mit der Brachytherapie befassen, mit solchen Resultaten aus operativen Studien gleichgesetzt.</p> <p>Die malignen Ovarial-, Zervix, Vulva- und Vaginaltumoren, aber auch die Endometriumkarzinome ausgehend vom inneren bzw. äusseren Genitale bilden fachlich, diagnostisch, therapeutisch und in der Nachsorge in vielen Bereichen eine Einheit bzw. verlangen operationstechnisch häufig vergleichbare Vorgehensweisen. Eine Aufspaltung der verschiedenen Organmanifestationen bzw. die Abtrennung des Ovarialkarzinoms im Sinne einer HSM-Zuordnung ist aus dem Gesichtspunkt der Qualitätsoptimierung deshalb widersinnig.</p> <p>Zur relevanten und damit wissenschaftlich nachvollziehbaren Qualitätsoptimierung laufen im Kanton Zürich derzeit Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler und der Gynäkologen ein schweizweit anwendbares Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und demnächst einzuführen. Dieses Zertifikat basiert mehrheitlich auf jenem der Deutschen Krebsgesellschaft, welche nebst Fallzahlen für die Gesamtheit der genitalen Malignome einen ausgedehnten Katalog qualitätsrelevanter Kriterien fordert, dies im Gegensatz zu dem vorliegenden HSM-Konzept.</p>

	<p>Eine Zentralisierung der gynäkologischen Malignomfälle führt nicht nur zu einer fraglichen Qualitätsoptimierung im Zentrum, sondern v.a. auch zu einer klaren Verschlechterung der Versorgungssicherheit in der Peripherie. Durch die Einschränkung des Behandlungsspektrums wird in vielen kleineren Kantonen und Spitälern die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Qualitätseinbusse der peripheren gynäkologischen Gesundheitsversorgung führt. Ein solcher Verlust von operativem Knowhow bspw. im retroperitonealem Raum würde z.B. bei schwergradigen postpartalen Blutungen vital bedrohliche Ausmasse provozieren.</p> <p>Auch das Argument, dass die Zentralisierung via HSM eine verbesserte Ausbildung und wissenschaftliche Forschung ermöglicht, dürfte bei der Etablierung der derzeit in Entwicklung befindlichen Zentrumsbildung via gynonkologischem Zertifikat an Bedeutung einbüßen.</p> <p>Schliesslich kann in der Schweiz kein Qualitätsproblem bez. Therapie der gynäkologischen Tumoren nachgewiesen werden, die diesbezüglich wenigen Daten bsw. beim Ovarialkarzinom sprechen sogar eher für ein überdurchschnittliches Outcome. Sicherlich braucht es aber ein Assessment der Qualität, und erst später bei Bedarf eine Regulierung. Das erwähnte gynonkologische Zertifikat bietet hierzu eine optimale Plattform.</p> <p>Zielführend für eine gute und kosteneffiziente Behandlung ist eine enge Zusammenarbeit der Disziplinen, stringente Protokolle und eine strikte Qualitätskontrolle. Dies kann genauso an einem Haus mit 10 Eingriffen sehr gut funktionieren, sogar besser als an einem Universitätsspital, in welchem die interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere zwischen den operativen Disziplinen nicht immer reibungslos verläuft.</p> <p>Die zitierten Studien sind teilweise Editorials (=persönliche Meinungen), inkorrekt wiedergegeben, aus dem Kontext gerissen oder behandeln ein anderes Thema.</p>
Spital Uster	<p>Studienlage, worauf sich HSM-Argumentation bezieht ist kontrovers.</p> <p>HSM-Gremium zu selektiv und arbiträr zusammengestellt.</p> <p>Der Schwerpunkttitel gynäkologische Onkologie ist in der Schweiz aufgrund der fehlenden Anzahl Zervixkarzinome gar nicht innert vernünftiger Frist machbar.</p>
Spital Zollikerberg	<p>Die Aufteilung der gynäkologischen Onkologie ist nicht sinnvoll. Mit der Unterstellung der Ovarialkarzinome, der Zervixkarzinome, der Vulva- und Vaginalkarzinome, sowie der Trophoblasttumore unter die HSM und damit Definition als komplexe gynäkologische Tumore impliziert, dass das Endometriumkarzinom und die übrigen gynäkologischen Malignome nicht komplex sind und keine Behandlung durch ausgewiesene Spezialisten in einem zertifizierten gynäkologischen Krebszentrum bedürfen.</p> <p>Eine Cochrane Analyse [5] ergab, dass Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen die in einem spezialisierten Zentrum, mit einer leitliniengerechten Therapie behandelt und durch einen gynäkologischen Onkologen operiert wurden, ein längeres Gesamtüberleben zeigten.</p> <p>Die Zuordnung der Teilbereiche "komplexe gynäkologische Tumore" zur HSM würde die Behandlung der Endometriumkarzinome und der übrigen gynäkologischen Malignome stark beeinflussen. Durch die Zentralisierung auf sehr wenige Zentren besteht die Gefahr, dass gynäkologische Onkologen aus den kleineren Kantonen und Spitälern an die grossen Zentren abwandern. Dies würde generell</p>

	<p>zu einem Qualitätsverlust an Spitälern mit starker Gynäkologie führen. Für Spitäler, die zusätzlich über eine sehr grosse Geburtshilfe verfügen, wie zum Beispiel das Spital Zollikerberg, kann dies der Verlust von wichtiger operativer Kompetenz bedeuten. Letztere ist bei der Beherrschung von schwerwiegenden geburtshilflichen Notfällen von enormer Bedeutung. Die Regelung eines Teils der gynäkologischen Tumore führt damit zu einer Gefährdung der Qualität an mittelgrossen Spitälern, welche den Grossteil der Schweizer Spitäler ausmachen.</p> <p>Das Endometriumkarzinom ist die häufigste genitale Krebserkrankung der Frau in der Schweiz. Man unterscheidet östrogenabhängige (Typ I) und östrogenunabhängige (Typ II) Karzinome. Die operative Therapie erstreckt sich bei den Typ I Karzinomen stadienabhängig von der laparoskopischen Hysterektomie und Adnektomie bds, der Sentinellymphknotenbiopsie, der systematischen pelvinen und paraaortalen Lymphadenektomie, der radikalen Hysterektomie bis hin zur ausgedehnten Tumordebulking-Operation analog dem Ovarialkarzinom. Zusätzlich erschwerend kommt bei den Typ I Endometriumkarzinomen noch dazu, dass die Patientinnen häufig eine Adipositas permagna aufweisen, die den operativen Eingriff deutlich komplizierter gestaltet, mit nachweislich erhöhter perioperativer Morbidität. Die operative Therapie der Typ II Endometriumkarzinome ist analog des Ovarialkarzinoms.</p> <p>Neben dem epithelialen Ovarialkarzinom das der HSM zugeordnet werden soll, sind die Borderline Tumore der Ovarien, die Keimstrang- und Keimzelltumore sowie weitere seltene Ovarialmalignome zu nennen. Auch hier ist die operative, bei höheren Stadien auch die systemische, Therapie sehr anspruchsvoll. Häufig besteht der Wunsch des Fertilitätserhaltes. Zusätzlich besteht ein hohes Rezidivrisiko, das meistens eine Rezidivoperation notwendig macht.</p> <p>Aus diesen Gründen ist klar ersichtlich, dass die Trennung der gynäkologischen Onkologie durch Zuordnung von Teilbereichen zur HSM wahrscheinlich zu einer deutlichen Qualitätseinbusse der Teilbereiche der gynäkologischen Onkologie führen wird, die nicht der HSM zugeordnet werden.</p> <p>Sinnvoller ist das Konzept, dass bereits im Kanton Zürich angestrebt wird. Leistungsauftrag an Spitäler mit zugelassenem gynäkologischen Onkologen und Zertifizierung als gynäkologisches Krebszentrum. Um nicht von ausländischen Zertifizierungen abhängig zu sein, die die schweizerischen Gegebenheiten nicht berücksichtigen, laufen derzeit im Kanton Zürich Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der AGO der SGGG, der betroffenen Spitäler sowie dem Verband Zürcher Krankenhäuser ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und einzuführen. Pilotzertifizierungen sind auf 2021 angesetzt. Es ist angestrebt, dass sich das Zertifikat als gesamtschweizerischer Standard etabliert. Das Zertifikat soll letztendlich die Qualität für die Patientinnen erhöhen. Gute Elemente der HSM Vorlage wurden hierzu durch Vertreter des HSM Fachorgans in das Zürcher Konzept eingebracht und aufgenommen. Ein Vertreter (Prof. Dr. med. Fink) des HSM Fachorgans war in der Arbeitsgruppe des Zürcher Konzepts vertreten.</p>
<p>Stadtspital Waid und Triemli</p>	<p>Die Mindestfallzahlen sollten zusammengefasst werden unter gynäkologische komplexe Tumore und nicht gemäss den oben aufgeführten Organgruppen. Die chirurgische Therapie des Zervixkarzinoms und Vaginalkarzinoms ist technisch sehr ähnlich wie eine en bloc Resektion im kleinen Becken beim Ovarialkarzinom ebenso die jeweiligen Lymphonodektomien.</p> <p>Mit Kombination ICD-Code und den CHOP-Codes wird der Fokus rein auf die chirurgische Therapie gelegt! Damit werden falsche Anreize geschaffen (nämlich zu operieren), obwohl die adäquate Therapie z.B. eine Radiochemotherapie oder Chemotherapie ohne Operation sein könnte. Auch die Beurteilung der Operabilität bzw. Inoperabilität oder Entscheid zur rein palliativen Therapie braucht eine hohe Expertise und sollte ebenso als Primärfall gezählt werden können.</p>

	<p>Eine Analogie zu den Kriterien der DKG Zertifizierung gynäkologisches Krebszentrum (Zählen der Primärfälle gemäss ICD-Code, Mindestfallzahl/Operateur, keine Mindestfallzahl pro Organgruppe sondern als Gesamtzahl gynäkologische Tumore) mit der entsprechenden Qualitätssicherung mittels Benchmarks ist notwendig.</p> <p>Sowohl die Kriterien der DKG Zertifizierung als auch die festgelegten Mindestfallzahlen der GD Zürich stellen die notwendige Behandlungsqualität sicher.</p>
<p>Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken)</p>	<p>Es ist eine für die Patientinnen positive Entwicklung, die Diagnostik und Therapie der gynäkologisch-onkologischen Tumore in ausgewiesenen Zentren zu konzentrieren. Es ist belegt (siehe z.B. Übersicht klinische Studien der Dt. Krebsgesellschaft über zertifizierte Organkrebszentren), dass eine interdisziplinäre und interprofessionelle, qualitätsgesicherte und ergebniskontrollierte Zusammenarbeit der für die Versorgung relevanten Fachpersonen zu einer Verbesserung des Gesamtergebnisses und des Ergebnisses aus Sicht der Patientinnen führt.</p> <p>Eine - wie von der HSM Initiative gewünschte - rein strukturell verankerte Qualität als Regulierungsgrundlage zu nutzen, widerspricht den Interessen der Patientinnen und derer behandelnden Ärzte sowie den Interessen der an einer guten Ausbildung für künftige Gynäkologen und Gynäkologische Onkologen interessierten Einrichtungen. Sie führt nicht zur Verbesserung aller "zertifizierten" Einrichtungen (wie im System "Swiss-ZGT"), sondern zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung durch Trennung der Entitäten und der Fokussierung auf eine Fachdisziplin. Es kann mit Sicherheit nicht - ohne explizite Überprüfung - davon ausgegangen werden, dass die Fallzahl des gynäkologischen Operateurs ohne weiteres mit der Leistungserbringung und Qualität der mitbehandelnden Fachdisziplinen korreliert. Daher kann auch die Gesamtqualität für die Patienten nicht mit der operativen Expertise des Operateurs korreliert werden.</p> <p>Die verschiedenen Erkrankungen (es sind keine Bereiche!) des Formenkreises der gynäkologischen Onkologie, insbesondere Ovarialtumore, Zervixkarzinome oder Tumore des Endometriums und der Vulva sind aus Sicht der Patientinnen, aber auch aus Sicht des Gynäkologen eine Einheit. Sogar die Operationstechniken sind teilweise identisch oder nutzen gleiche Verfahren. Eine Aufspaltung dieser Erkrankungen ist definitiv nicht qualitätsverbessernd. Ausserdem gibt es "einfache" Operationen beim Ovarialkarzinom und "komplizierte" Operationen beim Endometriumkarzinom.</p> <p>Ebenfalls muss bedacht werden, dass in manchen, nicht allzu seltenen Fällen, die Diagnosestellung erst nach einem explorativen / diagnostischen Eingriff möglich ist. In diesen Fällen ist eine a-priori Festlegung der Diagnose nicht möglich, so dass die Aufteilung entsprechend Initiativen-Wunsch nicht machbar ist.</p> <p>Das bereits oben beschriebene Zürcher Zertifizierungs- und Qualitätssicherungs-System "Swiss-ZGT" baut inhaltlich auf dem Zertifizierungssystem für Gynäkologische Krebszentren der Deutschen Krebs-gesellschaft auf und nutzt dabei das System der Affilierten Partner, welches bereits in Österreich seit Jahren etabliert ist. Auch hier gibt es high-volume Zentren mit 40 und mehr Operationen pro Jahr. Mittलगrosse Abteilungen mit mind. 20 Operationen pro Jahr (was bereits eine hohe Zahl ist) können sich diesem Zentrum als affilierte Partner anschliessen. Neben gemeinsamen Boards und Morbiditätskonferenzen wird auch gemeinsame Fort- und Weiterbildung gemacht. Auch die Behandlungsgrundlagen sind für das Zentrumsspital samt seiner Affilierten Partner identisch. Die relevanten Entscheidungen - so auch für das operative Vorgehen - werden im Board gemeinsam getroffen und der Patientin empfohlen. Hier wird festgelegt, ob die Patientin beim affilierten Partner oder - weil dieser die spezielle Expertise nicht besitzt oder strukturell nicht entsprechend ausgestattet ist - im Zentrumsspital. Der Zuweiser und die Patientin können sicher sein, dass die</p>

	<p>Behandlung auf dem hierfür erforderlichen Zentralisierungsniveau, aber immer "gemeinsam" stattfindet. Durch Ergebnismonitoring der ganzen Versorgungskette, also auch der anderen behandelnden Disziplinen, kann mit diesem System ein Beleg der Ergebnisqualität (Gesamtqualität) erbracht werden. Die SGGG sowie ein Mitglied der HSM-Initiative haben aktiv an der Entwicklung des Systems "Swiss-ZGT" mitgearbeitet. Die SGGG ist Mitautor des entsprechenden Kataloges. Das System wird in 2021 - nach Bewilligung durch den Regierungsrat Zürich - eingeführt und dann ab 2023 als Grundlage für die Leistungsaufträge im Kanton Zürich verwendet.</p> <p>Da die HSM-Initiative nur die Operationsleistung bewertet, das Gesamtergebnis aber die Leistung aller Behandler erfasst, kann auch eine Ergebnismessung in diesem System kein valides Ergebnis bringen. Der Idee, mehr Qualität für die Patientinnen zu bieten, wird damit per se schon zuwidergehandelt. Die Zusammenarbeit der Disziplinen kann im Einzelfall wichtiger sein als die Expertise einer einzelnen Fachgruppe. Und die Gesamtqualität wird durch das schwächste Glied in der Behandlungskette festgelegt, so dass die Prüfung nur eines Gliedes (Operateur) keine Aussage über das Gesamtergebnis zulässt.</p> <p>Es scheint vorstellbar, die positive Grundidee der HSM-Initiative, i.e. die Verbesserung der Qualität in der gynäkologischen operativen Onkologie durch Einführung des Zürcher Systems "Swiss-ZGT" für die Schweiz umzusetzen. So könnten die erwünschten Ziele mit grösserer Sicherheit und ohne eine Zerschlagung des bisher gut funktionierenden integrierten Fachgebietes "Gynäkologische Onkologie" erreicht werden.</p> <p>Die Annahme der HSM-Initiative würde auf der anderen Seite dazu führen, dass in allen mittelgrossen Spitälern die operativ interessierten Gynäkologen Mangelware werden würden, eine Neu-Rekrutierung würde enorm erschwert. Das hätte zur Folge, dass auch für andere Eingriffe in der Gynäkologie, aber auch bei Komplikationen in der Geburtshilfe, keine Operateure mit guter Expertise mehr zur Verfügung stehen würden. Unter Umständen sind die dadurch generierten Qualitätseinbussen höher als die wahrscheinlich sehr sehr wenigen Prozent der Qualitätsverbesserung durch eine Annahme. Bereits heute ist die Rekrutierung von Titelträgern so schwierig, dass mehrheitlich auf Fachleute aus dem Ausland zurückgegriffen werden muss.</p> <p>Natürlich führt Zentralisierung zu besseren Möglichkeiten wissenschaftlicher Arbeit. Dieser für die Qualität sehr wichtige Punkt kann aber ebenso durch das Zürcher System "Swiss-ZGT" erreicht werden, da die Patientinnen der affilierten Partner an Studien des Zentrumsspitals teilnehmen können und sollen.</p> <p>Relevant ist die Tatsache, dass es noch keine belastbaren Publikationen dazu gibt, welche Einrichtungen in der Schweiz bei Patientinnen mit Krebserkrankungen des gynäkologischen Formenkreises welche Ergebnisse erzielt. Die in der Initiative genannten Publikationen sind qualitativ nicht geeignet, um die Forderungen der Initiative zu rechtfertigen. Daher ist es sehr wichtig, zunächst tragfähige Aussagen über die Qualität zu gewinnen, bevor diese zur Regulierung eingesetzt wird. Auch hierfür ist das Zürcher System "Swiss-ZGT" mit den Bestandteilen Ergebnisqualität, Benchmarking, Kooperation und Audits zur Überprüfung sehr gut geeignet.</p>
Assureurs	
Santésuisse	<p>Wirksamkeit und Nutzen (S. 13 erläuternder Bericht): Eine Kostenübernahme von ärztlichen Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bedeutet nicht in jedem Fall automatisch, dass die WZW-Kriterien erfüllt sind und überprüft wurden. Für ärztliche Leistungen gilt grundsätzlich das Vertrauensprinzip. Eine Überprüfung der WZW-Kriterien von ärztlichen Leistungen mit Eintrag im Anhang 1 der KLV erfolgt in der Regel nur im Rahmen eines HTA-Verfahrens oder bei einem Antrag auf Umstrittenheit.</p>

Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	<p>Der zur Vernehmlassung verschickte erläuternde Bericht für die Zuordnung des Bereichs der komplexen gynäkologischen Tumoren (BT_GYN_Eval_Zuord_Vernehml_20200616_def_d) kann so verstanden werden, als ob mit der Zuteilung der Tumorentitäten Ovar, Zervix, Vulva, Vagina und den Trophoblasttumoren zur HSM eine Aufteilung/Aufspaltung des gynäkologisch-onkologischen Schwerpunktbereiches angestrebt wird.</p> <p>Vor diesem Hintergrund sind auch die teils ablehnenden Stellungnahmen betreffend der HSM-Zuordnung zu verstehen, die aber auf der anderen Seite sehr wohl und dezidiert eine Zentralisierung der gynäkologischen Tumoren in (zertifizierten) Tumorzentren klar unterstützen. Aktuell existiert noch kein eigenes Schweizer-Label für gynäkologische Tumorzentren. Einige Zentren sind bereits heute DKG zertifiziert oder streben dieses Label an. Andere z.Bsp. im Kanton Zürich sind dabei, ein an die DKG-Kriterien angelehntes Label (GYNT-ZH) zu etablieren.</p> <p>Einer Zuordnung des Ovarialkarzinoms, Zervixkarzinoms, Vulvakarzinoms, Vaginalkarzinoms und der Trophoblasttumoren zur HSM wird von Seiten des Vorstands der Fachgesellschaft SGGG nur unter dem Vorbehalt zugestimmt, dass die Behandlung dieser Tumorentitäten in gynäkologisch-onkologischen Tumorzentren erfolgt, die jeweils das gesamte Spektrum der Gynäko-Onkologie abdecken sollen. Eine Aufspaltung des Schwerpunktgebietes der Gynäko-Onkologie in einzelne Tumorentitäten muss aus Sicht der Fachgesellschaft unbedingt verhindert werden. Dies insbesondere darum, weil es sich bei diesen Tumoren um eine Krankheitsgruppe handelt, die sowohl in der Diagnostik, aber auch in der operativen und systemischen Therapie, sowie in der Nachsorge in weiten Teilen überlappt. Bei der operativen Behandlung der gynäkologisch-onkologischen Tumoren handelt es sich um gynäkologische Tumorchirurgie im kleinen Becken, die sich hinsichtlich des konkreten handwerklich-operativen Vorgehens des gynäkologisch-onkologischen Operateurs zwischen den einzelnen Tumorentitäten kaum oder nicht unterscheidet.</p> <p>Die Kriterien für die gynäko-onkologischen Tumorzentren, was Mindestfallzahlen pro Zentrum bzw. pro Operateur, Qualifikationsanforderungen (Schwerpunkttitel Gynäkologische Onkologie), die Organisationsstruktur, das Datenregister und die Qualitätsindikatoren angeht, müssen in einem zweiten Schritt auf Basis der wissenschaftlichen Evidenz unter dem Lead durch die Fachgesellschaft SGGG im Sinne eines Schweizer Label (in Analogie zu den sehr gut und erfolgreich etablierten Brustzentren SGS-Krebsliga) erarbeitet werden. Dabei ist insbesondere auch die Etablierung einer institutionalisierten Interdisziplinarität (siehe Brustzentren) zu fordern.</p> <p>Ziel dabei ist es im Sinne der Versorgungsqualität für unsere Patientinnen eine national einheitliche qualitativ hochstehende Patientinnenversorgung in gynäko-onkologischen Tumorzentren bzw. – Netzwerken sicherzustellen. Dabei sind durchaus und explizit auch kantonsübergreifende Netzwerkstrukturen und der Zusammenschluss mehrerer Institutionen in einem Tumorzentrum als mögliche Organisationsformen angedacht, um eine flächendeckend gute Versorgungsqualität für alle Patientinnen und alle Regionen zu erreichen.</p> <p>Um die gynäkologisch-onkologische Behandlungsqualität schweizweit sicherzustellen, braucht es neben der Zuordnung der genannten Tumorentitäten in die HSM, die Ausarbeitung eines Schweizer Labels für die gynäko-onkologische Tumorzentren.</p>

	Es ist dem Vorstand der SGGG dabei ein grosses Anliegen, hier möglichst viele der gynäkologisch-onkologischen Stakeholder der Schweiz, an diesem Prozess zu beteiligen, um damit auch breite Unterstützung für dieses Vorgehen auch jenseits der universitären Zentren und über die Kantonsgrenzen hinweg, zu erreichen.
Autres	
Onkologiepflege Schweiz	Folgende Argumente zur HSM Komplexe gynäkologische Tumoren sollten in die Beschreibung aufgenommen werden: Alle gynäkologische Tumoren und deren Behandlungen, insbesondere das Vulvakarzinom, haben schwerwiegende Auswirkungen auf den Alltag und die Lebensqualität der betroffenen Frauen. Nebst dem erwähnten Wundmanagement, das oft zuhause weitergeführt werden muss, stehen Schmerzen, Brennen im Operationsgebiet, Infektionsgefahr, Geruchsbildung, Dysurie etc. im Vordergrund. Auch sexuelle Dysfunktion, Körperbildveränderungen und psycho-soziale Belastung können die Lebensqualität massiv beeinträchtigen. Deshalb ist eine prä- und postoperative Information, Schulung und Begleitung der Personen im Rahmen des Symptommanagement durch spezifisch ausgebildete Pflegefachpersonen unabdingbar. (siehe auch: Senn B. et al. (2012): Development of a Postsurgical Patient-Reported Outcome Instrument for Women With Vulvar Neoplasia, Oncology Nursing Forum, Vol. 39, No. 6; Senn B. et al. (2013): A patient-reported outcome measure to identify occurrence and distress of post-surgery symptoms of WOMen with vulvAr Neoplasia (WOMAN-PRO) — A cross sectional study. Gynecologic Oncology 129, 234–240
Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimeduisse)	Ja. Nur eine Zentralisierung kann die entsprechende Erfahrung der behandelnden Zentren gewährleisten. Die im Bericht erwähnten Tumoren betreffen nur ein kleiner Teil der gynäkologischen Malignome.
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	Als Ganzes betrachten wir die komplexen gynäkologischen Tumore von der Anzahl her als nicht selten. Eine Einteilung in die HSM erübrigt sich somit. Die künstliche Aufteilung in Teilgebiete erachten wir als nicht zielführend für eine gute und kostengünstige Gesundheitsversorgung.
Walliser Ärztesellschaft (SMVS-VSÄG)	Die Zuordnung der Behandlung gestützt auf das Alter der Patientinnen bei allen Tumorentitäten (Alter über 15 Jahre) sollte unabhängig von einer Zuordnung als HSM in ein Therapieteam, das in der Betreuung erwachsener Frauen erfahren ist, erfolgen. Im Hinblick auf die spezifischen hormonellen Aspekte der Behandlung, Langzeitfolgen für die Fertilität, ist der Blickwinkel des Pädiaters oder pädiatrischen Chirurgen im allgemeinen nicht der optimale.

2.1 Carcinomes ovariens

2.1.1 Approbation du rattachement à la MHS

Le Tableau 2 résume les réponses des participants au sujet du rattachement du domaine partiel « carcinomes ovariens » à la MHS. 40 participants ont approuvé le rattachement, 23 l'ont rejeté et 4 se sont abstenus. Le nombre d'institutions et d'organisations qui n'ont pas répondu au questionnaire n'est pas indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : approbation du rattachement à la MHS

	Pour		Contre		Abstention	
	Participants	n	Participants	n	Participants	n
Cantons	AG, AR, BE, BL, BS, FR, JU, LU, NW, SG, SO, SZ, TI, UR, VS, ZH	16	GL, GR, NE, TG	4		0
Hôpitaux	Insel Gruppe AG, Lindenhofgruppe AG, SRO AG, Bethesda Spital AG, Universitätsspital Basel, Hôpital fribourgeois, Hôpitaux universitaires de Genève, Luzerner Kantonsspital, Kantonsspital Nidwalden, Kantonsspital St. Gallen, Solothurner Spitäler AG, Ente Ospedaliero Cantonale, Centre hospitalier universitaire vaudois, Spital Uster, Spitalzentrum Oberwallis, Universitätsspital Zürich	16	Kantonsspital Baden AG, Spital STS AG, Spitalzentrum Biel, Kantonsspital Baselland, St. Claraspital AG, Kantonsspital Glarus, Stiftung Kantonsspital Graubünden, Réseau Hospitalier Neuchâtelois, Frauenklinik Spital Grabs, Klinik Seeschau AG, Spital Thurgau AG, Zuger Kantonsspital AG, Kantonsspital Winterthur, Spital Limmattal, Spital Zollikerberg, Stadtspital Waid und Triemli, Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken) ⁴	18	Universitäts-Kinderspital beider Basel, Spital Schwyz	2
Assureurs	Santésuisse	1		0	SUVA	1
Décanats des facultés de médecine	Medizinische Fakultät der Universität Zürich	1		0		0
Sociétés savantes	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	1		0	Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC-SSCP)	1

⁴ Au total, sept cliniques du groupe de cliniques privées Hirslanden (Aarau, AndreasKlinik Cham Zug, Beau-Site, Im Park, St. Anna, Stephanshorn, Zürich) ont soumis des avis identiques. Ceux-ci ont donc été comptés comme un seul avis du groupe de cliniques privées Hirslanden. Si chaque avis était considéré individuellement, le nombre des abstentions passerait à 29 au total.

Autres	GynäkologInnenkollegium des Kantons Bern, Médecins Fribourg - Ärztinnen und Ärzte Freiburg (MFÄF), Onkologiepflege Schweiz, Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimeduisse), Walliser Ärztegesellschaft (SMVS-VSÄG)	5	Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	1		0
Total		40		23		4

2.1.2 Remarques sur le rattachement

Le Tableau 3 donne un aperçu des remarques formulées au sujet du rattachement à la MHS du domaine partiel « carcinomes ovariens » à la MHS. 34 participants ont formulé une remarque (dont 5 cantons, 24 hôpitaux, 1 assureur, 0 décanat, 0 société savante et 4 autres).

Tableau 3 : récapitulatif des remarques formulées sur l'admission dans la MHS. (-) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 1 de la liste de questions (« Approuvez-vous le rattachement du domaine partiel " Carcinomes ovariens " à la médecine hautement spécialisée en vertu de la CIMHS ? »)
Cantons	
BS	Wir sind mit der geplanten Zuordnung der "Ovarialkarzinome" zur HSM einverstanden.
GL	<p>Ovarialkarziome werden bereits jetzt in dafür spezialisierten Zentren behandelt. Entscheidend ist hier einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit (prätherapeutisches und postoperatives Tumorboard) und andererseits die Expertise in gynäkologischer, viszeralchirurgischer, urologischer und evt. thoraxchirurgischer Chirurgie. Diese Strukturen sind in allen grösseren Spitälern gegeben. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zu HSM ist deshalb nicht sinnvoll.</p> <p>Ebensowenig gehört ein zufällig entdecktes und komplett entferntes Ovarial-Ca in die HSM, da diese weder operativ noch onkologisch als "hochspezialisiert" zu werten sind. Diese können in GL problemlos und qualitativ hochstehend behandelt werden. Eine Überweisung in ein weit entferntes Zentrum bringt keine klinischen Vorteile.</p>
GR	<p>Ovarialkarzinome werden bereits jetzt in dafür spezialisierten Zentren behandelt. Entscheidend ist hier einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit (prätherapeutisches und postoperatives Tumorboard) und andererseits die Expertise in gynäkologischer, viszeralchirurgischer, urologischer und evtl. thoraxchirurgischer Chirurgie. Diese Strukturen sind in allen grösseren Spitälern gegeben, auch im Kantonsspital Graubünden. Es werden regelmässig Patientinnen in klinische Studien eingeschlossen. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zu HSM ist deshalb nicht sinnvoll.</p> <p>Ebenso wenig gehört ein zufällig entdecktes und komplett entferntes Ovarial-Ca in die HSM, da diese weder operativ noch onkologisch als "hochspezialisiert" zu werten sind. Diese können in GR problemlos und qualitativ hochstehend behandelt werden. Eine Überweisung in ein weit entferntes Zentrum bringt keine klinischen Vorteile</p> <p>Die Inzidenz des Ovaria-Ca in GR ist hoch genug, dass eine gute Qualität der Versorgung und hohe Erfahrung gewährleistet ist.</p>
NE	<p>Nous partageons les critiques formulées par le Dr Yves Brunisholz, médecin-chef des RHNe</p> <p>Siehe Stellungnahme Réseau Hospitalier Neuchâtelois zu Frage 1, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 3).</p>
TG	<p>Prinzipiell macht es wenig Sinn, die gynäkologischen Tumoren, insbesondere Ovarial-, Zervix, Vulva- und Vaginaltumoren zu trennen. Die jeweiligen onkologischen Gynäkologen behandeln/operieren sämtliche solchen Tumoren, diese gehören zum spezifischen Fachgebiet. Es ist nicht zielführend, dass dann gewisse Leistungserbringer nur noch einzelne Tumoren des Fachgebietes behandeln dürfen. In keinem Land gibt es HPB (Hepato-pancreatico-biliary) Chirurgen denen verboten wird, das H oder P zu operieren.</p>

Derzeit laufen im Kanton Zürich Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler (inkl. Unispital Zürich) und der Gynäkologen ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und einzuführen. Erstzertifizierungen sind auf 2021 angesetzt. Ab 2023 wird es für den Erhalt der Leistungsaufträge im Bereich GYNT Pflicht und soll als Gesamtschweizer Standard etabliert werden. Das Zertifikat soll letztendlich auf der QUALITÄT basieren. Gute Elemente der HSM Vorlage wurden hierzu durch Vertreter des HSM Fachorgans in das Züricher Konzept eingebracht und marktorientiert aufgenommen. Ein Vertreter (Prof. Dr. med. Fink) des HSM Fachorgans war in der Arbeitsgruppe des Züricher Konzepts vertreten. Das Vorpreschen dieser HSM Vernehmlassung ist kontraproduktiv.

Die Zentralisierung wie hier vorgeschlagen führt zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit. Durch Verlust der Behandlungsmöglichkeiten von gynäkologischen Tumoren in vielen kleineren Kantonen und Spitälern wird die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Verringerung der Qualität der gesamten Gynäkologie führt. Die onkologische Gynäkologie ist nicht vergleichbar mit einem sehr umschriebenen Gebiet wie bspw. die Behandlung des Ösophaguskarzinoms.

Mit dieser Zentralisierung nimmt man eine gesamte Qualitätseinbusse der Gynäkologie zu Gunsten von einigen wenigen Prozent besserem Outcome in Kauf. In der Schweiz besteht kein Qualitätsproblem in der Therapie der gynäkologischen Tumoren, resp. niemand kennt diese Qualität. Die Exponenten einer starken Zentralisierung argumentieren mit Studien aus dem Ausland und wissen dabei nicht einmal, ob ihre Qualität besser ist als diejenige kleinerer Zentren. Primär braucht es ein Assessment der Qualität, und erst später bei Bedarf eine Regulierung.

Die Behandlung des Ovariakarzinoms stellt nicht per se immer eine komplexe medizinische Leistung dar. Das Spektrum von kleineren und früh gefundenen Neoplasien reicht bis zum ausgedehnten Befall des Bauchraums. Dies spiegelt sich auch in der sehr grossen Bandbreite des Fallgewichts von knapp über 1 bis zu 7. Ein Eingriff mit Fallgewicht 1.18 kann nun wirklich nicht der komplexen Chirurgie zugeordnet werden.

Die Argumentation basiert auf einer Reihe von selektiven Publikationen, welche teilweise falsch wiedergegeben werden. Exemplarisch die Zahl von >20 Fällen als Definition für ein High-Volume Center. In den meisten Studien - auch in zitierten - ist ein High Volume als >10 resp. >12 definiert. Zudem werden Zahlen aus Publikationen, welche sich mit der Brachytherapie befassen solchen mit Resultaten aus operativen Studien gleichgesetzt.

Zielführend für eine gute und kosteneffiziente Behandlung ist eine enge Zusammenarbeit der Disziplinen, stringente Protokolle und eine strikte Qualitätskontrolle. Dies kann genauso an einem Haus mit 10 Eingriffen sehr gut funktionieren, sogar besser als an einem Universitätsspital, in welchem der onkologische Gynäkologe keinerlei Zusammenarbeit mit dem Viszeralchirurgen akzeptiert.

Zusammenfassend überschneiden sich die operativen Kompetenzen bei den verschiedenen gynäkologischen Karzinomen: So ist bei einem Endometriumkarzinom mit Pareametrienbefall oder Ovariakarzinom mit Infiltration des parazervikalen Gewebe oder Karzinom des Uterus Stadium II genauso eine radikale Hysterektomie indiziert wie bei einem Zervixkarzinom Stadium IB1. Ein separieren der einzelnen Entitäten führt zu einem Verlust der operativen Expertise. mit operativen Experten (Gynäkologische Onkologen) laufen, ähnlich wie beim Mammakarzinom.

Spitäler	
Kantonsspital Baden AG	<p>Ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet, siehe «Anmerkungen für alle Teilbereiche» (Tableau 1).</p> <p>Für das Ovarialkarzinom ist der Einfluss des Operators bzw. des Zentrums auf die Prognose von Patientinnen bekannt. Für die Schweiz liegen keine Daten zur Behandlungsqualität vor. Was als «high volume» zu definieren ist, ist umstritten. Auf die Schweiz bezogen dürfte die Fallzahl nicht zu hoch angesetzt werden, um den Versorgungsgebieten gerecht zu werden. Eine Anzahl von 15 Fällen pro Zentrum erscheint realistisch. Die Versorgung durch einen Schwerpunkttitelträger für gynäkologische Onkologie ist als sinnvoll anzusehen.</p>
Insel Gruppe AG	<p>Verschiedene Studien, sowohl im In- wie im Ausland, haben nachgewiesen, dass sowohl das Überleben der Patientinnen wie die operative Morbidität und Mortalität direkt mit der Erfahrung der Operateurin und des behandelnden Zentrums korrelieren. Nur eine Zentralisierung der Fälle kann dazu führen, dass in der Schweiz die Operateuren die entsprechende Erfahrung haben.</p>
Spital STS AG	<p>In unseren Augen ist die Ovarialkarzinomchirurgie nicht dem Bereich der HSM zuzuordnen. Das Kriterium der seltenen Karzinome ist nicht erfüllt.</p> <p>Im ganzen Verfahren sollte vielmehr der Fokus auf die vorhandenen personellen und infrastrukturellen Ressourcen gelegt werden.</p> <p>Die strenge Selektion der Spitäler anhand geforderter personeller und infrastruktureller Ressourcen führt zu einer genügenden Konzentrierung der Ovarialkarzinomchirurgie.</p> <p>Wichtig ist unserer Einschätzung nach, dass die operative Expertise beim Ovarialkarzinom besteht.</p> <p>In der Regel ist diese gewährleistet, wenn der Operateur die Operation regelmässig durchführt und die Zusatzbezeichnung Gynäkologische-Onkologie führt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass ein interdisziplinäres Team vorhanden ist, das die Viszeral-Chirurgie und auch die Urologie beinhaltet.</p> <p>Da bei einem Ovarialkarzinom immer die additive Chemotherapie und zunehmend auch die Immuntherapie durchgeführt wird, sollte auch eine kompetente onkologische Versorgung nach aktuellen Leitlinien verfügbar sein.</p> <p>Eine Intensivstation sollte vorhanden sein, obwohl diese in der Regel nur bei multiviszeralen Resektionen erforderlich ist. Die Prognose der Erkrankung hängt im Wesentlichen von der operativen Expertise des Operators ab. Multiple Studien belegen, dass die Prognose der Patientin besser ist, wenn die Operation durch einen gynäkologischen Onkologen durchgeführt wird. Keine Studie belegt die Überlegenheit eines Spitaltyps.</p> <p>Werden diese personellen und infrastrukturellen Grundprinzipien berücksichtigt so werden die bereits vorhandenen personellen und infrastrukturellen Ressourcen der Schweiz gut und kosteneffektiv genutzt. Aus diesem Grunde sehen wir die Einteilung der Ovarialchirurgie zur hochspezialisierten Medizin als nicht gerechtfertigt an.</p>
Spitalzentrum Biel	<p>Le regroupement des différentes pathologies oncologiques gynécologiques n'est à notre sens pas judicieux tant il existe des synergies pour le traitement chirurgical certes mais aussi pour l'ensemble de la prise en charge diagnostique, thérapeutique, oncologique et de suivi pour ces différents types de cancer gynécologiques.</p>

	<p>La prise en charge des tumeurs de l'ovaire en centralisant complètement ce type d'activité posera le problème de kyste ovarien suspect pour lequel nous demandons habituellement un examen extemporané. Parfois il peut s'agir d'un cancer ovarien débutant nécessitant une prise en charge chirurgicale complète avec lymphadénectomies. Pour ces patientes il serait judicieux de pouvoir effectuer l'ensemble de l'intervention chirurgicale dans le même temps opératoire mais aussi dans le même établissement. Un transfert dans un autre centre ne semble pas adéquat pour "terminer l'intervention"</p> <p>Concernant la littérature au sujet de l'efficacité et du bénéfice pour les patients il existe effectivement des données étrangères qui prouvent qu'une centralisation de la pathologie ovarienne peut avoir un bénéfice tant sur le plan de la santé du patient que sur le plan économique, il s'agit là de données étrangères comme de suscité mais aucune donnée provenant de notre système de santé suisse ne corrobore ses avantages il serait donc judicieux de pouvoir dans un premier temps prouver que la centralisation des pathologies ovariennes apporte dans notre pays un réel avantage aussi bien pour les patients que économiquement.</p> <p>Le titre de sous spécialiste en oncologie gynécologique semble nécessaire pour la prise en charge de ce type de pathologie tout comme pour les autres cancers gynécologiques.</p> <p>La question intéressante est aussi de connaître le nombre de chirurgie complète (debulking) effectuées dans chaque centre mais aussi par chirurgien réélement. Une fois formé, un minimum de 10 chirurgies complètes/ année/ chirurgien semble adéquat compte tenu du nombre de cas en suisse.</p>
Kantonsspital Basel-land	<p>Ein trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet. Siehe Stellungnahme Kantonsspital Baselland zu Frage 1, Anmerkungen zu allen Teilbereichen (Tableau 1).</p> <p>Die Behandlung von Ovarialkarzinomen soll an spezialisierten Zentren erfolgen, wie es bereits heute der Fall ist. Spezialisierte Zentren sind gemäss des erläuternden Berichtes über die komplexen gynäkologischen Tumore Zentren, an denen interdisziplinär zusammengearbeitet wird. Gemäss dieses Berichtes ist es sinnvoll, dass ein gynäkologisch-onkologisch versierter Gynäkologie die Operationen durchführt. Eine in der Tumorchirurgie erfahrene Viszeralchirurgie und Urologie 24 h / 7 Tage die Woche soll erreichbar sein. Eine Intensivmedizin soll vor Ort sein. Ebenso eine für diese Erkrankung erfahrene Onkologie und ein Zugang zur Forschung zum Einschluss der Patientinnen in Studien. Auch ist eine Pathologie zur Schnellschnittuntersuchung empfohlen und die Anbindung der Psychoonkologie im Hause. Nicht zuletzt eine in Onkologie erfahrene Pflege. Ein Tumorboard, an dem die Fälle interdisziplinär vorgestellt werden, versteht sich von selbst. Dies alles ist am Kantonsspital Baselland, Liestal, vorhanden und seit Jahren besteht eine sehr gute Zusammenarbeit mit allen obengenannten Bereichen. 15 Fälle pro Jahr und Zentrum erscheint realistisch.</p>
St. Claraspital AG	<p>Ovarialkarzinom dürfen schon jetzt nur von gyn.Onkologen operiert werden, deshalb ist eine Zuordnung zur HSM nicht notwendig. Falls eine solche Zuordnung beschlossen würde, sollte die max. geforderte Zahl bei 10 Fällen liegen.</p>
Bethesda Spital AG	<p>Nur unter der Bedingung, dass auch wirklich qualitätsgesteuert (und nicht politisch) umgesetzt wird, d.h. es braucht für die Ovarialkarzinome in der CH 2 Kliniken, für die V/V/Z-Karzinome EINE Klinik. Sollten es aber 15-20 Kliniken sein, so wird das Thema an die Eigeninteressen der einzelnen grösseren Häuser angepasst.</p>

Universitäts-Kinderhospital beider Basel	Diese Aussage gilt nur, sofern die Zuteilung der Ovarialkarzinome für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Leistungsauftrags «Pädiatrische Onkologie - Teilbereich 1 Allgemeine stat. Behandlung von Neoplasien» bestehen bleibt und hier entsprechend berücksichtigt wird.
Hôpitaux universitaires de Genève	Sont représentées avant tous les tumeurs épithéliales, il s'agit d'inclure également les tumeurs germinales, qui sont très complexes à gérer surtout le traitement (préservation de la fertilité).
Stiftung Kantonsspital Graubünden	Ovarialkarzinome werden bereits jetzt in dafür spezialisierten Zentren behandelt. Entscheidend ist hier einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit (prätherapeutisches und postoperatives Tumorboard) und andererseits die Expertise in gynäkologischer, viszeralchirurgischer, urologischer und evt. thoraxchirurgischer Chirurgie. Diese Strukturen sowie die Zusammenarbeit sind seit langer Zeit im Kantonsspital Graubünden etabliert. Es werden regelmässig Patientinnen in klinische Studien eingeschlossen. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zu HSM ist deshalb nicht sinnvoll.
Réseau Hospitalier Neuchâtelois	<p>Les carcinomes ovariens sont très difficilement dissociables du reste de l'activité gynécologique. Les opérateurs doivent conserver la latitude d'intervenir sur l'ensemble des pathologies dans l'intérêt des patientes.</p> <p>Il est par ailleurs relativement peu compréhensible de limiter à la MHS un code comme par exemple celui correspondant à une lymphadenectomie complète dans le cadre d'un cancer de l'ovaire et de l'autoriser hors MHS dans le cadre d'un cancer de l'endomètre. Il s'agit de la même procédure nécessitant les mêmes compétences techniques et la même surveillance post opératoire. Ceci demande donc les mêmes compétences globales liées à un site de prise en charge..</p>
Frauenklinik Spital Grabs	<p>Ganz grundsätzlich macht es keinen Sinn, die Gruppe der gynäkologisch-onkologischen Tumoren aufzubrechen und einzelne Tumoritäten der HSM zuzuteilen. Siehe weiterführende Argumentation unter "Anmerkungen für alle Teilbereiche".</p> <p>Es gibt Daten, die belegen, dass die Behandlung des Ovarialkarzinoms in gynäkologisch-onkologischen Zentren, dh bei höheren Fallzahlen (das bedeutet aber NICHT HSM) und entsprechend spezialisierten Operateuren einen positiven Einfluss auf die Prognose der Patientinnen hat. Welche Fallzahlen hierfür pro Tumor-Zentrum bzw. vor allem pro Operateur notwendig sind ist jedoch trotz allem unklar. Der Bezug der Fallzahlen auf das Zentrum als Ganzes und nicht auf den einzelnen Operateur, führt zu einer grossen Unschärfe der Zahlen und damit auch zu nicht soliden Daten. Wieso die Befürworter des HSM-Konzeptes als Fallzahlen für das OVCA von 20/Jahr als cutoff nehmen ist nicht wirklich nachvollziehbar, zumal in der Literatur bereits Zentren mit mehr als 12 bzw. 10 OVCA/Jahr als high-volume Kliniken bezeichnet werden. Wenn man dann noch davon ausgeht, dass in den meisten gyn-onkologischen Zentren mehr als ein Operateur für diese Fälle verantwortlich ist, relativieren sich die Zahlen weiter (Kumpulainen, S., et al. Gynecol Oncol, 2009. Schrag D. et al J Natl Cancer Inst 2006)</p> <p>Für die Schweiz wurde 2014 durch die SwissAGO eine Auswertung hinsichtlich der Behandlungsqualität beim OVCA für das Jahr 2012 initiiert. Dabei zeigte sich in der Analyse, dass auch Kliniken mit OVCA-Fallzahlen unter 10/Jahr gleich gute Resultate wie grössere Einheiten erzielten.</p>

	<p>Gerade diese kleine aber aktuelle Untersuchung aus der Schweiz bestätigt, dass der Faktor der Qualifikation des Operators mindestens so wichtig ist, wie die Fallzahl eines Zentrums. Und so müssen auch die von den Proponenten der HSM Zuordnung genannten Literaturangaben interpretiert werden.</p> <p>Beide Aspekte, die Forderung nach entsprechender Qualifikation (Schwerpunkttitelträgern gynäkologische Onkologie) der Operateure und Mindestfallzahlen wurden durch die Kantone bereits seit Jahren im Rahmen der Zuteilung der Leistungsaufträge der Akutsomatik für die Spitalisten berücksichtigt. Hier wird jedoch für die Gesamt-Gruppe der gynäko-onkologischen Tumoren als Ganzes eine Mindest-Fallzahl (20/Jahr) definiert. Dies macht Sinn, da es in jedem Jahr doch zu gewissen Schwankungen der Inzidenzen je nach Tumorentität in einer gyn-onko Klinik kommt. Und es wird auf der anderen Seite auch verhindert, dass falsche Anreize gesetzt werden. Dieses Vorgehen der Kantone hat in den vergangenen Jahren bereits einen Konsolidierungs- und Zentralisierungsprozess im Bereich der Gyn-Onko eingeleitet, der noch nicht abgeschlossen, aber auf sehr gutem Wege ist. Die von den Kantonen geforderten Zahlen und Auflagen orientieren sich an den Zahlen, wie sie zB. die DKG für ihre Tumorzentren vorschreibt.</p>
Kantonsspital St. Gallen	<p>Die wissenschaftliche Datenlage zeigt klar, dass die Therapie von Ovarialkarzinomen hochgradig komplex ist, viel Erfahrung der interdisziplinär eng zusammenarbeitenden Teams verlangt, viel Knowhow der fallführenden Klinik bedarf und einen minimalen Caseload von rund zwei Dutzend Fällen pro Jahr braucht um die Qualität auf internationalem Standard zu halten.</p>
Solothurner Spitäler AG	<p>Für das Ovarialkarzinom scheint die Verbindung «höheres Operationsvolumen» und «Teilnahme an klinischen Studien» die Qualität der multidisziplinären Therapie zu verbessern. Aus verschiedenen Studien weiss man, dass die Fallzahlen (>20 Ovarialkarzinome pro Jahr) pro Zentrum direkt mit dem Gesamtüberleben und der Rate von Rezidiv-Tumoren korreliert. Es zeigt sich, dass Kliniken mit einem grösseren Patientenaufkommen leitliniengerechter therapieren. Das Ovarialkarzinom soll deshalb bei fortgeschrittenem Stadium HSM relevant werden.</p> <p>Unser gefordertes Qualitätsminimum beim Ovarialkarzinom:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Präoperative Risikostratifizierung aufgrund der vorliegenden Zytologie, Histologie, Bildgebung zur Indikation Primäre- oder Intervall-Debulkingoperation - Operateur: Schwerpunkttitel Gynäkologische Onkologie - Postoperatives Tumorboard zur Indikation einer adjuvanten Chemotherapie und Erhaltungstherapie (maintenance mit Angiogenese Inhibitoren oder PARP Inhibitoren) <p>Allgemein möchten wir aber darauf hinweisen, dass die weiteren behandlungsrelevanten Kriterien, wie z. B. Tumorboard, Interdisziplinäre Zusammenarbeit, etc. durch das Qualitätsorgan der SGGG festgelegt werden sollen.</p>
Klinik Seeschau AG	<p>Nein = Bedingt: Heute sind für die frühen Stadien die Lymphonodektomien (pelvin und paraaortal) Standard. Bei höheren Stadien gemäss LION Studie v.a. im Sinn der maximalen Tumormassenreduktion. dies bedingt ein entsprechendes Setting mit Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit.</p>

<p>Spital Thurgau AG</p>	<p>Prinzipiell macht es wenig Sinn, die gynäkologischen Tumoren, insbesondere Ovarial-, Zervix, Vulva- und Vaginaltumoren zu trennen. Die jeweiligen onkologischen Gynäkologen behandeln/operieren sämtliche solchen Tumoren, diese gehören zum spezifischen Fachgebiet. Es ist nicht zielführend, dass dann gewisse Leistungserbringer nur noch einzelne Tumoren des Fachgebietes behandeln dürfen. In keinem Land gibt es HPB (Hepato-pancreatico-biliary) Chirurgen denen verboten wird, das H oder P zu operieren.</p> <p>Derzeit laufen im Kanton Zürich Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler (inkl. Unispital Zürich) und der Gynäkologen ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und einzuführen. Erstzertifizierungen sind auf 2021 angesetzt. Ab 2023 wird es für den Erhalt der Leistungsaufträge im Bereich GYNT Pflicht und soll als Gesamtschweizer Standard etabliert werden. Das Zertifikat soll letztendlich auf der QUALITÄT basieren. Gute Elemente der HSM Vorlage wurden hierzu durch Vertreter des HSM Fachorgans in das Züricher Konzept eingebracht und marktorientiert aufgenommen. Ein Vertreter (Prof. Dr. med. Fink) des HSM Fachorgans war in der Arbeitsgruppe des Züricher Konzepts vertreten. Das Vorpreschen dieser HSM Vernehmlassung ist kontraproduktiv.</p> <p>Die Zentralisierung wie hier vorgeschlagen führt zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit. Durch Verlust der Behandlungsmöglichkeiten von gynäkologischen Tumoren in vielen kleineren Kantonen und Spitälern wird die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Verringerung der Qualität der gesamten Gynäkologie führt. Die onkologische Gynäkologie ist nicht vergleichbar mit einem sehr umschriebenen Gebiet wie bspw. die Behandlung des Ösophaguskarzinoms.</p> <p>Mit dieser Zentralisierung nimmt man eine gesamte Qualitätseinbusse der Gynäkologie zu Gunsten von einigen wenigen % besserem Outcome in Kauf. In der Schweiz besteht kein Qualitätsproblem in der Therapie der gynäkologischen Tumoren, resp. niemand kennt diese Qualität. Die Exponenten einer starken Zentralisierung argumentieren mit Studien aus dem Ausland und wissen dabei nicht einmal, ob ihre Qualität besser ist als diejenige kleinerer Zentren. Primär braucht es ein Assessment der Qualität, und erst später bei Bedarf eine Regulierung.</p> <p>Die Behandlung des Ovariakarzinomes stellt nicht per se immer eine komplexe medizinische Leistung dar. Das Spektrum von kleineren und früh gefundenen Neoplasien reicht bis zum ausgedehnten Befall des Bauchraums. Dies spiegelt sich auch in der sehr grossen Bandbreite des Fallgewichts von knapp über 1 bis zu 7. Ein Eingriff mit Fallgewicht 1.18 kann nun wirklich nicht der komplexen Chirurgie zugeordnet werden.</p> <p>Die Argumentation basiert auf einer Reihe von selektiven Publikationen, welche teilweise falsch wiedergegeben werden. Exemplarisch die Zahl von >20 Fällen als Definition für ein High-Volume Center. In den meisten Studien - auch in zitierten - ist ein High Volume als >10 resp. >12 definiert. Zudem werden Zahlen aus Publikationen, welche sich mit der Brachytherapie befassen solchen mit Resultaten aus operativen Studien gleichgesetzt.</p> <p>Zielführend für eine gute und kosteneffiziente Behandlung ist eine enge Zusammenarbeit der Disziplinen, stringente Protokolle und eine strikte Qualitätskontrolle. Dies kann genauso an einem Haus mit 10 Eingriffen sehr gut funktionieren, sogar besser als an einem Universitätsspital, in welchem der onkologische Gynäkologe keinerlei Zusammenarbeit mit dem Viszeralchirurgen akzeptiert.</p> <p>Zusammenfassend überschneiden sich die operativen Kompetenzen bei den verschiedenen gynäkologischen Karzinomen: So ist bei einem Endometriumkarzinom mit Pareametrienbefall oder Ovariakarzinom mit Infiltration des parazervikalen Gewebe oder Karzinosarkoms des Uterus Stadium II genauso eine radikale Hysterektomie indiziert wie bei einem Zervixkarzinom Stadium IB1. Ein separieren</p>
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>der einzelnen Entitäten führt zu einem Verlust der operativen Expertise. mit operativen Experten (Gynäkologische Onkologen) laufen, ähnlich wie beim Mammakarzinom.</p>
Centre hospitalier universitaire vaudois	<p>Nombreuses publications montrant une amélioration importante du pronostic carcinologique par une prise en charge dans un centre spécialisé ayant un volume d'activité suffisant.</p>
Zuger Kantonsspital AG	<p>Ovariakarziome werden bereits jetzt in dafür spezialisierten Zentren behandelt. Entscheidend ist hier einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit (prätherapeutisches und postoperatives Tumorboard) und andererseits die Expertise in gynäkologischer, viszeralchirurgischer, urologischer und ev. thoraxchirurgischer Chirurgie. Diese Strukturen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind seit langer Zeit in unserem Spital etabliert. Es werden regelmässig Patientinnen in klinische Studien eingeschlossen. Wir haben 2012 an einer Studie unter Federführung des USZ (PD Dr. Patrick Imesch) teilgenommen, die untersuchte, ob die am grossen Zentrum (USZ) betreuten Patientinnen ein besseres outcome hatten, als die an den kleineren Zentren betreuten Patientinnen. Die Studie war negativ, in der Tendenz (aber nicht signifikant) war das outcome an den kleineren Häusern sogar etwas besser, weil sich dort immer dieselben Operateure mit sehr grossem persönlichem Erfahrungsschatz um diese aufwendigen Patientinnen gekümmert haben. Die Behandlung des Ovariakarzinoms stellt nicht per se immer eine komplexe medizinische Leistung dar. Das Spektrum reicht von kleineren und früh gefundenen Neoplasien bis zum ausgedehnten Befall des Bauchraums. Dies zeigt sich auch in der sehr grossen Bandbreite des Fallgewichts von knapp über 1 bis zu 7. Ein Eingriff mit Fallgewicht 1.18 kann nun wirklich nicht der komplexen Chirurgie zugeordnet werden.</p> <p>Die Argumentation basiert auf einer Reihe von selektiven Publikationen, welche teilweise falsch wiedergegeben werden. Exemplarisch dafür steht die Zahl von >20 Fällen als Definition für ein High-Volume Center. In den meisten Studien - auch in zitierten - ist ein High Volume als >10 resp. >12 Fälle definiert. Zudem werden Zahlen aus Publikationen, welche sich mit der Brachytherapie befassen, solchen mit Resultaten aus operativen Studien gleichgesetzt.</p> <p>Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zu HSM ist deshalb nicht sinnvoll.</p>
Kantonsspital Winterthur	<p>Ovariakarzinome sollen in Kantonshoheit leitliniengerecht durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte (GynOnk Schwerpunkt oder Besitzstandwahrung guter Operateure) möglichst in Zentren (siehe Zürcher Modell) behandelt werden.</p> <p>Ovariakarzinome und andere "grosse" Bauchtumore gynäkologischen Ursprungs (Entitäten sollten da nicht getrennt werden, da gleiche Expertise erforderlich) haben nachweislich einen besseren outcome, wenn sie durch entsprechend ausgebildete Operateure behandelt werden. Dieser Anforderung ist Rechnung getragen wenn in Zentren wie dem "Zürchermodell" durch Schwerpunktträger behandelt wird. HSM führt da nicht zu einer weiteren Verbesserung.</p> <p>Es wird bezweifelt, dass das Kriterium der Seltenheit bei diesem Teilbereich erfüllt ist.</p>
Spital Limmattal	<p>Prinzipiell macht es wenig Sinn, die gynäkologischen Tumoren, insbesondere Ovarial-, Zervix, Vulva- und Vaginaltumoren zu trennen. Die jeweiligen onkologischen Gynäkologen behandeln/operieren sämtliche solchen Tumoren, diese gehören zum spezifischen Fachgebiet. Es ist nicht zielführend, dass dann gewisse Leistungserbringer nur noch einzelne Tumoren des Fachgebietes behandeln dürfen. In keinem Land gibt es HPB (Hepato-pancreatico-biliary) Chirurgen denen verboten wird, das H oder P zu operieren.</p>

	<p>Derzeit laufen im Kanton Zürich Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler (inkl. Unispital Zürich) und der Gynäkologen ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und einzuführen. Erstzertifizierungen sind auf 2021 angesetzt. Ab 2023 wird es für den Erhalt der Leistungsaufträge im Bereich GYNT Pflicht und soll als Gesamtschweizer Standard etabliert werden. Das Zertifikat soll letztendlich auf der QUALITÄT basieren. Gute Elemente der HSM Vorlage wurden hierzu durch Vertreter des HSM Fachorgans in das Züricher Konzept eingebracht und marktorientiert aufgenommen. Ein Vertreter (Prof. Dr. med. Fink) des HSM Fachorgans war in der Arbeitsgruppe des Züricher Konzepts vertreten. Das Vorpreschen dieser HSM Vernehmlassung ist kontraproduktiv.</p> <p>Die Zentralisierung wie hier vorgeschlagen führt zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit. Durch Verlust der Behandlungsmöglichkeiten von gynäkologischen Tumoren in vielen kleineren Kantonen und Spitälern wird die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Verringerung der Qualität der gesamten Gynäkologie führt. Die onkologische Gynäkologie ist nicht vergleichbar mit einem sehr umschriebenen Gebiet wie bspw. die Behandlung des Ösophaguskarzinoms.</p> <p>Mit dieser Zentralisierung nimmt man eine gesamte Qualitätseinbusse der Gynäkologie zu Gunsten von einigen wenigen % besserem Outcome in Kauf. In der Schweiz besteht kein Qualitätsproblem in der Therapie der gynäkologischen Tumoren, resp. niemand kennt diese Qualität. Die Exponenten einer starken Zentralisierung argumentieren mit Studien aus dem Ausland und wissen dabei nicht einmal, ob ihre Qualität besser ist als diejenige kleinerer Zentren. Primär braucht es ein Assessment der Qualität, und erst später bei Bedarf eine Regulierung.</p> <p>Die Behandlung des Ovariakarzinoms stellt nicht per se immer eine komplexe medizinische Leistung dar. Das Spektrum von kleineren und früh gefundenen Neoplasien reicht bis zum ausgedehnten Befall des Bauchraums. Dies spiegelt sich auch in der sehr grossen Bandbreite des Fallgewichts von knapp über 1 bis zu 7. Ein Eingriff mit Fallgewicht 1.18 kann nun wirklich nicht der komplexen Chirurgie zugeordnet werden.</p> <p>Die Argumentation basiert auf einer Reihe von selektiven Publikationen, welche teilweise falsch wiedergegeben werden. Exemplarisch die Zahl von >20 Fällen als Definition für ein High-Volume Center. In den meisten Studien - auch in zitierten - ist ein High Volume als >10 resp. >12 definiert. Zudem werden Zahlen aus Publikationen, welche sich mit der Brachytherapie befassen solchen mit Resultaten aus operativen Studien gleichgesetzt.</p> <p>Zielführend für eine gute und kosteneffiziente Behandlung ist eine enge Zusammenarbeit der Disziplinen, stringente Protokolle und eine strikte Qualitätskontrolle. Dies kann genauso an einem Haus mit 10 Eingriffen sehr gut funktionieren, sogar besser als an einem Universitätsspital, in welchem der onkologische Gynäkologe keinerlei Zusammenarbeit mit dem Viszeralchirurgen akzeptiert.</p>
Spital Uster	<p>Nicht aus Ueberzeugung, aber da m. E. geringeres Uebel als interkantonale Heterogenität (ich darf im Nachbarkanton alles, was ich hier nicht mehr darf, operieren) und intrakantonale Ungleichgewichte: unsere Institution bzw. meine Person wurde bspw. zu keinem Zeitpunkt und in keiner Weise involviert bei der Erarbeitung des auf CH-Verhältnisse adjustierten neuen Zertifikats zur Behandlung gynäkologischer Tumoren, an welchem dem Vernehmen nach die GD, die SGGG, ausgewählte Spitäler und ausgewählte Gynäkologen beteiligt sind. Im weiteren hätte unsere Klinik, die seit Ende 2018 keinen Leistungsauftrag mehr für GYNT hat ausschliesslich wegen nicht erreichter Fallzahlen in einer bestimmten Messperiode die Möglichkeit für einen Neuanfang.</p>

	<p>Generell führt eine Zentralisierung zu einer Verschlechterung der peripheren Versorgung (Verlust operativer Expertise mit Konsequenzen auf outcome und Ausbildung von Nachwuchs).</p> <p>Qualitätsproblem bei gynäkologischen Karzinomen in der Schweiz nicht evidenzbasiert bzw. strenggenommen unbekannt.</p> <p>Ausgeprägte Partikularinteressen der Zentrumsspitäler, welche alle gynäkologisch-onkologischen Fälle haben wollen.</p> <p>Reine Zahl niemals als Qualitätsindikator tauglich!</p> <p>Es herrscht meiner Meinung nach auch weiterhin grosse Unklarheit, wie die Qualität bei gynäkologisch-onkologischen Fällen gemessen werden soll.</p> <p>Von der Logik her kann eine allfällige Regulierung erst dann vorgenommen werden (auch kantonal), wenn diesbezüglich Klarheit herrscht und relevante Ergebnisse vorliegen.</p>
Spital Zollikerberg	<p>Es ist nicht sinnvoll die gynäkologische Onkologie zu trennen und einen Teil der HSM zuzuordnen. Ebenso ist die Unterteilung der gynäkologischen Malignome in komplex und nicht komplex sachlich ungenügend gerechtfertigt.</p> <p>Es ist möglich den Schwerpunkt gynäkologische Onkologie zu erwerben. [1] Dies ist eine vertiefte Ausbildung, die mindestens 3 Jahre dauert und an entsprechend anerkannten Weiterbildungsstätten absolviert werden muss. Dieser Schwerpunkt befähigt die betreffende Person schliesslich in eigener Verantwortung im erweiterten speziellen Fachgebiet der gynäkologischen Onkologie tätig zu sein. Die Gyn Onkologie umfasst folgende Malignome: Ovarial- und Eileiter-Tumore inklusive Borderline Tumore, primäres seröses Peritonealkarzinom, Tumore des Corpus und Cervix uteri und deren Vorstufen, Tumore der Vulva und Vagina sowie deren Vorstufen, Thromboplasterkrankungen und sogar die Mammaerkrankungen. Alle diese Erkrankungen benötigen eine besondere Expertise, die explizit Gegenstand des Schwerpunkts ist.</p> <p>Ausserdem entscheidend für eine qualitativ hochstehende Versorgung von Patientinnen, die von den genannten Tumoren betroffen sind, ist die Behandlung im Rahmen eines fachübergreifenden Konzepts mit bewährter Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen. Genau in diese Richtung gehen die Bemühungen im Kanton Zürich. Neben der bereits bestehenden Mindestfallzahlvorschrift für Operateure und Spitäler wird es ab 2022 für den Erhalt der Leistungsaufträge im Bereich GYNT Pflicht sein, sich als gynäkologisches Krebszentrum zu zertifizieren. Zur Zeit gibt es kein schweizerisches Zertifikat. Um aber nicht von einem ausländischen Zertifikat abhängig zu sein, wie das der DKG, laufen derzeit im Kanton Zürich Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der AGO der SGGG, der betroffenen Spitäler (inkl. USZ) sowie des Verbands Zürcher Krankenhäuser ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und einzuführen. Pilotzertifizierungen sind auf 2021 angesetzt. Das Zertifikat strebt an, sich als Schweizer Standard zu etablieren. Das Zertifikat soll letztendlich die Qualität für Patientinnen optimieren. Gute Elemente der HSM Vorlage wurden hierzu durch Vertreter des HSM Fachorgans in das Zürcher Konzept eingebracht und aufgenommen. Ein Vertreter (Prof. Dr. med. Fink) des HSM Fachorgans war in der Arbeitsgruppe des Zürcher Konzepts vertreten. Das zweigleisige Vorantreiben der Reglementierung ist nicht nachzuvollziehen und ausgesprochen kontraproduktiv.</p> <p>Zum Beispiel kann beim Ovarialkarzinom die Bedeutung einer Zertifizierung als Gegenmodell für das vom HSM-Fachorgan angestrebte Vorgehen gezeigt werden: Durch mehrere Studien [2-4], sowie eine Cochrane Analyse [5] konnte belegt werden, dass eine Operation</p>

	<p>durch einen gynäkologischen Onkologen und die Therapie in einem gynäkologischen Krebszentrum, in dem die Qualität der Behandlung und die Leitlinien-treue gesichert ist, zu einem besseren Outcome für die Patientin führt.</p> <p>Über die Mindestfallzahlen gibt es aber dennoch in der Literatur widersprüchliche Aussagen. Somit ist die Definition eines High-volume-Centers nicht klar definiert. In manchen Publikationen ist es >20 Eingriffe pro Jahr [6], in anderen, auch zitierten, >10 [7] oder >8 [8]. Hierzu muss erwähnt werden, dass bei allen Studien die Operation nicht verpflichtend durch einen gynäkologischen Onkologen durchgeführt worden ist. Dies war eher in den High-volume Center der Fall. In der zitierten finnischen Studie wurden zum Beispiel nur 30% der Ovarialkarzinom-Operationen durch gynäkologische Onkologen durchgeführt. [9] Phippen et al. konnte sogar in einem Low-volume Center vergleichbar gute Operationsergebnisse und Outcome der Patientinnen zu den USA-weiten Ergebnissen zeigen und kommt zum Schluss, dass nicht nur allein auf die Mindestfallzahlen geachtet werden sollte. [10]</p> <p>Mit der vom HSM-Organ vorgeschlagenen Aufteilung der gynäkologischen Tumore und der damit verbundenen Zentralisierung eines Teils, nimmt man zudem eine Qualitätseinbusse in der Gynäkologie in kleineren Kantonen und ausserhalb der grossen Zentren in Kauf. Die Attraktivität von höheren Kaderpositionen ausserhalb von Universitäts- und Zentrumsspitalern, wird in der Gynäkologie massiv beeinträchtigt, was zu einer Qualitätseinbusse führen wird.</p> <p>Schliesslich birgt der HSM-Vorschlag für Spitäler mit einer grossen Geburtshilfe - das hier antwortende Spital Zollikerberg gehört zu den fünf grössten in der Schweiz - die Gefahr des Verlustes von wichtiger operativer Kompetenz für die Beherrschung von geburtshilflichen Notfallsituationen.</p> <p>Wir lehnen die vorgeschlagene Zuteilung eines Teils der gynäkologischen Tumore zur HSM ab.</p>
<p>Stadtspital Waid und Triemli</p>	<p>Eine Zuordnung nach Tumorentität wird nicht befürwortet (siehe Anmerkung; Tableau 1).</p>
<p>Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken)</p>	<p>Das Fachgebiet der Gynäkologischen Onkologie umfasst die Diagnostik und Therapie aller Malignome des gynäkologischen Formenkreises. Sowohl die Facharztzubereitung zum Gynäkologen als auch die Weiterbildung zum Gynäkologischen Onkologen umfassen alle entsprechenden Erkrankungen. Die operativ tätigen onkologischen Gynäkologen operieren alle diese Erkrankungen, eine weitere Subspezialisierung gibt es in der Schweiz nicht. Somit wird die Gesamtexpertise des gynäkologisch-onkologischen Operateurs durch die Behandlung aller Erkrankungen der Gynäkologischen Onkologie (Ovarialkarzinom, Vulvakarzinom, Vaginalkarzinom, Zervixkarzinom und Endometriumkarzinom) erreicht.</p> <p>Die primäre Diagnostik erlaubt nicht immer eine klare Zuordnung zu einer spezifischen Diagnose. Die zuweisenden Ärzte, vornehmlich Gynäkologen, seltener auch Hausärzte, verlassen sich darauf, dass ihre Patientinnen mit einem malignem Tumor der gynäkologischen Organe an einem Ort behandelt werden können. Eine Vorab-Differenzierung ist weder üblich noch sinnvoll.</p> <p>Die operativen Kompetenzen überschneiden sich bei den verschiedenen gynäkologischen Karzinomen: So ist bei einem Endometriumkarzinom mit Pareametrienbefall oder Ovarialkarzinom mit Infiltration des parazervikalen Gewebe oder Karzinomsarkoms des Uterus Stadium II genauso eine radikale Hysterektomie indiziert wie bei einem Zervixkarzinom Stadium IB1. Ein Separieren der einzelnen Entitäten führt zu einem Verlust der operativen Expertise.</p>

Eine Aufspaltung der Gesamtgruppe der gynäkologischen Tumore, bzw. eine Abgrenzung des Ovarialkarzinoms von den anderen Tumoren kann aus diesen Gründen nicht im Sinne der Patientinnen und auch nicht im Interesse der Zuweiser und der gynäkologischen Onkologen sein und würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung der Behandlung führen.

Eine alternative Umsetzung zeigt das auf Qualität basierende neue Zürcher Zertifizierungs- und Qualitätssicherungssystem für Gynäkologische Krebserkrankungen (Arbeitstitel: "Schweizer Zentrum für Gynäkologische Tumore - SwissZGT"): Im Kanton Zürich hat eine Arbeitsgruppe der Spitäler inkl. der Universität Zürich unter Mitarbeit und Mitautorenschaft der SGGG zu Handen der Gesundheitsdirektion Zürich ein Zertifizierungs- und Qualitätssicherungssystem entwickelt, welches in 2021 mit Beschluss des Regierungsrates eingeführt werden soll. Ab 2023 soll die Zertifizierung als "Swiss-ZGT" (oder eine Zertifizierung durch die Dt. Krebsgesellschaft als "Gynäkologisches Krebszentrum") Voraussetzung für die Erteilung des Leistungsauftrages GYNT im Kanton Zürich sein. Das System ist so ausgelegt, dass es für die ganze Schweiz nutzbar ist. Einige der relevanten Aspekte der HSM-Initiative wurden mit Hilfe der SGGG in das "SwissZGT"-System aufgenommen. Ein Vertreter des HSM Fachorgans war aktives Mitglied der Arbeitsgruppe und hat relevant an der Erarbeitung des Systems mitgewirkt. "Swiss-ZGT" ist ein Zertifizierungssystem, womit eine externe Qualitätsüberprüfung verbunden ist. Es baut nicht alleine auf struktureller Qualität auf (die in der Schweiz ohnehin in hohem Masse und vorhanden ist), sondern misst Qualität an Behandlungstreue (Umsetzung der aktuellen Leitlinien) sowie medizinischen und patienten-orientierten Ergebnissen (Outcome-Analysen, Benchmark-Analysen und PROMs-Patient Reported Outcome Measurements).

Eine zu starke Zentralisierung der Operationen der Gynäkologischen Onkologie sowie die Abspaltung einzelner Operationen aus dem gesamten gynäkologisch-onkologischen Spektrum würde die Versorgungssicherheit vor allem in den peripheren Regionen der Schweiz einschränken. Natürlich muss eine Mindestmenge an operativer Expertise der operierenden Spezialisten vorhanden sein, um adäquate Qualität bieten zu können. Hierzu ist im Zürcher Zertifizierungs- und Qualitätssicherungs-System "Swiss-ZGT" bereits eine Expertise von 20 Eingriffen pro Jahr gefordert. Diese Expertise betrifft alle Erkrankungen des gynäkologisch-onkologischen Spektrums. Bereits dadurch kommt es zu einer Zentralisierung der Eingriffe auf grosse und mittelgrosse Spitäler / Abteilungen, während die kleineren Spitäler, welche unter 20 Eingriffe pro Jahr erbringen, den Leistungsauftrag verlieren werden, da diese die Eingangskriterien für die Zertifizierung als "Swiss-ZGT" nicht erfüllen. Eine darüber hinausgehende Zentralisierung, wie im HSM Modell gefordert, führt dazu, dass die Attraktivität der gynäkologischen Abteilungen stark verringert wird und es nicht mehr möglich sein wird, an diesen Standorten gynäkologisch-onkologisch versierte Ärztinnen und Ärzte anzustellen oder zu halten. Damit wird die Qualität der gesamten operativen Gynäkologie verschlechtert, da das "übrigbleibende" Spektrum zu klein ist, um ausreichende Expertise zu gewährleisten. Es kann nicht im Interesse der Schweiz sein, ein für die Bevölkerung relevantes Fachgebiet wie die Gynäkologie substantiell ausbluten zu lassen. Selbst für die Geburtshilfe hätte dies negative Konsequenzen, weil insbesondere bei Notfällen die Expertise eines erfahrenen gynäkologischen Operateurs erforderlich ist.

Das Zürcher Zertifizierungsmodell "Swiss-ZGT" verpflichtet die Teilnehmer zur Erfassung zahlreicher Einzel-Ergebnis-Kriterien, welche durch Audits vor Ort überprüft werden sowie zu einer jährlichen Auswertung samt Benchmark ihrer medizinischen und patientenbezogenen Ergebnisse. Damit kann die Qualität jedes einzelnen Spitals und jedes Operateurs eruiert und auf Wunsch untereinander verglichen werden. Der HSM-Antrag bleibt den Nachweis schuldig, dass aktuell die Qualität der gynäkologisch-operativen Onkologie in der Schweiz in den Spitälern mit über 20 Operationen pro Jahr schlechter ist als die der Spitäler mit über 40 Operationen pro Jahr. Es ist definitiv nicht im Sinne der Patientinnen, die Regulierung vor der Qualitätsevaluation einzusetzen.

	<p>Die von der HSM-Initiative ins Feld geführten Studien zeigen nicht das vollständige Bild der aktuellen Studienlage zu Mindestzahlen. International werden durchaus auch Fallzahlen von 10 pro Jahr akzeptiert. Alle die von den Initianten ins Feld geführten Studien sind zudem nicht auf demjenigen wissenschaftlichen Niveau, welches erlauben würde, Regulierungsrichtlinien abzuleiten.</p> <p>Die Behandlung des Ovarialkarzinomes stellt nicht per se immer eine komplexe medizinische Leistung dar. Das Spektrum von kleineren und früh gefundenen Neoplasien reicht bis zum ausgedehnten Befall des Bauchraums. Dies spiegelt sich auch in der sehr grossen Bandbreite des Fallgewichts von knapp über 1 bis zu 7. Ein Eingriff mit Fallgewicht 1.18 kann nun wirklich nicht der komplexen Chirurgie zugeordnet werden.</p> <p>Die Zuordnung der Entität Ovarialkarzinome zur HSM führt weiterhin dazu, dass der Fokus der Qualitätslenkung ausschliesslich auf der operativen Tätigkeit beruht. Es ist jedoch seit langem bekannt, dass das Gesamtergebnis für Patienten mit Krebserkrankungen auf dem Zusammenspiel von verschiedenen Disziplinen beruht. Sowohl die Diagnostik als auch die medikamentöse Tumortherapie und die Radiotherapie sind relevante Bausteine eines Therapiekonzeptes. Anders als im Zürcher Zertifizierungs- und Qualitätssicherungssystem "Swiss-ZGT", bei dem das Ergebnis des gesamten Patientenpfades inklusive des Überlebens gemessen und beurteilt wird, baut die HSM-Initiative rein auf die strukturelle Zahl an Operationen. Dabei ist selbst schon im operativen Setting die Zusammenarbeit mit benachbarten Disziplinen sehr wichtig und zielführend für eine gute und kosteneffiziente Behandlung. Sehr häufig ist beim Ovarialkarzinom, etwas seltener bei den anderen Karzinomen, eine enge Zusammenarbeit des Gynäkologen mit dem Viszeralchirurgen wichtig. Sie kann sogar von höherer Bedeutung für das Gesamtergebnis sein als die reine Expertise eines einzelnen Operateurs.</p>
Assureurs	
Santésuisse	<p>Mit jährlich ungefähr 700 Eingriffen kann dieser Eingriff nicht als besonders selten bezeichnet werden. Weitere Kriterien wie beispielsweise Innovationspotential, Aufwand oder Komplexität der Behandlung stehen mit Art und Stadium des Ovarialkarzinomes im Zusammenhang. Zu berücksichtigen ist zudem, dass an neoadjuvante oder adjuvante onkologische Therapien nicht dieselben Anforderungen zu stellen sind wie an operative Eingriffe. Allenfalls könnte die Definition geschärft und die Zuordnung auf bestimmte Untergruppen beschränkt werden. In Anbetracht von aktuell nahezu einem Drittel aller Ovaryektomien in Spitälern mit weniger als 10 Eingriffen und 13% in Spitälern mit weniger als 5 Eingriffen pro Jahr (2018) ist eine stärkere Konzentration aber angezeigt. Mindestfallzahlen nicht nur pro Spital sondern auch pro Operateur sind in jedem Fall zu fordern.</p>
Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
	(-)
Autres	
Onkologiepflege Schweiz	Alle Argumente nachvollziehbar.

<p>Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimeduisse)</p>	<p>Verschiedene Studien, sowohl im In- wie im Ausland, haben nachgewiesen, dass sowohl das Überleben der Patientinnen wie die operative Morbidität und Mortalität direkt mit der Erfahrung der Operateurin und des behandelnden Zentrums korrelieren. Nur eine Zentralisierung der Fälle kann dazu führen, dass in der Schweiz die Operateuren die entsprechende Erfahrung haben.</p>
<p>Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)</p>	<p>Im Auftrag des Vorstands des Verbands Zürcher Krankenhäuser teilen wir mit, dass unser Verband sich gegen eine Aufspaltung des HSM-Bereichs «komplexe gynäkologische Tumoren» stellt. Die Behandlung der verschiedenen gynäkologischen Tumore ist als Einheit zu betrachten. Die Erfahrung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die Qualität der Behandlung ergibt sich aus der Summe der behandelten komplexen gynäkologischen Tumore. Eine Aufteilung ist der Qualität der Behandlung eher abträglich und kann unter Umständen zu Nachwuchsproblemen, Ressourcenknappheit, Erhöhung der personellen Kosten und falschen Anreizen durch vorgegebene Mindestfallzahlen führen.</p> <p>Der Verband Zürcher Krankenhäuser arbeitet zur Zeit eng mit der Gesundheitsdirektion, den Spitälern und der SGGG zusammen, um ein an die schweizerischen Verhältnisse angepasstes Zertifikat GYNT zu entwickeln. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat dem Vorgehen grundsätzlich zugestimmt und bereits ab 2021 sind erste Zertifizierungsverfahren vorgesehen. Die Qualität der Behandlung komplexer gynäkologischer Tumore kann somit bestens sichergestellt werden.</p>
<p>Walliser Ärztesellschaft (SMVS-VSÄG)</p>	<p>Die operative Therapie des Ovarialkarzinoms ist entscheidend in der Prognose für die Patientin. Der operative Eingriff stellt im allgemeinen - da die Diagnose meist im fortgeschrittenen Stadium gestellt wird- eine hochkomplexe interdisziplinäre Intervention mit der nötigen perioperativen Betreuung dar. Diese entspricht den Kriterien der HSM.</p>

2.1.3 Remarques concernant la définition médicale spécifique

Le Tableau 4 donne un aperçu des remarques formulées au sujet du rapport relatif au rattachement à la MHS. 32 participants ont formulé une remarque (dont 6 cantons, 24 hôpitaux, 0 assureur, 0 décanat, 1 société savante et 1 autre).

Tableau 4 : récapitulatif des remarques concernant la définition médicale spécifique proposée. (–) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 2 de la liste de questions (« Avez-vous des remarques à formuler concernant la définition médicale spécifique proposée du domaine partiel « carcinomes ovariens » (voir à ce sujet le chapitre " Description du domaine MHS " du rapport explicatif pour le rattachement à la MHS du 12 février 2020) ? »)
Cantons	
BS	Die fachspezifische Umschreibung des Teilbereichs sollte den Titel "Ovarial-/Tuben- und Peritonealkarzinome" tragen, da es sich hier um dieselbe Entität handelt.
LU	Nein. Die Ausführungen sind vollumfänglich und entsprechen dem neuesten Wissensstand.
NE	Voir analyse du Dr Yves Brunisholz, que nous partageons Siehe Stellungnahme Réseau Hospitalier Neuchâtelois zu Frage 1, Anmerkungen zu allen Teilbereichen (Tableau 1).
NW	Nein. Die Ausführungen sind vollumfänglich und entsprechen dem neuesten Wissensstand.
TG	Es handelt sich um einen Teil der onkologischen Gynäkologie. Eine Aufteilung dieses bereits umschriebenen Bereichs macht keinen Sinn. Wenn ein Bereich definiert werden soll, dann soll es analog zur Gesundheitsdirektion Zürich sämtliche gynäkologischen Tumoren mit Ausnahme der Mamma umfassen. Ein peritoneal metastasiertes Endometriumkarzinom zu operieren ist gleich anspruchsvoll wie die Operation eines Ovarialkarzinom, fällt jedoch nicht unter HSM. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die notwendigen operativen Kompetenzen bei den gynäkologisch onkologischen Operationen überschneiden, hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe basierend auf der vorliegenden evidenzbasierten Literatur und internationalen Guidelines, folgende Auflage für den "core team" Operateur definiert: Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkttitel Gynäkologische Onkologie SIWF, welcher 40 Fälle gynäkologischer Malignome (ohne Mammakarzinome) innert 2 Jahren operiert. Zusätzlich soll die Teilnahme an klinischen Studien der SAKK, ENGOT und Swiss AGO gefordert werden. Hier hat sich gezeigt, dass auch kleinere Kliniken eine rege Studienteilnahme aufweisen können, welche zum Teil die der Universitätskliniken übersteigt obwohl sie absolut kleinere Fallzahlen aufweisen. Die Studientätigkeit sollte unbedingt berücksichtigt werden, da diese die beste Qualität für die Patientinnen garantiert.
TI	Adeguata.

Spitäler	
Kantonsspital Baden AG	Ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet, siehe «Anmerkungen für alle Teilbereiche» (Tableau 1).
Insel Gruppe AG	Einzige Möglichkeit diese komplexen Tumore, patientengerecht zu behandeln
Spital STS AG	Siehe Stellungnahme Spital STS AG zu Frage 1, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 3).
Spitalzentrum Biel	Le regroupement des différentes pathologies oncologiques gynécologiques n'est à notre sens pas judicieux tant il existe des synergies pour le traitement chirurgical certes mais aussi pour l'ensemble de la prise en charge diagnostique, thérapeutique, oncologique et de suivi pour ces différents types de cancer gynécologique.
Kantonsspital Basel-land	Hier soll die Definition eines "core team" Operateurs, wie er von der SGGG basierend auf evidenzbasierter Literatur und internationalen Guidelines erfolgt, berücksichtigt werden: Schwerpunktträger, welcher 40 Fälle gynäkologischer Malignoe (ohne Mammakarzinome) innert 2 Jahren operiert. Teilnahme an Studien soll gefordert sein, dies ist jedoch nicht an ein universitäres Zentrum angebunden.
St. Claraspital AG	Die geforderten chirurgischen Fähigkeiten sind Bestandteil des Operationskatalogs zur Ausbildung «Gynäkologische Onkologie» und werden von den Titelträgern, von denen es in der Schweiz nur wenige gibt, beherrscht. Gefässchirurgie und Urologie sind nicht obligater Bestandteil eines Ovarialkarzinom-Teams, sollten aber, wenn notwendig, beigezogen werden können.
Hôpital fribourgeois	Parfaite adéquation avec ce qui est écrit. Nous avons à l'HFR réalisés sur les 10 dernières années le traitement d'environ 30 cas par an, suivant les concertations du Tumor board, sachant que ce chiffre peut varier suivant les années à 35 cas. Les cas précoces sont traités par laparoscopie, qui incluent les curages iliaques et les grands curages lombo aortiques lorsqu'ils sont décidés par le tumor board.
Hôpitaux universitaires de Genève	La découverte d'une masse pelvienne hautement suspecte devrait être considérée (jusqu'à preuve du contraire) comme un cancer ovarien et faire partie des recommandations pour être référées. Contrairement à d'autres cancers, ce dernier est diagnostiqué lors de la chirurgie (biopsie rarement indiquée).
Stiftung Kantonsspital Graubünden	Unter Zusammenfassung der Eingriffe sind «Entfernung des Gebärmutterhalses mit dem umliegenden Gewebe» und «Entfernung der Gebärmutter mit dem umliegenden Gewebe unter Schonung der Begleitnerven» aufgelistet. Hier sollte präzisiert werden, was gemeint ist. Es handelt sich wohl um das umliegende peritoneale Gewebe (Bauchfell) und nicht um die Parametrien (Bandapparat der Gebärmutter).

Luzerner Kantonsspital	Nein. Die Ausführungen sind vollumfänglich und entsprechen dem neuesten Wissensstand.
Kantonsspital Nidwalden	Die Eingriffe «Entfernung des Gebärmutterhalses mit dem umliegenden Gewebe» sowie «Entfernung der Gebärmutter mit dem umliegenden Gewebe unter Schonung der Begleitnerven» betreffen nicht die operative Sanierung des Ovarial-, sondern eher des Cervixkarzinoms.
Frauenklinik Spital Grabs	<p>Die Argumentation ist insgesamt wissenschaftlich nicht sorgfältig bzw. teils grob falsch.</p> <p>Beispielhaft weise ich darauf hin, dass das Argument, dass das Ovarialkarzinom wegen der Prüfung und ggfs Einführung neuer Verfahren (HIPEC, PIPAC..) (S. 9) am besten zentralisiert werden müsste, geradezu haarsträubend ist. Der Stand der Wissenschaft ist, dass HIPEC und PIPAC beim OVCA momentan ausserhalb von Studien nicht eingesetzt, bzw. eingeführt werden sollten, da die Datenlage aktuell gegen diese Methoden spricht (Bislang eine positive Studie (Van Driel 2018) und zwei negative Studien (Lim 2017 und Zivanovic 2020)). Klar falsch ist die Aussage, dass beim fortgeschrittenen OVCA oft eine Lymphonodektomie durchgeführt werden muss (S. 8) (Harter 2019).</p> <p>Ganz grundsätzlich macht es keinen Sinn, die Gruppe der gynäko-onkologischen Tumoren zu fragmentieren und einzelne Tumorentitäten der HSM zuzuteilen. Denn es handelt sich bei diesen Tumoren um eine Krankheitsgruppe, die sowohl in der Diagnostik, aber auch in der operativen und systemischen Therapie, sowie in der Nachsorge in weiten Teilen überlappt.</p> <p>Mit der bereits laufenden Etablierung von gynäko-onkologischen Tumorzentren wird den Anliegen der HSM Befürworter nach entsprechender Qualität der Leistungserbringer (Schwerpunkttitelträger gyn-onko) und der Erreichung sinnvoller Fallzahlen Rechnung getragen, ohne jedoch die Zahl der Zentren auf nur eine handvoll universitäre Zentren zu begrenzen und die eigentliche homogene Gruppe der gyn-onko Tumoren künstlich zu segmentieren.</p>
Kantonsspital St. Gallen	Unter dem Begriff Ovarialkarzinom sollte immer, wie in der Fachliteratur üblich, das Tubenkarzinom und das primäre Peritonealkarzinom mitgemeint sein.
Klinik Seeschau AG	Siehe Stellungnahme Klinik Seeschau AG zu Frage 1, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 3).
Spital Thurgau AG	<p>Es handelt sich um einen Teil der onkologischen Gynäkologie. Eine Aufteilung dieses bereits umschriebenen Bereichs macht keinen Sinn. Wenn ein Bereich definiert werden soll, dann soll es analog zur Gesundheitsdirektion Zürich sämtliche gynäkologischen Tumoren mit Ausnahme der Mamma umfassen.</p> <p>Ein peritoneal metastasiertes Endometriumkarzinom zu operieren ist gleich anspruchsvoll wie die Operation eines Ovarialkarzinom, fällt jedoch nicht unter HSM.</p> <p>Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die notwendigen operativen Kompetenzen bei den gynäkologisch onkologischen Operationen überschneiden, hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe basierend auf der vorliegenden evi-</p>

	<p>denzbasierten Literatur und internationalen Guidelines, folgende Auflage für den "core team" Operateur definiert: Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie SIWF, welcher 40 Fälle gynäkologischer Malignome (ohne Mammakarzinome) innert 2 Jahren operiert.</p> <p>Zusätzlich soll die Teilnahme an klinischen Studien der SAKK, ENGOT und Swiss AGO gefordert werden. Hier hat sich gezeigt, dass auch kleinere Kliniken eine rege Studienteilnahme aufweisen können, welche zum Teil die der Universitätskliniken übersteigt obwohl sie absolut kleinere Fallzahlen aufweisen. Die Studientätigkeit sollte unbedingt berücksichtigt werden, da diese die beste Qualität für die Patientinnen garantiert.</p>
Ente Ospedaliero Cantonale	Wir sind davon überzeugt, dass Ovarialkarzinome Teilbereich der HSM sind, aber nicht wegen CHIP oder PIPAC, sondern vielmehr wegen der Komplexität des erforderlichen chirurgischen Eingriffs und der Zugänglichkeit von Einrichtungen, die experimentelle klinische Studien anbieten.
Centre hospitalier universitaire vaudois	<p>Il nous semble que devraient être aussi inclus dans cette réflexion, les carcinomes tubaires et les carcinomes séreux de haut grade du péritoine car ils bénéficient de traitements similaires à ceux des cancers séreux de haut grade ovariens.</p> <p>Par ailleurs la démarche bien que restant valide pour les 2 sous-types, devrait différencier les cancers épithéliaux et les carcinomes non épithéliaux du fait d'approches thérapeutiques et de potentiel d'innovation différents.</p>
Zuger Kantonsspital AG	Unter Zusammenfassung der Eingriff sind "Entfernung des Gebärmutterhalses mit dem umliegenden Gewebe" und "Entfernung der Gebärmutter mit dem umliegenden Gewebe unter Schonung der Begleitnerven" aufgelistet. Hier sollte präzisiert werden was gemeint ist. Es handelt sich wohl um das umliegende peritoneale Gewebe (Bauchfell) und nicht um die Parametrien (Bandapparat der Gebärmutter).
Kantonsspital Winterthur	Siehe Stellungnahme Kantonsspital Winterthur zu Frage 1, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 3).
Spital Limmattal	Es handelt sich um einen Teil der onkologischen Gynäkologie. Eine Aufteilung dieses bereits umschriebenen Bereichs macht keinen Sinn. Wenn ein Bereich definiert werden soll, dann soll es analog zur Gesundheitsdirektion Zürich sämtliche gynäkologischen Tumoren mit Ausnahme der Mamma umfassen.
Spital Uster	"Einfache" gynäkologisch-onkologische Erkrankungen wie das Endometriumkarzinom sind von "komplexen", wie bestimmten Ovarialkarzinomen zu trennen und sollen von einem Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe unabhängig von der Ortsansässigkeit (d. h. in welchem Kanton er arbeitet) operiert werden dürfen. Eine Zuteilung dieser Karzinome in die HSM wäre m. E. inadäquat.
Spital Zollikerberg	Das Ovarialkarzinom gehört ins Schwerpunktgebiet der gynäkologischen Onkologie. Es sollte analog der Gesundheitsdirektion Zürich als GYNT definiert werden.

Stadtspital Waid und Triemli	In gewissen Situationen (Progredienz unter neoadjuvanter Chemotherapie, komplexen Nebendiagnosen, gewisse Rezidivsituationen) ist eine chirurgische Therapie nicht indiziert. Dies ist zu wenig abgebildet.
Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken)	Das Ovarialkarzinom ist eine Erkrankung des gynäkologisch-onkologischen Formenkreises und kein eigenständiger "Bereich". Eine Aufteilung des Formenkreises in Einzel-Entitäten ist nicht zu rechtfertigen. Sowohl im Zertifizierungssystem der Dt. Krebsgesellschaft als auch in Österreich und folglich auch im Zürcher Zertifizierungs-System "Swiss-ZGT" sind alle Entitäten in einem Katalog zusammengefasst. Auswertungen können entitätsbezogen durchgeführt werden, die Behandlung sollte aus o.g. Gründen jedoch nicht aufgeteilt werden. Die Mamma gehört explizit nicht zum Formenkreis der gynäkologischen Krebserkrankungen. So hat auch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich im Leistungsauftrag die gynäkologischen Tumore unter Ausschluss des Mammakarzinoms als Einheit zusammengefasst.
Assureurs	
	(-)
Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	Einer Zuordnung des Ovarialkarzinoms, Zervixkarzinoms, Vulvakarzinoms, Vaginalkarzinoms und der Trophoblasttumore zur HSM wird von Seiten des Vorstandes der SGGG nur unter dem Vorbehalt zugestimmt, dass die Behandlung diese Tumorentitäten in gynäkologisch-onkologischen Tumorzentren, die jeweils das ganze Spektrum der Gynäko-Onkologie abdecken, erfolgt. Eine Aufspaltung des Schwerpunktgebietes Gynäko-Onkologie in einzelne Tumorentitäten muss aus Sicht des SGGG-Vorstandes unbedingt verhindert werden. Ein peritoneal metastasiertes Endometriumkarzinom zu operieren ist gleich anspruchsvoll wie die Operation eines Ovarialkarzinom, fällt jedoch nicht unter HSM.
Autres	
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	Wie bereits mehrfach erwähnt, macht eine Aufteilung unseres Erachtens keinen Sinn. Die Aufteilung der Gynäkologie bzw. der gynäkologischen Tumore, wie sie im Leistungsauftrag des Kantons Zürich vorgenommen wird, ist völlig genügend.

2.1.4 Remarques médicales concernant la proposition de représentation dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP et la classification internationale des maladies (CIM)

Le Tableau 5 donne un aperçu des remarques médicales au sujet de la proposition de représentation du domaine partiel « carcinomes ovariens » dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et la classification internationale des maladies (CIM). 28 participants ont formulé une remarque (dont 5 cantons, 19 hôpitaux, 0 assureur, 0 décanat, 1 société savante et 3 autres).

Tableau 5 : récapitulatif des remarques d'ordre médical au sujet de la représentation dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP. (-) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 3 de la liste de questions (« Avez-vous des remarques médicales à formuler au sujet de la proposition de représentation du domaine partiel " carcinomes ovariens " dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP et la classification internationale des maladies (CIM) (cf. annexe A1 du rapport explicatif pour le rattachement à la MHS du 12 février 2020) ? »)
Cantons	
BS	<p>Der vorgestellte Leistungsbereich wird durch zwei Klassifikationen (CHOP/ICD) abgebildet. Die Überprüfung, ob es sich um einen HSM-Eingriff handelt, wird durch die Kombination aus einer Vielzahl von ICD-10-Codes und dem entsprechenden CHOP-Codes sehr erschwert.</p> <p>Nach unseren Einschätzungen sollte die Abbildung wie folgt angepasst werden:</p> <p>Erweiterung der Abbildung um den ICD-Code D39.1 (Boderline Ovar) und Peritonealkarzinom.</p>
GL	Operationen am Ovar fehlen.
GR	Operationen am Ovar fehlen.
TG	<p>Wir lehnen die Bildung von HSM Ovarialkarzinom ab.</p> <p>In vielen Fällen wird die Diagnose eines Ovarialkarzinomes NICHT präoperativ, sondern postoperativ in der Histologie gestellt. Die vorliegende CHOP Code Liste umfasst sämtliche Eingriffe, welche irgendwie im Zusammenhang stehen können und verknüpft sie mit dem ICD Code. Wird an einem Haus bei einer diagnostischen Laparoskopie ein unklarer Befund am Omentum reseziert, und stellt sich histologisch dann eine Metastase eines Ovarialkarzinoms heraus, wäre das bei fehlendem HSM Leistungsauftrag ein Verstoß. Das kann nicht praktikabel und im Sinne der Patientin sein. Ebenso kann es nicht Ziel sein, alle Patientinnen in ein Zentrum zu weisen, wenn nur der Hauch eines Verdachts besteht.</p> <p>Die Kopplung von ICD und CHOP im vorgeschlagenen Modell ist problematisch. Auch die primäre primäre Chemotherapie, manchmal auch die primäre rein supportive Therapie, können richtige Therapien für Primärerkrankungen sein.</p> <p>Innovative operative Verfahren zielen gerade in der Onkologie aktuell auf eine De-Eskalation und geringere Radikalität. Im Fall des Ovarialkarzinoms ist der Verzicht auf die vollständige pelvine und paraaortale Lymphadenektomie bei hohen Tumorstadien ein gutes</p>

	<p>Beispiel. Weniger zu operieren kann für die Versorgungsqualität der einzelnen Patientin richtig, zeitgemäss entsprechend der aktuellen Datenlage und somit respektive qualitativ besser sein.</p> <p>Die Verknüpfung von Versorgungsaufträgen an Eingriffszahlen kann hier definitiv falsche Anreize setzen.</p>
TI	Corretto.
Hôpitaux	
Kantonsspital Baden AG	<p>Die Kopplung von ICD und CHOP empfinde ich im vorgeschlagenen Modell als problematisch. Auch die primäre Chemotherapie, manchmal auch die primäre rein supportive Therapie, können richtige Therapien für Primärerkrankungen sein.</p> <p>Innovative operative Verfahren zielen gerade in der Onkologie aktuell auf eine De-Eskalation und geringere Radikalität. Im Fall des Ovarialkarzinoms ist der Verzicht auf die vollständige pelvine und paraaortale Lymphadenektomie bei hohen Tumorstadien ein gutes Beispiel. Weniger zu operieren kann für die Versorgungsqualität der einzelnen Patientin richtig, zeitgemäss entsprechend der aktuellen Datenlage und somit respektive qualitativ besser sein.</p> <p>Die Verknüpfung von Versorgungsanträgen an Eingriffszahlen kann hier definitiv falsche Anreize setzen.</p>
Insel Gruppe AG	Einzige Möglichkeit diese komplexen Tumore, patientengerecht zu behandeln
Spital STS AG	<p>Wie unsere Auswertungen zeigen (Zahlen vertraulich), kommen folgende CHOP-Codes häufig oder sehr häufig vor, womit das Kriterium der Seltenheit nicht erfüllt ist und eine Zuteilung zu HSM schon deshalb nicht gerechtfertigt ist:</p> <p>40.3X.24</p> <p>66.41.11</p> <p>66.41.21</p> <p>66.41.41</p> <p>68.41, 68.42, 68.43., 68.44</p>
Spitalzentrum Biel	<p>Le couplage de la CIM et du CHOP pose problème dans le modèle proposé. La chimiothérapie primaire, parfois aussi la thérapie primaire purement de soutien, peut aussi être une thérapie appropriée pour les maladies primaires.</p> <p>Des procédures chirurgicales innovantes, en particulier en oncologie, visent actuellement la désescalade et la réduction de la radicalité. Dans le cas du carcinome ovarien, un bon exemple est la décision de renoncer à une lymphadénectomie pelvienne et para-aortique complète dans les cas de stades tumoraux élevés. Opérer moins peut être correct pour la qualité des soins du patient individuel, actualisé en fonction de la situation actuelle des données et donc qualitativement meilleur.</p> <p>Le fait de lier les demandes de soins aux chiffres de la chirurgie peut certainement créer de mauvaises incitations dans ce domaine.</p>

Kantonsspital Basel-land	<p>Eine Bildung von HSM Ovarialkarzinom ist abzulehnen.</p> <p>Die Diagnose eines Ovarialkarzinoms stellt sich in einigen Fällen nicht präoperativ, sondern postoperativ. Wird bei einer diagnostischen Laparoskopie bei der Entfernung einer Ovarialzyste, die gemäss der sonografischen Untersuchung nicht karzinomverdächtig ist, dann doch ein Ovarialkarzinom in der definitiven Histologie gefunden, wäre das bei fehlendem HSM Leistungsauftrag ein Verstoß. Es kann nicht sein, alle Patientinnen mit nur hypothetischem Verdacht auf ein Malignom ans Zentrumsspital für HSM zu verfrachten.</p> <p>Primäre Therapien für das Ovarialkarzinom können auch nicht operative Therapien sein, die durch ICD/CHOP nicht abgebildet werden.</p> <p>Aktuell findet in der Onkologie eine De-Eskalation und geringere Radikalität statt. Weniger zu operieren kann für die Versorgungsqualität der einzelnen Patientin richtig sein und qualitativ besser. Die Verknüpfung von Versorgungsaufträgen an Einriffszahlen kann hier definitiv der falsche Anreiz sein.</p>
Universitätsspital Basel	<p>Die beigefügten CHOP Codes beinhalten nicht das Peritonealkarzinom. Highgrade seröse Ovarialkarzinome/Tubenkarzinome und Peritonealkarzinome sind dieselbe Entität. Es sollte daher immer Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom stehen, nicht nur Ovarialkarzinom, weil dies fachlich-inhaltlich nicht korrekt ist.</p>
Stiftung Kantonsspital Graubünden	<p>Der Stellenwert aller radikalen Zervixstumpfexstirpationen und der Stellenwert aller radikalen Hysterektomien sind beim Ovarialkarzinom gering bis nicht vorhanden.</p>
Kantonsspital Nidwalden	<p>Zentralisierung zweifelsfrei richtig, die operative Expertise vor Ort sollte aber trotzdem nicht unberücksichtigt bleiben.</p>
Kantonsspital St. Gallen	<p>CHOP Z40.3X.15 Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff, inguinale, laparoskopisch AND_ICD: Inguinale Lymphknoten werden offen operiert (Zugang von der Leiste), iliacal Lymphknoten (also proximal des Leistenbandes bzw. Leistenkanals) können laparoskopisch (minimal-invasiv durch die Bauchhöhle) operiert werden.</p>
Spital Thurgau AG	<p>Wir lehnen die Bildung von HSM Ovarialkarzinom ab.</p> <p>In vielen Fällen wird die Diagnose eines Ovarialkarzinomes NICHT präoperativ, sondern postoperativ in der Histologie gestellt. Die vorliegende CHOP Code Liste umfasst sämtliche Eingriffe, welche irgendwie im Zusammenhang stehen können und verknüpft sie mit dem ICD Code. Wird an einem Haus bei einer diagnostischen Laparoskopie ein unklarer Befund am Omentum reseziert, und stellt sich histologisch dann eine Metastase eines Ovarialkarzinoms heraus, wäre das bei fehlendem HSM Leistungsauftrag ein Verstoß. Das kann nicht praktikabel und im Sinne der Patientin sein. Ebenso kann es nicht Ziel sein, alle Patientinnen in ein Zentrum zu weisen, wenn nur der Hauch eines Verdachts besteht.</p> <p>Die Kopplung von ICD und CHOP im vorgeschlagenen Modell ist problematisch. Auch die primäre primäre Chemotherapie, manchmal auch die primäre rein supportive Therapie, können richtige Therapien für Primärerkrankungen sein.</p> <p>Innovative operative Verfahren zielen gerade in der Onkologie aktuell auf eine De-Eskalation und geringere Radikalität. Im Fall des Ovarialkarzinoms ist der Verzicht auf die vollständige pelvine und paraaortale Lymphadenektomie bei hohen Tumorstadien ein gutes</p>

	<p>Beispiel. Weniger zu operieren kann für die Versorgungsqualität der einzelnen Patientin richtig, zeitgemäss entsprechend der aktuellen Datenlage und somit respektive qualitativ besser sein.</p> <p>Die Verknüpfung von Versorgungsaufträgen an Eingriffszahlen kann hier definitiv falsche Anreize setzen.</p>
Ente Ospedaliero Cantonale	<p>Der ICD-Code C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri ist ein Endometriumtumor, der die Entität "Endometriumkarzinom" darstellt und nicht in die Kasuistik der hochspezialisierten Medizin aufgenommen werden sollte.</p> <p>C 57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri und C 57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri sind nicht Teil der hochspezialisierten Medizin. Diese Diagnosen fallen in keiner Weise in die Kategorie Ovarialkarzinome, nicht zuletzt, weil sie unter anderem einen anderen embryologischen Ursprung haben.</p> <p>C 57.7, C57.8 und C57.9: Angesichts der Aspezifität der Codes sind sie nicht auf Ovarialkarzinome beschränkt.</p>
Zuger Kantonsspital AG	<p>Stellenwert aller radikalen Zervixstumpfexstirpationen und aller radikalen Hysterektomien sind beim Ovarialkarzinom gering bis nicht vorhanden.</p>
Kantonsspital Winterthur	<p>ICD mit CHOP Code zu verknüpfen ist ein Rückschritt, wenn man die Patientin optimal behandeln möchte und entgegen dem Gedanken eines Tumorboardes. Am Tumorboard möchte man auf Grund von fundiertem Fachwissen und innovativen, neuen Entwicklungen (zum Beispiel indem man an Studien teilnimmt) unter Beachtung der individuellen Situation der Patientin ihr eine angepasste, optimale Therapie zukommen lassen. CHOP Code mit ICD zu verbinden wird da wohl ab und zu schlicht falsch sein.</p>
Spital Limmattal	<p>Wir lehnen die Bildung von HSM Ovarialkarzinom ab.</p> <p>In vielen Fällen wird die Diagnose eines Ovarialkarzinomes NICHT präoperativ, sondern postoperativ in der Histologie gestellt. Die vorliegende CHOP Code Liste umfasst sämtliche Eingriffe, welche irgendwie im Zusammenhang stehen können und verknüpft sie mit dem ICD Code. Wird an einem Haus bei einer diagnostischen Laparoskopie ein unklarer Befund am Omentum reseziert, und stellt sich histologisch dann eine Metastase eines Ovarialkarzinoms heraus, wäre das bei fehlendem HSM Leistungsauftrag ein Verstoß. Das kann nicht praktikabel und im Sinne der Patientin sein. Ebenso kann es nicht Ziel sein, alle Patientinnen in ein Zentrum zu weisen, wenn nur der Hauch eines Verdachts besteht.</p> <p>Die ICD Code Liste umfasst auch C48 (bösartige Neubildung des Peritoneums). Dieser ICD Code ist nicht gynäkologisch, sondern viszeralchirurgisch und hat hier nichts zu suchen. Als Beispiel: Eine regionale Lymphadenektomie paraaortal bei einem peritonealen Tumor wäre HSM gynäkologische Tumoren, gehört aber in die Visceralchirurgie.</p> <p>Die Vorschläge scheinen sehr von einzelnen gynäkologischen Universitätskliniken gefärbt zu sein, welche sich eine Ausweitung ihres chirurgischen Spektrums erhoffen. In vielen Fällen ist der klinische und operative Input eines Visceralchirurgen zwingend nötig, um dann die adäquate Qualität zu erhalten.</p>
Spital Uster	<p>Kopplung ICD und CHOP problematisch.</p>

Spital Zollikerberg	<p>Um einen HSM Bereich zu definieren ist von entscheidender Bedeutung, dass bereits präoperativ in den meisten Fällen eine sichere Diagnose gestellt werden kann, um die Zuordnung exakt zu treffen und die Patientin ins Zentrum mit HSM-Leistungsauftrag zu überweisen.</p> <p>Beim Ovarialkarzinom gestaltet sich das als schwierig. 25% der Ovarialkarzinome werden in einem früheren Stadium entdeckt. Da die Biopsie, bzw. die Punktion einer suspekten Ovarialzyste obsolet ist, wird die Diagnose entweder intraoperativ mittels Schnellschnittuntersuchung oder in der endgültigen Histologie gestellt. Auch Zufallsbefunde nach Zysten- oder Ovariektomien wegen vermeintlich gutartigen Befunden können sich in der endgültigen Histologie als maligne erweisen. Eine Biopsie von auffälligen Peritonealauflagerungen würde zur gleichen Problematik führen. Die Schlussfolgerung wäre, dass man alle Ovarialzysten, die nicht EINDEUTIG benigne imponieren, ins Zentrum mit HSM Leistungsauftrag überweisen müsste. Auch bei den fortgeschrittenen Karzinomen wird die Diagnose meistens mittels intraoperativer Schnellschnittuntersuchung oder diagnostischer Laparoskopie gestellt. Nach diagnostischer Laparoskopie muss aber dann die Therapie sehr zügig beginnen. Die Überweisung an ein HSM-Spital dient der Qualität in diesen Fällen nicht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Patientinnen in einer schwierigen Situation zusätzlich verunsichert werden..</p>
Stadtspital Waid und Triemli	<p>Kombination von ICD und CHOP Code bildet lediglich die chirurgische Therapie ab (siehe Anmerkung unter Kapitel 1). Wieso wird ICD C54 und CHOP Z67 eingeschlossen?</p>
Universitätsspital Zürich	<p>Die beigefügten CHOP Codes beinhalten nicht das Peritonealkarzinom. Highgrade seröse Ovarialkarzinome/Tubenkarzinome und Peritonealkarzinome sind dieselbe Entität. Es sollte daher immer Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom stehen, nicht nur Ovarialkarzinom, weil dies fachlich-inhaltlich nicht korrekt ist.</p>
Privatlinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken)	<p>Die HSM-Initiative für das Ovarialkarzinom wird abgelehnt. Die Begründung ist unter 1 und 2 aufgeführt.</p> <p>Die Auswahl der CHOP Codes kann dazu führen, dass selbst die akzidentelle Operation eines mit der entsprechenden ICD-Nummer kodierten Gewebes (Bsp: diagnostischer Eingriff) ein Verstoss im Sinne der HSM wäre. Wird bei einer diagnostischen Laparoskopie beispielsweise ein unklarer Befund am Omentum reseziert, und stellt sich histologisch dann eine Metastase eines Ovarialkarzinoms heraus, wäre das bei fehlendem HSM Leistungsauftrag ein Verstoss. Das kann nicht praktikabel und im Sinne der Patientin sein. Ebenso kann es nicht Ziel sein, alle Patientinnen auch nur bei einem geringen Verdacht in ein Zentrum zu weisen.</p> <p>Da häufig die Diagnose erst intraoperativ gestellt wird, müssten damit auch alle diagnostischen Eingriffe im HSM-Spital durchgeführt werden. Dieses Vorgehen ist weder medizinisch noch finanziell vernünftig.</p> <p>Die Auswahl der CHOP Codes ist entsprechend nicht zielführend.</p>
Assureurs	
	(-)

Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	Diese Fragestellung ist zum jetzigen Zeitpunkt der Diskussion noch nicht zu beantworten. Es müssen erst noch die konkreten Kriterien und Abgrenzungen für die HSM-Zuordnung ausgearbeitet werden (siehe Punkt 4)
Autres	
GynäkologInnenkolegium des Kantons Bern	Die ICD Klassifikation auf der Abbildung A1, verwirrt da plötzlich das Korpuskarzinom ICD C54 erscheint, Absicht Fehler wie verstehen?
Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimeduisse)	Die beigefügten CHOP Codes beinhalten nicht das Peritonealkarzinom. Highgrade seröse Ovarialkarzinome/Tubenkarzinome und Peritonealkarzinome sind dieselbe Entität. Es sollte daher immer Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom stehen, nicht nur Ovarialkarzinom, weil letzterer Begriff fachlich-inhaltlich nicht korrekt ist.
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	Wie bereits mehrfach erwähnt, macht eine Aufteilung unseres Erachtens keinen Sinn. Die Aufteilung der Gynäkologie bzw. der gynäkologischen Tumore, wie sie im Leistungsauftrag des Kantons Zürich vorgenommen wird, ist völlig genügend.

2.2 Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux

2.2.1 Approbation du rattachement à la MHS

Le Tableau 6 résume les réponses des participants au sujet du rattachement du domaine partiel « carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux » à la MHS. 40 participants ont approuvé le rattachement, 23 l'ont rejeté et 4 se sont abstenus. Le nombre d'institutions et d'organisations n'ayant pas répondu au questionnaire n'est pas indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : approbation du rattachement à la MHS

	Pour		Contre		Abstention	
	Participants	n	Participants	n	Participants	n
Cantons	AG, AR, BE, BL, BS, FR, JU, LU, NE, NW, SG, SO, SZ, TI, UR, VS, ZH	17	GL, GR, TG	3		0
Hôpitaux	Insel Gruppe AG, Lindenhofgruppe AG, SRO AG, Bethesda Spital AG, Universitätsspital Basel, Hôpital fribourgeois, Hôpitaux universitaires de Genève, Luzerner Kantonsspital, Réseau Hospitalier Neuchâtelois, Kantonsspital Nidwalden, Kantonsspital St. Gallen, Solothurner Spitäler AG, Ente Ospedaliero Cantonale, Centre hospitalier universitaire vaudois, Spital Uster, Universitätsspital Zürich	16	Kantonsspital Baden AG, Spital STS AG, Spitalzentrum Biel, Kantonsspital Baselland, St. Claraspital AG, Kantonsspital Glarus, Stiftung Kantonsspital Graubünden, Frauenklinik Spital Grabs, Klinik Seeschau AG, Spital Thurgau AG, Spitalzentrum Oberwallis, Zuger Kantonsspital AG, Kantonsspital Winterthur, Spital Limmattal, Spital Zollikerberg, Stadtspital Waid und Triemli, Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken) ⁵	18	Universitäts-Kinderspital beider Basel, Spital Schwyz	2
Assureurs	Santésuisse	1		0	SUVA	1
Décanats des facultés de médecine	Medizinische Fakultät der Universität Zürich	1		0		0
Sociétés savantes	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	1		0	Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC-SSCP)	1

⁵ Au total, sept cliniques du groupe de cliniques privées Hirslanden (Aarau, AndreasKlinik Cham Zug, Beau-Site, Im Park, St. Anna, Stephanshorn, Zürich) ont soumis des avis identiques. Ceux-ci ont donc été comptés comme un seul avis du groupe de cliniques privées Hirslanden. Si chaque avis était considéré individuellement, le nombre des abstentions passerait à 29 au total.

Autres	GynäkologInnenkollegium des Kantons Bern, Médecins Fribourg - Ärztinnen und Ärzte Freiburg (MFÄF), Onkologiepflege Schweiz, Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse)	4	Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK), Walliser Ärztesgesellschaft (SMVS-VSÄG)	2		0
Total		40		23		4

2.2.2 Remarques sur le rattachement

Le Tableau 7 donne un aperçu des remarques formulées au sujet du rattachement à la MHS du domaine partiel « carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux » à la MHS. 32 participants ont formulé une remarque (dont 6 cantons, 23 hôpitaux, 0 assureur, 0 décanat, 0 société savante et 3 autres).

Tableau 7 : récapitulatif des remarques formulées sur l'admission dans la MHS. (-) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 1 de la liste de questions (« Approuvez-vous le rattachement du domaine partiel " Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux " à la médecine hautement spécialisée en vertu de la CIMHS ? »)
Cantons	
BE	Zur Behandlung der bösartigen Neubildungen der Vulva und Vagina ist anzumerken, dass Patientinnen mit einem Vulvakarzinom gemäss der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) von einem interdisziplinären und interprofessionellen Team behandelt werden sollten. Dieses Team sollte im sektorübergreifenden Netzwerk alle notwendigen Fachdisziplinen und Berufsgruppen beinhalten. Bezüglich der Behandlung des Zervixkarzinoms ist festzuhalten, dass sich für die Behandlung dieser Patientinnen in den letzten zwei Jahrzehnten vielfältige operative Therapieprinzipien und -techniken entwickelt haben. Es herrscht somit eine große in den Ergebnissen nicht vergleichbare Therapievarianz ohne dass die einzelnen Therapieverfahren in größeren randomisiert kontrollierten Studien belegt sind. Hierunter leidet letztendlich die Patientin, da sie Zugang zur standardisierten, stadienabhängigen und somit auch vergleichbaren Therapie haben sollte, deren Effektivität nachgewiesen ist und von der erwartet werden kann, dass die Patientinnen profitieren.
BS	Wir unterstützen die vom HSM-Fachorgan vorgeschlagene Zuordnung der "Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome" zur HSM.
GL	Bei Cervix-Carcinomen muss nach Stadien und Operabilität unterschieden werden. Ein Stadium T1a, welche lediglich mit einer Konisation kurativ behandelt werden kann, ist von den anderen Stadien zu unterscheiden, und gehört demzufolge nicht in die HSM. In GL verfügt das Kantonsspital über die nötige Expertise und Infrastruktur zur Behandlung von Cervix-Ca. Auch höhergradige Cervix-Ca können problemlos in Zentrumsspitalern behandelt werden, und müssen nicht in die HSM aufgenommen werden. In den nächsten 10-20 Jahren wird die Häufigkeit der Cervix-Ca, dank der präventiven Massnahmen mit Vorsorgeuntersuchungen und HPV-Impfung, abnehmen. Unterschreitet die Fallzahl eine gewissen Schwelle, kann eine erneute Evaluation in Betracht gezogen werden, da dann die Voraussetzung nicht mehr gegeben sein wird, dass einzelne Spitäler genügend Fallzahlen haben. Im Moment ist dies jedoch noch nicht der Fall.
GR	Bei Cervix-Carcinomen muss nach Stadien und Operabilität unterschieden werden. Ein Stadium T1a, welche lediglich mit einer Konisation kurativ behandelt werden kann, ist von den anderen Stadien zu unterscheiden, und gehört demzufolge nicht in die HSM. In GR verfügt das KSGR über die nötige Expertise und Infrastruktur zur Behandlung von Cervix-Ca. Auch höhergradige Cervix-Ca können problemlos in Zentrumsspitalern behandelt werden, und müssen nicht in die HSM aufgenommen werden. In den nächsten 10-20 Jahren

	wir die Häufigkeit der Cervix-Ca, dank der präventiven Massnahmen mit Vorsorgeuntersuchungen und HPV-Impfung, abnehmen. Unterschreitet die Fallzahl eine gewisse Schwelle, kann eine erneute Evaluation in Betracht gezogen werden, da dann die Voraussetzung nicht mehr gegeben sein wird, dass einzelne Spitäler genügend Fallzahlen haben. Im Moment ist dies jedoch noch nicht der Fall.
TG	<p>Prinzipiell macht es keinen Sinn, die gynäkologischen Tumoren, insbesondere Ovarial-, Zervix, Vulva- und Vaginaltumoren zu trennen. Die jeweiligen onkologischen Gynäkologen behandeln/operieren sämtliche solchen Tumoren, diese gehören zum spezifischen Fachgebiet. Es ist nicht zielführend, dass dann gewisse Leistungserbringer nur noch einzelne Tumoren des Fachgebietes behandeln dürfen.</p> <p>Derzeit laufen im Kanton Zürich Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler und der Gynäkologen ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und einzuführen. Das Zertifikat soll letztendlich auf der QUALITÄT basieren. Das Vorpreschen dieser HSM Vernehmlassung ist kontraproduktiv.</p> <p>Die Zentralisierung wie hier vorgeschlagen führt zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit. Durch Verlust der Behandlungsmöglichkeiten von gynäkologischen Tumoren in vielen kleineren Kantonen und Spitälern wird die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Verringerung der Qualität der gesamten Gynäkologie führt. Die onkologische Gynäkologie ist nicht vergleichbar mit einem sehr umschriebenen Gebiet wie bspw. die Behandlung des Ösophaguskarzinoms.</p> <p>Zusammenfassend überschneiden sich die operativen Kompetenzen bei den verschiedenen gynäkologischen Karzinomen: So ist bei einem Endometriumkarzinom mit Pareametrienbefall oder Ovarialkarzinom mit Infiltration des parazervikalen Gewebe oder Karzinom des Uterus Stadium II genauso eine radikale Hysterektomie indiziert wie bei einem Zervixkarzinom Stadium IB1. Ein separieren der einzelnen Entitäten führt zu einem Verlust der operativen Expertise. Der Qualitätsgewinn muss über zertifizierte Gyn Tumorzentren mit operativen Experten (Gynäkologische Onkologen) laufen, ähnlich wie beim Mammakarzinom.</p>
TI	Il principio è condiviso, la definizione CHOP appare eccessivamente ampia.
Hôpitaux	
Kantonsspital Baden AG	<p>Ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet, siehe «Anmerkungen für alle Teilbereiche» (Tableau 1).</p> <p>Die im Schreiben postulierte höhere Behandlungsqualität in Zentren mit hohen Fallzahlen ist vor allem extrapoliert aus den Daten von Ovarialkarzinompatientinnen. Für das Zervixkarzinom gibt es hier weit weniger Daten. In den bestehenden Arbeiten für die radikale Hysterektomie werden mitunter OP-Zahlen >100 als hoher Case-load definiert. Bei 250 Neuerkrankungen pro Jahr für das Zervixkarzinom in der Gesamtschweiz ist es schlichtweg unmöglich, Zentren mit vergleichbaren Fallzahlen zu etablieren, zumal die radikale Hysterektomie wiederum vielleicht bei der Hälfte dieser 250 Patientinnen indiziert ist. Angesichts der zu erwartenden weiteren Abnahme der Ersterkrankungen erscheint eine Kopplung des Versorgungsauftrags an den Schwerpunkt für gynäkologische Onkologie sinnvoller, da für diesen eine relevante Anzahl durchgeführter radikaler Hysterektomien nachgewiesen werden muss. Das Zervixkarzinom gesamthaft mit anderen gynäkologischen Tumorentitäten zu behandeln (wie dies im Kanton Zürich mit einer Zahl von 20/Jahr bereits der Fall ist) scheint ebenfalls ein valabler Weg, schliesslich ist vor allem die chirurgische Expertise im kleinen Becken von Belang, die operationstechnischen Ansprüche sind z.B. bei einer en-bloc Resektion im Rahmen einer Ovarialkarzinomoperation vergleichbar.</p>

Insel Gruppe AG	<p>Karzinome der Vulva und Vagina sowie Zervixkarzinome sind in der Schweiz schon jetzt sehr selten, werden aber dank der Einführung der HPV-Impfung in Zukunft noch viel seltener werden.</p>
Spital STS AG	<p>Eine Konzentration der Therapie der Vulva- und Vaginalkarzinome ist generell sinnvoll. Jedoch sind wir der Meinung, dass das Vulvakarzinom nicht in die Gruppe der hochspezialisierten Medizin gehört.</p> <p>Die Behandlung des Vulvakarzinoms bedarf besondere Kenntnisse der gynäkologischen Onkochirurgie. Ein gynäkologischer Onkologe ist darin ausgebildet inclusive der üblichen lokalen Lappenplastiken. Es sollte zusätzlich die Möglichkeit einer plastischen Rekonstruktion des Genitales, zum Beispiel durch eine Kooperation mit einem plastischen Chirurgen gegeben sein, um mit einem myocutanen Schwenklappen bei ausgedehnter Resektion eine Rekonstruktion der Vulva durchführen zu können.</p> <p>Die Fallzahl sollte weder ein Kriterium noch ein Ausschlusskriterien für die Behandlung eines Vulvakarzinoms darstellen.</p> <p>In unseren Augen sollten die am Standort eines Spitals vorhandene personellen und infrastrukturellen Ressourcen entscheidend sein, ob das Spital als Leistungserbringer definiert wird oder nicht.</p> <p>Zu diesen gehört in erster Linie die operative Expertise der Operateure. Diese ist in der Regel gegeben wenn die Zusatzbezeichnung Gynäkologische Onkologie vorhanden ist und regelmässige Operationen durchgeführt werden.</p> <p>Würden diese Kriterien umgesetzt, würden Spitäler, welche diese Bedingungen erfüllen schon selektioniert. Da wenige Spitäler diese Kriterien (Schwerpunkttitel: Gynäkologische Onkologie, Plastische Chirurgie, Radioonkologie, Onkologie) erfüllen, würde schon damit eine Konzentration der Vulva- und Vaginalkarzinome erfolgen.</p> <p>Durch diesen Ansatz würden die vorhandenen personellen und infrastrukturellen Ressourcen in der Schweiz gut genutzt, konzentriert und auch kosteneffizient eingesetzt werden.</p> <p>Beim Vulvakarzinom ist insbesondere die Abklärung der Lymphknoten von Bedeutung. Hier sollte ausreichende Erfahrung mit der Sentinellymphknoten-Methode vorhanden sein und diese sollte nur bei den entsprechenden Indikationen, die zum Beispiel in den Leitlinien der deutschen Krebsgesellschaft festgehalten sind, eingesetzt werden. Durch den Einsatz der Sentinellymphknoten-Methode kann die Morbidität deutlich verringert werden. Insbesondere die Ausbildung von sekundären Lymphödemen der Beine. Im Falle einer operativen Intervention sollte jedoch auch die operative Expertise für die inguinofemorale Lymphonodektomie vorhanden sein. Falls die Techniken der lokalen Lappenplastik zur Defektdeckung nicht ausreichend ist, sollte die Möglichkeit der simultanen plastischen Rekonstruktion durch eine gestielte myocutane Lappenplastik oder einen mikrovaskulären Lappen am Spital möglich sein. In Kliniken in denen diese Eingriffe regelmässig durchgeführt werden ist auch die entsprechende pflegerische Expertise vorhanden um die pflegerische Betreuung nach der operativen Therapie sicherzustellen.</p> <p>Eine Konzentration der Therapie der Zervixkarzinome ist genauso wie Vulva- und Vaginalkarzinome sinnvoll. Allerdings sind wir der Meinung, dass das Zervixkarzinom nicht in die Gruppe der hochspezialisierten Medizin gehört.</p> <p>Wie in Studien belegt ist, sollte die Behandlung durch spezielle ausgebildete Gynäko-Onkologen durchgeführt werden, wobei die Fallzahlen hier auch weder ein Kriterium, noch ein Anschlusskriterium für die Behandlung, darstellt.</p>

	<p>Für die optimale Behandlung der Patientin und auch für die Zuordnung des Spitals als Leistungserbringer sind in unseren Augen die personellen und strukturellen Ressourcen entscheidend. An allerersten Stelle steht die operative Expertise des behandelnden Gynäkologen/in, die als Mindestanforderung den Schwerpunkt gynäkologische Onkologie, besitzen sollten. Die unterschiedlichen diagnostischen Schritte, die verschiedenen Therapie-Strategien (operativ versus konservativ) anhand des Tumorstadiums, die anspruchsvollen Operationsverfahren und die Erfahrung mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie, das postoperative Management sowie die adjuvante Behandlung meistens mit einer Radio-/Chemotherapie sind Bestandteile der optimalen Versorgung einer Patientin mit Zervixkarzinom. Bei allen diesen Therapieschritten sollte ein Gynäko-Onkologe die Führung haben, natürlich in Kooperation mit Onkologen, Radio-Onkologen, Pathologen und Radiologen, unabhängig von Fallzahlen und Epidemiologische Verteilung. Die interdisziplinäre Arbeit, vor allem mit chirurgischer und urologischer Disziplin sowie das Vorhandensein einer Intensivstation im Falle einer multiviszeralen Behandlung, ist eine , ist eine weitere Voraussetzung für die optimale Patientenbehandlung. Da wenige Spitäler diese Kriterien erfüllen, würde schon damit eine Konzentrierung der Zervixkarzinome erfolgen. Aus diesem Grunde sehen wir die Einteilung der Zervixkarzinome zur hochspezialisierten Medizin als nicht gerechtfertigt an</p>
Spitalzentrum Biel	<p>La meilleure qualité de traitement dans les centres ayant un nombre élevé de cas dans l'évaluation du 12 février 2020 est principalement extrapolée à partir des données des patientes atteintes d'un cancer des ovaires. Pour le carcinome du col de l'utérus, les données sont beaucoup moins nombreuses. Dans les travaux actuels sur l'hystérectomie radicale, les nombres de chirurgies >100 sont parfois définis comme un nombre adéquat. Avec 250 nouveaux cas par an de cancer du col de l'utérus dans l'ensemble de la Suisse, il est tout simplement impossible de créer des centres avec un nombre de cas comparable, d'autant plus que l'hystérectomie radicale est indiquée chez moins de la moitié de ces 250 patientes. Compte tenu de la nouvelle diminution attendue de l'incidence des maladies initiales, il semblerait plus judicieux de lier le mandat de soins au titre prioritaire pour l'oncologie gynécologique, étant donné qu'un nombre pertinent d'hystérectomies radicales pratiquées doit être prouvé pour ce titre. Après tout, l'expertise chirurgicale dans le petit bassin est particulièrement importante ; les exigences chirurgicales sont comparables, par exemple, à la résection en bloc dans le cadre de la chirurgie du carcinome ovarien.</p>
Kantonsspital Basel-land	<p>Ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet. Siehe Stellungnahme Kantonsspital Baselland zu Frage 1, Anmerkungen zu allen Teilbereichen (Tableau 1).</p> <p>Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Vorhandensein anderer benötigter Disziplinen haben wir oben dargestellt. Die Gynäkologie am Kantonsspital Liestal verfügt über eine schweizweit sehr grosse Expertise in HPV und nicht HPV-bedingten Vulvaerkrankungen. Ebenso gilt dies natürlich für die HPV bedingten Zervix- und Vaginalkarzinome. Somit ist die Entdeckung von Frühstadien sehr oft gegeben, es sei denn die Patientin erscheint erst mit einem Tumor in einem fortgeschrittenen Stadium. Mit der Impfung werden die Zahl der HPV- bedingten Karzinome in Zukunft abnehmen. Umso wichtiger ist es, eine Expertise beim Erkennen von Vorstufen und frühen Karzinomen zu haben.</p> <p>Die bei diesen Karzinomen zusätzlich geforderten Punkte der Zusammenarbeit mit der Radiologie zur Sentinellymphonodektomie sind in unserer Radiologie gegeben. Die von der GDK geforderten Punkte für das Operieren von hochkomplexen gynäkologischen Tumore erfüllen wir durchwegs, so dass wir am Kantonsspital Baselland den Patientinnen ein optimales Setting anbieten können.</p>

	Die Vaginalkarzinome sind sehr selten und erfordern eine grosse Expertise. Da können wir uns vorstellen, dass es ein oder zwei schweizerische Zentren hierfür gibt (Deutschschweiz, Romandie). Denn das Aufteilen der 30 Fälle auf die Universitäten bzw. A-Kliniken würde dem HSM- Anspruch der Expertise in einem Bereich nicht gerecht werden (ca. 4-5 Fälle pro Zentrum).
St. Claraspital AG	Karzinom der Vulva, Vagina und Zervix dürfen schon jetzt nur von gyn. Onkologen operiert werden, deshalb ist eine Zuordnung zur HSM nicht notwendig.
Bethesda Spital AG	Siehe Stellungnahme Bethesda Spital AG zu Frage 1, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 3).
Universitäts-Kinder- spital beider Basel	Diese Aussage gilt nur, sofern die Zuteilung der Karzinome von Vulva und Vagina und Zervixkarzinome für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Leistungsauftrags «Pädiatrische Onkologie - Teilbereich 1 Allgemeine stat. Behandlung von Neoplasien» bestehen bleibt und hier entsprechend berücksichtigt wird.
Stiftung Kantonsspital Graubünden	<p>Für Karzinome der Vulva gelten die gleichen Punkte wie beim Ovarialkarzinom. Entscheidend ist auch hier einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit (prätherapeutisches und postoperatives Tumorboard) und andererseits die Expertise in gynäkologischer, viszeralchirurgischer, urologischer und evtl. plastischer Chirurgie. Diese Strukturen sowie die Zusammenarbeit sind seit langer Zeit im Kantonsspital Graubünden etabliert. Weiter haben wir bereits eine grosse Erfahrung mit der Methode der Sentinellymphknotenbiopsie im Rahmen des Mammakarzinoms in unserem zertifizierten Brustzentrums und demzufolge auch beim Vulvakarzinom. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zu HSM ist deshalb ebenfalls nicht sinnvoll.</p> <p>Das Zervixkarzinom ist zwar eine seltene Erkrankung entspricht aber in der Komplexität der Chirurgie der Behandlung der tief infiltrierenden Endometriose der Parametrien (Septum rectovaginale, Sakrouteriunligamente, Excavatio vesicouterina). Zentren wie das Kantonsspital Graubünden, welche über ein zertifiziertes Endometriosezentrum verfügen, mit Durchführung von 30 bis 40 solcher komplexer Eingriffe pro Jahr (diese Chirurgie ist manchmal komplexer als beim Zervixkarzinom), können das Zervixkarzinom aufgrund dieser Expertise problemlos chirurgisch behandeln. Das pelvine Sentinellymphknotenverfahren (ICG Methode) wird bei uns denn auch schon seit Jahren beim Zervix- und Endometriumkarzinom angewandt. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zu HSM ist deshalb nicht sinnvoll.</p> <p>Vaginalkarzinome sind sehr seltene Karzinome, welche eine spezielle Expertise erfordern. Wir können uns vorstellen diese Patientinnen an ein schweizerisches Zentrum zu überweisen. Wir sind jedoch klar der Meinung, dass ein einziges schweizerisches Zentrum geschaffen wird und sind gegen die Bildung von multiplen Vaginalkarzinomzentren in Genf, Lausanne, Fribourg, Bern, Basel, Zürich, St. Gallen, Luzern und Lugano.</p>
Réseau Hospitalier Neuchâtelois	<p>Le rattachement de ce groupe à la MHS comme une seule entité fait sens car ce sont des interventions devenues extrêmement rares.</p> <p>Néanmoins, nous insistons sur le fait que si un seuil minimum est défini pour ce groupe, il le soit pour les 3 types de cancers et non individuellement.</p>
Frauenklinik Spital Grabs	Ganz grundsätzlich macht es keinen Sinn, die Gruppe der gynäkologisch-onkologischen Tumoren aufzubrechen und einzelne Tumoritäten der HSM zuzuteilen. Siehe weiterführende Argumentation unter "Anmerkungen für alle Teilbereiche".

	<p>Was das Vulva- und auch das seltene Vaginalkarzinom angeht, so ist deren operative Behandlung teils durchaus anspruchsvoll, doch rechtfertigt dies in keiner Weise eine Klassifizierung als HSM-Eingriff. Ganz im Gegenteil, diese beiden Tumorentitäten sind ein klares Beispiel dafür, dass es eine flächendeckende wohnortnahe und dennoch hochstehende gynäkologisch-onkologische Betreuung braucht - und nicht nur einzelne wenige HSM-Zentren. Vulvakarzinom-Patientinnen sind in der Regel deutlich älter als die anderen Tumorpatientinnen und wenn überhaupt, dann nur sehr heimatnah für eine Behandlung zu gewinnen. Dies umso mehr, als es im Bereich der Vulva häufig zu langwierigen sekundären Wundheilungen kommt, die dann längere Hospitalisationen aufgrund der aufwändigen Wundpflege bedingen.</p> <p>Was die Behandlung des Zervixkarzinoms angeht, so benötigen mindestens die Hälfte der Patientinnen primär eine Chemo/Radiotherapie. Diese wiederum heimatnah durchführen zu können ist für die Patientinnen sehr wichtig und ist von den Anforderungen an die medizinische Onkologie und die Radioonkologie her sehr gut breitflächig in der Schweiz möglich. Die andere Hälfte der Zervixkarzinompatientinnen benötigt entweder einen gebärmuttererhaltenden Eingriff oder eine radikale Hysterektomie, deren Durchführung inklusive der Operation der Lymphknoten in die Expertise der gynäkologischen Schwerpunktträger fällt, da diese Operation technisch durchaus mit derjenigen beim OVCA oder auch beim fortgeschrittenen Endometriumkarzinom vergleichbar ist.</p>
<p>Kantonsspital St. Gallen</p>	<p>Die Nähe dieser Organe zu den Harnleitern, der Harnblase, dem Rektum, der Harnröhre und dem Beckenboden verlangen zur Therapie der Vulva-Vaginal- und Zervixkarzinome eine spezielle onkochirurgische Ausbildung sowie Routine in der Therapie. Da glücklicherweise die Anzahl dieser Erkrankungen über die letzten Jahre deutlich abgenommen hat müssen die Fälle zwecks Einhaltung routinierter Prozesse, der nötigen Qualität und Sicherung der Ausbildung für die nächste Generation an Operateuren auf einigen Kliniken konzentriert werden.</p>
<p>Solothurner Spitäler AG</p>	<p>Aufgrund der niedrigen Inzidenz von Zervixkarzinomen, erachten wir deren Zugehörigkeit zur hochspezialisierten Medizin als sinnvoll. Mindestens die Hälfte der Zervixkarzinompatientinnen benötigen primär eine Chemo/Radiotherapie. Diese jedoch heimatnah durchzuführen ist für die Patientinnen sehr wichtig. Hier sind wir in der Schweiz in der medizinischen Onkologie und in der Radioonkologie sehr gut und breitflächig abgestützt. Die andere Hälfte der Zervixkarzinompatientinnen benötigt entweder einen gebärmuttererhaltenden Eingriff oder eine radikale Hysterektomie, deren Durchführung inklusive der Operation der Lymphknoten in die Expertise der gynäkologischen Schwerpunktträger fällt, da diese Operation technisch durchaus mit derjenigen beim OVCA oder auch beim fortgeschrittenen Endometriumkarzinom vergleichbar ist.</p> <p>Unser gefordertes Qualitätsminimum beim Zervixkarzinom:</p> <p>Komplexität je nach Stadium unterschiedlich hoch: Stadium FIGO IA1 durch Konisation im Gesunden oder Hysterektomie Heilung gegeben. Höhere Stadien präoperativ diagnostizierbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präoperatives Tumorboard zur Festlegung der operativen Radikalität • Operateur für St IA1: Schwerpunkttitel operative Gynäkologie und Geburtshilfe • Operateur für Stadium IA2-IB2: Schwerpunkttitel Gynäkologische Onkologie • Postoperatives Tumorboard zur Indikation einer adjuvanten Radiotherapie/Chemotherapie

	<p>Was das Vulva- und auch das seltene Vaginalkarzinom angeht, so ist deren operative Behandlung zum Teil durchaus anspruchsvoll. Diese beiden Tumorentitäten sind ein klares Beispiel dafür, dass eine flächendeckende wohnortnahe und dennoch hochstehende gynäkologisch-onkologische Nachbetreuung notwendig ist, welche neben HSM-spezialisierten Zentren wohnortnah gewährleistet sein muss. Vulvakarzinom-Patientinnen sind in der Regel deutlich älter als die anderen Tumorpatientinnen und wenn überhaupt, dann nur sehr heimatnah für eine Behandlung zu gewinnen. Dies umso mehr, als es im Bereich der Vulva häufig zu langwierigen sekundären Wundstörungen kommt, die dann längere Hospitalisationen aufgrund der aufwändigen Wundpflege bedingen.</p> <p>Unser gefordertes Qualitätsminimum bei Vulvakarzinomen und Vaginalkarzinomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosestellung durch Biopsie präoperativ • Operateur: Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie • Postoperatives Tumorboard zur Festlegung Ausmass Chirurgie und adjuvanter Radio-Chemotherapie <p>Auch hier möchten wir darauf hinweisen, dass die weiteren behandlungsrelevanten Kriterien, wie z. B. Tumorboard, interdisziplinäre Zusammenarbeit etc. durch das Qualitätsorgan der SGGG festgelegt werden sollen.</p>
Klinik Seeschau AG	<p>Nein = Bedingt: Hier müsste unbedingt eine Stadieneinteilung gemacht werden. Ein Zervixkarzinom FIGO Ia1 braucht nur eine Hysterektomie, bei bestehendem Kinderwunsch eine Konisation im Gesunden. Alle weiteren Stadien, die eine (Sentinel)Lymphonodektomie, Trachelektomie oder radikale Hysterektomie brauchen, sind durchaus HSM-Themen. Falls die Radiochemotherapie (ab Stadium II B) Therapie der Wahl ist, müssen v.a. Onkologen und Radioonkologen das Team ergänzen. Für die Ausdehnung muss eine radionukleidmarkierung oder ICG-Technik verfügbar sein.</p>
Spital Thurgau AG	<p>Prinzipiell macht es keinen Sinn, die gynäkologischen Tumoren, insbesondere Ovarial-, Zervix, Vulva- und Vaginaltumoren zu trennen. Die jeweiligen onkologischen Gynäkologen behandeln/operieren sämtliche solchen Tumoren, diese gehören zum spezifischen Fachgebiet. Es ist nicht zielführend, dass dann gewisse Leistungserbringer nur noch einzelne Tumoren des Fachgebietes behandeln dürfen.</p> <p>Derzeit laufen im Kanton Zürich Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler und der Gynäkologen ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und einzuführen. Das Zertifikat soll letztendlich auf der QUALITÄT basieren. Das Vorpreschen dieser HSM Vernehmlassung ist kontraproduktiv.</p> <p>Die Zentralisierung wie hier vorgeschlagen führt zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit. Durch Verlust der Behandlungsmöglichkeiten von gynäkologischen Tumoren in vielen kleineren Kantonen und Spitälern wird die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Verringerung der Qualität der gesamten Gynäkologie führt. Die onkologische Gynäkologie ist nicht vergleichbar mit einem sehr umschriebenen Gebiet wie bspw. die Behandlung des Ösophaguskarzinoms.</p> <p>Zusammenfassend überschneiden sich die operativen Kompetenzen bei den verschiedenen gynäkologischen Karzinomen: So ist bei einem Endometriumkarzinom mit Pareametrienbefall oder Ovarialkarzinom mit Infiltration des parazervikalen Gewebe oder Karzinosarkoms des Uterus Stadium II genauso eine radikale Hysterektomie indiziert wie bei einem Zervixkarzinom Stadium IB1. Ein separieren der einzelnen Entitäten führt zu einem Verlust der operativen Expertise. Der Qualitätsgewinn muss über zertifizierte Gyn Tumorzentren mit operativen Experten (Gynäkologische Onkologen) laufen, ähnlich wie beim Mammakarzinom.</p>

Centre hospitalier universitaire vaudois	Il s'agit de pathologies d'incidence décroissante et de plus en plus rare (en particulier suite à la vaccination HPV), de plus elles touchent fréquemment des femmes jeunes aussi leur centralisation dans des centres spécialisés permettra d'optimiser leur prise en charge et d'assurer un potentiel d'innovation.
Zuger Kantonsspital AG	<p>Für Karzinome der Vulva gelten die gleichen Punkte wie beim Ovarialkarzinom. Entscheidend ist auch hier einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit (prätherapeutisches und postoperatives Tumorboard) und andererseits die Expertise in gynäkologischer, viszeralchirurgischer, urologischer und ev. plastischer Chirurgie. Wir haben bereits eine grosse Erfahrung mit der Methode der Sentinellymphknotenbiopsie im Rahmen des Mammakarzinoms in unserem zertifizierten Brustzentrum und demzufolge auch beim Vulvakarzinom. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zur HSM ist deshalb ebenfalls nicht sinnvoll.</p> <p>Vaginalkarzinome sind sehr seltene Karzinome, welche eine spezielle Expertise erfordern. Wir können uns vorstellen, diese Patientinnen an ein schweizerisches Zentrum zu überweisen. Wir sind aber klar für ein Zentrum und gegen je ein Vaginalkarzinomzentrum in Genf, Lausanne, Fribourg, Bern, Basel, Zürich, St. Gallen, Luzern und Lugano.</p> <p>Das Zervixkarzinom ist zwar eine seltene Erkrankung, entspricht aber in der Komplexität der Chirurgie der Behandlung der tief infiltrierenden Endometriose mit Beteiligung der Parametrien (Septum rectovaginale, Sakrouterinligamente, Excavatio vesicouterina, bis in die Fossa obturatoria hinein). Die Chirurgie ist oft komplexer als beim Zervixkarzinom, weshalb Kliniken wie die unsere mit grosser Erfahrung in komplexer Chirurgie im kleinen Becken und darüber hinaus das Zervixkarzinom mit dieser Expertise problemlos behandeln können. Das pelvine Sentinellymphknotenverfahren (ICG Methode) wird bei uns denn auch schon seit Jahren beim Zervix- und Endometriumkarzinom angewandt. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zur HSM ist deshalb nicht sinnvoll.</p> <p>In Sachen Innovation ist zu bedenken, dass neuere Studien (LACC Trial) gezeigt haben, dass die minimal invasive Chirurgie beim Zervixkarzinom mit einem ungünstigen Outcome vergesellschaftet sein könnte, weshalb die offene Chirurgie wieder mehr gefragt ist. Hier verfügen wir ebenfalls über eine grosse interdisziplinäre Expertise.</p>
Kantonsspital Winterthur	<p>Hohe Fallzahlen sind in der Schweiz für diese Tumorentität nicht zu erreichen. Ein Abtrennen dieser Tumorentität von anderen ist aber nicht sinnvoll.</p> <p>Denn wieder (wie beim Ovarialkarzinom) ist für die korrekte Behandlung der fortgeschrittenen Zervix-/und Vulvakarzinomen eine ausgewiesene operative Expertise im kleinen Becken und ein Verständnis für das Krankheitsbild entscheidend. Diese wird durch die Ausbildung und Prüfung von Schwerpunkttitelträgern erreicht.</p>
Spital Limmattal	<p>Prinzipiell macht es keinen Sinn, die gynäkologischen Tumoren, insbesondere Ovarial-, Zervix-, Vulva- und Vaginaltumoren zu trennen. Die jeweiligen onkologischen Gynäkologen behandeln/operieren sämtliche solchen Tumoren, diese gehören zum spezifischen Fachgebiet. Es ist nicht zielführend, dass dann gewisse Leistungserbringer nur noch einzelne Tumoren des Fachgebietes behandeln dürfen.</p> <p>Derzeit laufen im Kanton Zürich Bestrebungen der Gesundheitsdirektion, der SGGG, der Spitäler und der Gynäkologen ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren zu entwickeln und einzuführen. Das Zertifikat soll letztendlich auf der QUALITÄT basieren. Das Vorpreschen dieser HSM Vernehmlassung ist kontraproduktiv.</p>

	<p>Die Zentralisierung wie hier vorgeschlagen führt zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit. Durch Verlust der Behandlungsmöglichkeiten von gynäkologischen Tumoren in vielen kleineren Kantonen und Spitälern wird die Attraktivität der höheren Kaderpositionen relevant verringert, was zu einer Verringerung der Qualität der gesamten Gynäkologie führt. Die onkologische Gynäkologie ist nicht vergleichbar mit einem sehr umschriebenen Gebiet wie bspw. die Behandlung des Ösophaguskarzinoms.</p>
Spital Uster	<p>Dito zu oben.</p> <p>Siehe Stellungnahme Spital Uster zu Frage 1, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 3).</p>
Spital Zollikerberg	<p>Die Aufteilung der gynäkologischen Onkologie ist nicht sinnvoll. Durch den Schwerpunkt gynäkologische Onkologie, die geforderten Mindestfallzahlen durch die GD für die Zulassung als Operateur in diesem Gebiet und die Pflicht zur Zertifizierung als gynäkologisches Krebszentrum ab 2022, wird den hohen Ansprüchen an die Behandlung der Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen entsprochen.</p> <p>Es ist nicht sinnvoll einem Teil der gynäkologischen Onkologen bestimmte Karzinome ihres bereits sehr speziellen Fachgebietes zu entziehen. Dies würde unweigerlich dazu führen, dass die Attraktivität von kleineren Kantonen und Spitälern deutlich abnimmt. Zusätzlich wird auch der Bedarf an gynäkologischen Onkologen im Zentrum mit HSM Leistungsauftrag erhöht. Die qualitätsorientierte Versorgung gynäkologischer Malignome, die nicht der HSM zugeordnet werden, wäre in Gefahr.</p>
Stadtspital Waid und Triemli	<p>Eine Zuordnung nach Tumorentität wird nicht befürwortet (siehe Anmerkung; Tableau 1).</p>
Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken)	<p>Das Fachgebiet der Gynäkologischen Onkologie umfasst die Diagnostik und Therapie aller Malignome des gynäkologischen Formenkreises. Sowohl die Facharztausbildung zum Gynäkologen als auch die Weiterbildung zum Gynäkologischen Onkologen umfassen alle entsprechenden Erkrankungen. Die operativ tätigen onkologischen Gynäkologen operieren alle diese Erkrankungen, eine weitere Subspezialisierung gibt es in der Schweiz nicht. Somit wird die Gesamtexpertise des gynäkologisch-onkologischen Operateurs durch die Behandlung aller Erkrankungen der Gynäkologischen Onkologie (Ovarialkarzinom, Vulvakarzinom, Vaginalkarzinom, Zervixkarzinom und Endometriumkarzinom) erreicht.</p> <p>Die primäre Diagnostik erlaubt nicht immer eine klare Zuordnung zu einer spezifischen Diagnose. Die zuweisenden Ärzte, vornehmlich Gynäkologen, seltener auch Hausärzte, verlassen sich darauf, dass ihre Patientinnen mit einem malignem Tumor der gynäkologischen Organe an einem Ort behandelt werden können. Eine Vorab-Differenzierung ist weder üblich noch sinnvoll.</p> <p>Die operativen Kompetenzen überschneiden sich bei den verschiedenen gynäkologischen Karzinomen: So ist bei einem Endometriumkarzinom mit Pareametrienbefall oder Ovarialkarzinom mit Infiltration des parazervikalen Gewebe oder Karzinosarkoms des Uterus Stadium II genauso eine radikale Hysterektomie indiziert wie bei einem Zervixkarzinom Stadium IB1. Ein separieren der einzelnen Entitäten führt zu einem Verlust der operativen Expertise.</p> <p>Eine Aufspaltung der Gesamtgruppe der gynäkologischen Tumore, bzw. eine Abgrenzung der Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome von den anderen Tumoren kann aus diesen Gründen nicht im Sinne der Patientinnen und auch nicht im Interesse der</p>

	<p>Zuweiser und der gynäkologischen Onkologen sein und würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung der Behandlung führen.</p> <p>Eine alternative Umsetzung zeigt das neue Zürcher Zertifizierungs- und Qualitätssicherungssystem für Gynäkologische Krebserkrankungen (Arbeitstitel: "Schweizer Zentrum für Gynäkologische Tumore - SwissZGT"): Im Kanton Zürich hat eine Arbeitsgruppe der Spitäler inkl. der Universität Zürich unter Mitarbeit und Mitautorenschaft der SGGG zu Handen der Gesundheitsdirektion Zürich ein Zertifizierungs- und Qualitätssicherungssystem entwickelt, welches in 2021 mit Beschluss des Regierungsrates eingeführt werden soll. Ab 2023 soll die Zertifizierung als "Swiss-ZGT" (oder eine Zertifizierung durch die Dt. Krebsgesellschaft als "Gynäkologisches Krebszentrum") Voraussetzung für die Erteilung des Leistungsauftrages GYNT im Kanton Zürich sein. Das System ist so ausgelegt, dass es für die ganze Schweiz nutzbar ist. Einige der relevanten Aspekte der HSM-Initiative wurden mit Hilfe der SGGG in das "SwissZGT"-System aufgenommen. Ein Vertreter des HSM Fachorgans war aktives Mitglied der Arbeitsgruppe und hat relevant an der Erarbeitung des Systems mitgewirkt. "Swiss-ZGT" ist ein Zertifizierungssystem, womit eine externe Qualitätsüberprüfung verbunden ist. Es baut nicht alleine auf struktureller Qualität auf (die in der Schweiz ohnehin in hohem Masse und vorhanden ist), sondern misst Qualität an Behandlungstreue (Umsetzung der aktuellen Leitlinien) sowie medizinischen und patientenorientierten Ergebnissen (Outcome-Analysen, Benchmark-Analysen und PROMs-Patient Reported Outcome Measurements).</p> <p>Eine zu starke Zentralisierung der Operationen der Gynäkologischen Onkologie sowie die Abspaltung einzelner Operationen aus dem gesamten gynäkologisch-onkologischen Spektrum würde die Versorgungssicherheit vor allem in den peripheren Regionen der Schweiz einschränken. Natürlich muss eine Mindestmenge an operativer Experte der operierenden Spezialisten vorhanden sein, um adäquate Qualität bieten zu können.</p> <p>Das fortgeschrittene Vaginal-Karzinom wird der Chemo-Radiotherapie zugeführt. Die Qualität ist im Setting eines zertifizierten, gynäkologisch-ontologischen Zentrums gewährleistet.</p> <p>In diesem Kontext macht es keinen Sinn, die Karzinome der Vulva und Vagina und die Zervixkarzinome speziell der hochspezialisierten Medizin zu zuordnen.</p>
Assureurs	
	(-)
Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
	(-)
Autres	
Onkologiepflege Schweiz	Alle Argumente nachvollziehbar.

Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimeduisse)	Karzinome der Vulva und Vagina sowie Zervixkarzinome sind in der Schweiz schon jetzt sehr selten, werden aber dank der Einführung der HPV-Impfung in Zukunft noch viel seltener werden.
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	<p>Im Auftrag des Vorstands des Verbands Zürcher Krankenhäuser teilen wir mit, dass unser Verband sich gegen eine Aufspaltung des HSM-Bereichs «komplexe gynäkologische Tumoren» stellt. Die Behandlung der verschiedenen gynäkologischen Tumore ist als Einheit zu betrachten. Die Erfahrung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und Qualität der Behandlung ergibt sich aus der Summe der behandelten komplexen gynäkologischen Tumore. Eine Aufteilung ist der Qualität der Behandlung eher abträglich und kann unter Umständen zu Nachwuchsproblemen, Ressourcenknappheit, Erhöhung der personellen Kosten und falschen Anreizen durch vorgegebene Mindestfallzahlen führen.</p> <p>Der Verband Zürcher Krankenhäuser arbeitet zur Zeit eng mit der Gesundheitsdirektion, den Spitälern und der SGGG zusammen, um ein an die schweizerischen Verhältnisse angepasstes Zertifikat GYNT zu entwickeln. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat dem Vorgehen grundsätzlich zugestimmt und bereits ab 2021 sind erste Zertifizierungsverfahren vorgesehen. Die Qualität der Behandlung komplexer gynäkologischer Tumore kann somit bestens sichergestellt werden.</p>

2.2.3 Remarques concernant la définition médicale spécifique

Le Tableau 8 donne un aperçu des remarques formulées au sujet du rapport relatif au rattachement à la MHS. 31 participants ont formulé une remarque (dont 5 cantons, 22 hôpitaux, 0 assureur, 0 décanat, 1 société savante et 3 autres).

Tableau 8 : récapitulatif des remarques concernant la définition médicale spécifique proposée. (–) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 2 de la liste de questions (« Avez-vous des remarques à formuler concernant la définition médicale spécifique proposée du domaine partiel " carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux " (voir à ce sujet le chapitre " Description du domaine MHS " du rapport explicatif pour le rattachement à la MHS du 12 février 2020) ? »)
Cantons	
LU	Nein. Die Ausführungen sind vollumfänglich und entsprechen dem neuesten Wissensstand.
NW	Nein. Die Ausführungen sind vollumfänglich und entsprechen dem neuesten Wissensstand.
TG	<p>Es handelt sich um einen Teil der onkologischen Gynäkologie. Eine Aufteilung dieses bereits umschriebenen Bereichs macht keinen Sinn. Wenn ein Bereich definiert werden soll, dann soll es analog zur Gesundheitsdirektion Zürich sämtliche gynäkologischen Tumoren mit Ausnahme der Mamma umfassen.</p> <p>Von 28 Frauenkliniken, welche ihre Jahresstatistik in die Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken (ASF) eingeben und gynäkologisch onkologische Fälle behandeln, haben über die Jahre 2018 und 2019 gemittelt 3 Kliniken mehr als 10 Zervix-, Vulva- oder Vaginalkarzinom Fälle behandelt.</p> <p>Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die notwendigen operativen Kompetenzen bei den gynäkologisch onkologischen Operationen überschneiden, hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe basierend auf der vorliegenden evidenzbasierten Literatur und internationalen Guidelines, folgende Auflage für den "core team" Operateur definiert: Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkttitel Gynäkologische Onkologie SIWF, welcher 40 Fälle gynäkologischer Malignome (ohne Mammakarzinome) innert 2 Jahren operiert.</p> <p>Literatur bezüglich Zusammenhang case load und Behandlungsqualität gibt es bei diesen Erkrankungen nicht.</p>
TI	Considerata la frequenza dei tumori cervicali, la definizione qui appare più problematica.
ZH	Die fachspezifische Umschreibung konzentriert sich auf die chirurgische Behandlung. Bei fortgeschrittenen Tumorstadien ist aber beim Vulva- und Vaginal-Ca eine kombinierte Radio-/Chemotherapie indiziert und beim Cervixkarzinom je nach Stadium eine interstitielle Brachytherapie. Beide Therapien benötigen eine hohe Expertise in der Behandlung durch einen Radio-Onkologen und sollten, zumindest wenn stationär durchgeführt, unter HSM fallen. Wir empfehlen diese Therapieformen ebenfalls zu berücksichtigen.

Spitäler	
Kantonsspital Baden AG	Ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet, siehe «Anmerkungen für alle Teilbereiche» (Tableau 1).
Insel Gruppe AG	Einzige Möglichkeit diese komplexen Tumore, patientengerecht zu behandeln
Spital STS AG	Siehe Stellungnahme Spital STS AG zu Frage 1, Teilbereich «Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome» (Tableau 7).
Spitalzentrum Biel	Le regroupement des différentes pathologies oncologiques gynécologiques n'est à notre sens pas judicieux tant il existe des synergies pour le traitement chirurgical certes mais aussi pour l'ensemble de la prise en charge diagnostique, thérapeutique, oncologique et de suivi pour ces différents types de cancer gynécologique.
Kantonsspital Basel-land	ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet.
St. Claraspital AG	Die geforderten chirurgischen Fähigkeiten sind Bestandteil des Operationskatalogs zur Ausbildung «Gynäkologische Onkologie» und werden von den Titelträgern, von denen es in der Schweiz nur wenige gibt, beherrscht.
Hôpital fribourgeois	Parfaite adéquation avec ce qui est écrit. Conformément à ce qui est écrit nous avons traité ces 10 dernières années 4 à 5 cas maximum par an, en utilisant les ganglions sentinelles, actuellement le vert d'indocyanine. Les curages inguinaux superficiels et/ou profonds sont réalisés dans le département par des voies d'abord qui évitent chez ces personnes âgées des suppurations post opératoires ou nécroses cutanées. Enfin, notre consultation de colposcopie nous conduit à traiter les CIN 1/2/3 avec les corrélations avec les protéines P16 (Cintec). le laser CO2 est largement utilisé, et nous évitons ainsi par les conisations même larges les atteintes cancéreuses du col tant est si bien que les Wertheim sont exceptionnels dans le service (2/3 par an).
Stiftung Kantonsspital Graubünden	Auch hier sollte präzisiert werden was mit «umliegendem Gewebe der Gebärmutter» gemeint ist. Es handelt sich hier um die Parametrien (Bandapparat der Gebärmutter) und nicht um das peritoneale Gewebe (Bauchfell).
Luzerner Kantonsspital	Nein. Die Ausführungen sind vollumfänglich und entsprechen dem neuesten Wissensstand.
Kantonsspital Nidwalden	Der Eingriff «Entfernung der Organe des kleinen Beckens unter Schonung der Nerven und Gefässe» gehört nicht zum Standard-OP-Verlauf eines Vulva- oder Vaginalkarzinoms, sondern betrifft eher die operative Sanierung eines Cervixkarzinoms.
Frauenklinik Spital Grabs	Ganz grundsätzlich macht es keinen Sinn, die Gruppe der gynäkologisch-onkologischen Tumoren zu fragmentieren und einzelne Tumorentitäten der HSM zuzuteilen. Denn es handelt sich bei diesen Tumoren um eine Krankheitsgruppe, die sowohl in der Diagnostik, aber auch in der operativen und systemischen Therapie, sowie in der Nachsorge in weiten Teilen überlappt.

	<p>Mit der bereits laufenden Etablierung von gynäko-onkologischen Tumorzentren wird den Anliegen der HSM Befürworter nach entsprechender Qualität der Leistungserbringer (Schwerpunkttitelträger gyn-onko) und der Erreichung sinnvoller Fallzahlen Rechnung getragen, ohne jedoch die Zahl der Zentren auf nur eine Handvoll universitäre Zentren zu begrenzen und die eigentliche homogene Gruppe der gyn-onko Tumoren künstlich zu segmentieren.</p>
Klinik Seeschau AG	<p>Siehe Stellungnahme Klinik Seeschau AG zu Frage 1, Teilbereich «Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome» (Tableau 7).</p>
Spital Thurgau AG	<p>Es handelt sich um einen Teil der onkologischen Gynäkologie. Eine Aufteilung dieses bereits umschriebenen Bereichs macht keinen Sinn. Wenn ein Bereich definiert werden soll, dann soll es analog zur Gesundheitsdirektion Zürich sämtliche gynäkologischen Tumoren mit Ausnahme der Mamma umfassen.</p> <p>Von 28 Frauenkliniken, welche ihre Jahresstatistik in die Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken (ASF) eingeben und gynäkologisch onkologische Fälle behandeln, haben über die Jahre 2018 und 2019 gemittelt 3 Kliniken mehr als 10 Zervix-, Vulva- oder Vaginakarzinom Fälle behandelt.</p> <p>Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die notwendigen operativen Kompetenzen bei den gynäkologisch onkologischen Operationen überschneiden, hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe basierend auf der vorliegenden evidenzbasierten Literatur und internationalen Guidelines, folgende Auflage für den "core team" Operateur definiert: Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkttitel Gynäkologische Onkologie SIWF, welcher 40 Fälle gynäkologischer Malignome (ohne Mammakarzinome) innert 2 Jahren operiert.</p> <p>Literatur bezüglich Zusammenhang case load und Behandlungsqualität gibt es bei diesen Erkrankungen nicht.</p>
Spitalzentrum Oberwallis	<p>Die Zervix und Vulvakarzinome werden heute im Allgemeinen in Frühstadien entdeckt. Fortgeschrittene Stadien sind selten. Ein operatives Management einer fortgeschrittenen Erkrankung gehört definitiv in die Hände eines mit den selten Tumoren erfahrenen multidisziplinären Teams.</p> <p>Das Auftreten von kleinen Tumoren aber wird vermehrt auch in den ländlichen Randregionen bemerkt. Frauen genau dieser Region den Zugang zur operativen Therapie in Frühstadien zu erschweren, erscheint nicht angebracht. Gerade Konisationen, Trachelektomien oder wide excision im Bereich der Vulva sind operative Techniken, die die gynäkologischen Operateure in den Randregionen ohne universitäre Klinikstrukturen gut beherrschen. Frauen aus diesen Regionen scheuen häufig den Zugang in die städtischen Bereiche, in denen diese Klinikstrukturen vorhanden sind.</p> <p>Aus diesem Grund sollte eine stadienadaptierte Definition der Zuteilung der Therapie zu Zentren erfolgen. Die ist nicht möglich, in dem die Tumoren generell als Teilbereich der HSM definiert werden. Eine Diskussionen/Anschluss an ein Tumorboard einer HSM spezialisierten Klinik auch in Frühstadien sollte definiert werden, nicht aber eine ausschliessliche Therapieoption dort wenn in der Peripherie behandelnden Ärzte mit der entsprechenden Qualifikation für die Behandlung von Frühstadien zur Verfügung stehen.</p>
Zuger Kantonsspital AG	<p>Auch hier sollte präzisiert werden was mit "umliegendem Gewebe der Gebärmutter" gemeint ist. Es handelt sich hier um die Parametrien (Bandapparat der Gebärmutter) und nicht das peritoneale Gewebe (Bauchfell).</p>

Kantonsspital Winterthur	Siehe Stellungnahme Kantonsspital Winterthur zu Frage 1, Teilbereich «Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome» (Tableau 7).
Spital Limmattal	Es handelt sich um einen Teil der onkologischen Gynäkologie. Eine Aufteilung dieses bereits umschriebenen Bereichs macht keinen Sinn. Wenn ein Bereich definiert werden soll, dann soll es analog zur Gesundheitsdirektion Zürich sämtliche gynäkologischen Tumoren mit Ausnahme der Mamma umfassen.
Spital Uster	Sehr wenige Fälle in der Schweiz, gehen wsh. auch so ins Zentrum, Regulierung evtl. unnötig.
Spital Zollikerberg	Die Karzinome der Vulva, Vagina und Zervix uteri gehören ins Schwerpunktgebiet der gynäkologischen Onkologie. Sie sollten analog der Gesundheitsdirektion Zürich als GYNT definiert werden.
Stadtspital Waid und Triemli	Bei lokal fortgeschrittenen Stadien oder Lk-Metastasen im Abflussbereich ist die Therapie der Wahl die primäre kurative Radiochemotherapie und nicht die chirurgische Therapie. Bei primär metastasierter Situation ist die alleinige Chemotherapie allenfalls mit palliativer Radiotherapie die adäquate Therapie. Dies wird zu wenig abgebildet und umschrieben.
Universitätsspital Zürich	Die fachspezifische Umschreibung konzentriert sich auf die chirurgische Behandlung. Bei fortgeschrittenen Tumorstadien ist aber beim Vulva- und Vaginal-Ca eine kombinierte Radio-/Chemotherapie indiziert und beim Cervixkarzinom je nach Stadium eine interstitielle Brachytherapie. Beide Therapien benötigen eine hohe Expertise in der Behandlung durch einen Radio-Onkologen und sollten, zumindest wenn stationär durchgeführt, unter HSM fallen. Wir empfehlen diese Therapieformen ebenfalls zu berücksichtigen
Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken)	Das Vulvakarzinom, das Karzinom der Vagina sowie das Zervixkarzinom sind Erkrankungen des gynäkologisch-onkologischen Formenkreises und keine eigenständigen "Bereiche". Eine Aufteilung des Formenkreises in Einzel-Entitäten ist nicht zu rechtfertigen. Sowohl im Zertifizierungssystem der Dt. Krebsgesellschaft als auch in Österreich und folglich auch im Zürcher Zertifizierungs-System "Swiss-ZGT" sind alle Entitäten in einem Katalog zusammengefasst. Auswertungen können entitätsbezogen durchgeführt werden, die Behandlung sollte aus o.g. Gründen jedoch nicht aufgeteilt werden. Die Mamma gehört explizit nicht zum Formenkreis der gynäkologischen Krebserkrankungen.
Assureurs	
	(-)
Décanats des facultés de médecine	
	(-)

Sociétés savantes	
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	Siehe Stellungnahme Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO) zu Frage 2, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 4).
Autres	
Onkologiepflege Schweiz	<p>Gilt für alle gyn. Tumoren, insbes. Vulva-, Vagina- und Zervixkarzinome:</p> <p>Hoher personeller und/oder technischer Aufwand: Die postoperative Behandlung und Pflege findet nur für kurze Zeit auf der Intensivpflegestation statt. Die anschliessende Pflege auf der Bettenstation und das Austrittsmanagement stellen hohe Anforderungen an die Pflegefachpersonen. Sie benötigen eine Zusatzausbildung in Onkologiepflege und fachliche Anleitung/Weiterbildung durch eine Pflegeexpertin, resp. Advanced Practice Nurse (APN). Deshalb sollten folgende Anforderungen an die Zentren mit HSM Komplexe gynäkologische Tumoren gestellt werden: Pflegefachpersonen mit Fachausbildung in Onkologiepflege (HöFa 1, NDS, DAS, HFP): mind. 1 Fachperson pro Schicht/Abteilung. APN mit Expertise in gyn. Onkologie für Beratungen/Schulungen der Patientinnen und Weiterbildung der Pflegefachpersonen, Qualitätsmanagement etc.: 100% Stellenprozent/Klinik. (siehe auch: Kobleider A. et al. (2017): Wirksamkeit von APN- Interventionen in der gynäkologischen Onkologie. Eine systematische Literaturübersicht. Klinische Pflegeforschung, 3: 85- 101; DOI:10.6094; Kobleider A. et al. (2019): Die Advanced Practice Nurse (APN) in der gynäkologischen Onkologie. Pflege (2019), 1–11, Hofgrete.</p>
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	Wie bereits mehrfach erwähnt, macht eine Aufteilung unseres Erachtens keinen Sinn. Die Aufteilung der Gynäkologie bzw. der gynäkologischen Tumore, wie sie im Leistungsauftrag des Kantons Zürich vorgenommen wird, ist völlig genügend.
Walliser Ärztesellschaft (SMVS-VSÄG)	<p>Die Zervix und Vulvakarzinome werden heute im Allgemeinen in Frühstadien entdeckt. Fortgeschrittene Stadien sind selten. Ein operatives Management einer fortgeschrittenen Erkrankung gehört definitiv in die Hände eines mit den selten Tumoren erfahrenen multidisziplinären Teams.</p> <p>Das Auftreten von kleinen Tumoren aber wird vermehrt auch in den ländlichen Randregionen bemerkt. Frauen genau dieser Region den Zugang zur operativen Therapie in Frühstadien zu erschweren, erscheint nicht angebracht. Gerade Konisationen, Trachelektomien oder wide excision im Bereich der Vulva sind operative Techniken, die die gynäkologischen Operateure in den Randregionen ohne universitäre Klinikstrukturen gut beherrschen. Frauen aus diesen Regionen scheuen häufig den Zugang in die städtischen Bereiche, in denen diese Klinikstrukturen vorhanden sind.</p> <p>Aus diesem Grund sollte eine stadienadaptierte Definition der Zuteilung der Therapie zu Zentren erfolgen. Die ist nicht möglich, in dem die Tumoren generell als Teilbereich der HSM definiert werden. Eine Diskussionen/Anschluss an ein Tumorboard einer HSM spezialisierten Klinik auch in Frühstadien sollte definiert werden, nicht aber eine ausschliessliche Therapieoption dort wenn in der Peripherie behandelnden Aerzte mit der entsprechenden Qualifikation für die Behandlung von Frühstadien zur Verfügung stehen.</p>

2.2.4 Remarques médicales concernant la proposition de représentation dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP et la classification internationale des maladies (CIM)

Le Tableau 9 donne un aperçu des remarques médicales au sujet de la proposition de représentation du domaine partiel « carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux » dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et la classification internationale des maladies (CIM). 25 participants ont formulé une remarque (dont 4 cantons, 19 hôpitaux, 0 assureur, 0 décanat, 1 société savante et 1 autre).

Tableau 9 : récapitulatif des remarques d'ordre médical au sujet de la représentation dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP. (-) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 3 de la liste de questions (« Avez-vous des remarques médicales à formuler au sujet de la proposition de représentation du domaine partiel " carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux " dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP et la classification internationale des maladies (CIM) (cf. annexe A1 du rapport explicatif pour le rattachement à la MHS du 12 février 2020) ? »)
Cantons	
BS	Wie bereits unter Punkt 3 - Ovarialkarzinome vermerkt, besteht für diesen Leistungsbereich ebenfalls eine beachtliche Zahl an Kombinationsmöglichkeiten zur Verfügung, die eine Zuordnung zur HSM sichtlich erschwert.
TG	<p>Die Kopplung von ICD und CHOP im vorgeschlagenen Modell ist problematisch. Innovative operative Verfahren zielen gerade in der Onkologie aktuell auf eine De-Eskalation und geringere Radikalität.</p> <p>Sentinel-Node Techniken können gerade bei Vulva- und Zervixkarzinomen vollständige inguinofemorale respektive pelvine und paraaortale Lymphadenektomien ersetzen. Weniger zu operieren kann für die Versorgungsqualität der einzelnen Patientin richtig respektive qualitativ besser sein. Ebenso ist die richtige Indikationsstellung für eine primäre Radiochemotherapie beim Zervixkarzinom bedeutend, um bimodale Therapien (radikale Operation plus Radiochemotherapie) zu vermeiden, da diese mit hoher Morbidität vergesellschaftet sind. Die Indikation einer primären Chemo-Radiotherapie versus primärer Operation benötigt gleich viel Expertise wie das alleinige operative Handwerk.</p> <p>Die Verknüpfung von Versorgungsaufträgen an Eingriffszahlen kann hier definitiv falsche Anreize setzen.</p>
TI	<p>Ad una analisi dei codici CHOP, appaiono sottoposti ad assoggettamento anche interventi relativamente semplici e frequenti, che vanno ben oltre la isterectomia totale allargata con linfadenectomia.</p> <p>Ad esempio i codici CHOP</p> <p>Z67.4X.30 Exzision eines Stumpfes an der Zervix AND_ICD</p> <p>CHOP Z67.4X.99 Zervixamputation, sonstige AND_ICD</p> <p>tutti questi interventi presi assieme potrebbero rappresentare un numero considerevole di casi, forse superiore a quanto indicato nel rapporto. Si chiede di fare una verifica applicando tutti i codici indicati CHOP Z67.4X.XX esposti in Svizzera negli ultimi 5 anni, facendo una media per rivalutare la questione.</p>

ZH	Bei der Behandlung der Karzinome der Vulva und Vagina und der Zervixkarzinome spielen die interstitielle Brachytherapie (beim Cervix-Ca) und die kombinierte Radio-/Chemotherapie (beim Vulva-Ca) eine wichtige Rolle und bedürfen auch einer hohen Spezialisierung und somit einer Unterstellung unter HSM. Die entsprechenden CHOP-Codes (92.29.1X, 92.29.2X, 92.24.XX, 92.25.XX und 92.26.XX) sollten berücksichtigt werden.
Spitäler	
Kantonsspital Baden AG	<p>Die Kopplung von ICD und CHOP empfinde ich im vorgeschlagenen Modell als problematisch. Innovative operative Verfahren zielen gerade in der Onkologie aktuell auf eine De-Eskalation und geringere Radikalität.</p> <p>Sentinel-Node Techniken können gerade bei Vulva- und Zervixkarzinomen vollständige inguinofemorale respektive pelvine und paraaortale Lymphadenektomien ersetzen. Weniger zu operieren kann für die Versorgungsqualität der einzelnen Patientin richtig respektive qualitativ besser sein. Ebenso ist die richtige Indikationsstellung für eine primäre Radiochemotherapie beim Zervixkarzinom bedeutend, um bimodale Therapien (radikale Operation plus Radiochemotherapie) zu vermeiden, da diese mit hoher Morbidität vergesellschaftet sind.</p> <p>Die Verknüpfung von Versorgungsanträgen an Eingriffszahlen kann hier definitiv falsche Anreize setzen.</p>
Insel Gruppe AG	Einzige Möglichkeit diese komplexen Tumore, patientengerecht zu behandeln.
Spital STS AG	<p>Wie unsere Auswertungen zeigen (Zahlen vertraulich), kommen folgende CHOP-Codes häufig oder sehr häufig vor, womit das Kriterium der Seltenheit nicht erfüllt ist und eine Zuteilung zu HSM schon deshalb nicht gerechtfertigt ist:</p> <p>40.3X.24</p> <p>68.41, 68.42, 68.43., 68.44</p>
Spitalzentrum Biel	<p>Le couplage de la CIM et du CHOP pose problème dans le modèle proposé. Des procédures chirurgicales innovantes visent actuellement à la désescalade et à la réduction de la radicalité, notamment en oncologie.</p> <p>Les techniques de ganglions sentinelles peuvent remplacer les lymphadénectomies inguinofémorales, pelviennes et para-aortiques complètes, notamment dans le cas de carcinomes de la vulve et du col de l'utérus. Une chirurgie avec moins de procédures peut être plus appropriée pour la qualité des soins de chaque patient. De même, l'indication correcte de la radiochimiothérapie primaire dans le cas du cancer du col de l'utérus est importante pour éviter les thérapies bimodales (chirurgie radicale plus radiochimiothérapie), car celles-ci sont associées à une morbidité élevée.</p> <p>Le fait de lier les demandes de soins aux chiffres de la chirurgie peut certainement créer de mauvaises incitations dans ce domaine.</p>
Kantonsspital Basel-land	<p>Die Kopplung von ICD und CHOP im vorgeschlagenen Modell ist problematisch. Innovative operative Verfahren zielen gerade in der Onkologie aktuell auf eine De-Eskalation und geringere Radikalität.</p> <p>Sentinellymphknotenverfahren können bei Vulva- und Zervixkarzinomen vollständige inguinofemorale respektive pelvine und paraaortale Lymphadenektomien ersetzen. Weniger zu operieren kann für die Patientin richtig, bzw. qualitativ besser sein. Beim</p>

	<p>Zervixkarzinom ist die primäre Radiochemotherapie bedeutend, um eine radikale Operation plus Radiochemotherapie zu vermeiden und die Morbidität zu erhöhen.</p> <p>Die Verknüpfung von Versorgungsaufträgen mit Eingriffszahlen ist im Falle des Zervixkarzinoms definitiv mit dem Risiko eines falschen Anreizes verbunden.</p>
Stiftung Kantonsspital Graubünden	Laparoskopische (und laparoskopisch assistierte) radikale Hysterektomien sowie Zervixstumpfexstirpationen sind nach neusten Erkenntnissen beim Zervixkarzinom nicht mehr indiziert und haben einen experimentellen Charakter.
Kantonsspital Nidwalden	Zentralisierung zweifelsfrei sinnvoll.
Frauenklinik Spital Grabs	<p>Das Zervixkarzinom sollte gemäss neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen überhaupt nicht mehr laparoskopisch operiert werden.</p> <p>Dennoch würde ich diese Option in den CHOP Codes belassen, da wir in der gynäkologischen Onkologie immer wieder auch überraschende zusätzliche histologische Diagnosen retrospektiv erhalten.</p>
Kantonsspital St. Gallen	<p>CHOP Z40.3X.15 Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff, inguinale, laparoskopisch AND_ICD.</p> <p>Siehe Stellungnahme Kantonsspital St. Gallen zu Frage 3, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 5).</p>
Spital Thurgau AG	<p>Die Kopplung von ICD und CHOP im vorgeschlagenen Modell ist problematisch. Innovative operative Verfahren zielen gerade in der Onkologie aktuell auf eine De-Eskalation und geringere Radikalität.</p> <p>Sentinel-Node Techniken können gerade bei Vulva- und Zervixkarzinomen vollständige inguinofemorale respektive pelvine und paraaortale Lymphadenektomien ersetzen. Weniger zu operieren kann für die Versorgungsqualität der einzelnen Patientin richtig respektive qualitativ besser sein. Ebenso ist die richtige Indikationsstellung für eine primäre Radiochemotherapie beim Zervixkarzinom bedeutend, um bimodale Therapien (radikale Operation plus Radiochemotherapie) zu vermeiden, da diese mit hoher Morbidität vergesellschaftet sind. Die Indikation einer primären Chemo-Radiotherapie versus primärer Operation benötigt gleich viel Expertise wie das alleinige operative Handwerk.</p> <p>Die Verknüpfung von Versorgungsaufträgen an Eingriffszahlen kann hier definitiv falsche Anreize setzen.</p>
Ente Ospedaliero Cantonale	Einverstanden
Zuger Kantonsspital AG	Laparoskopische (und laparoskopisch assistierte) radikale Hysterektomien sowie Zervixstumpfexstirpationen sind nach neusten Erkenntnissen beim Zervixkarzinom nicht mehr indiziert und haben einen experimentellen Charakter (vgl. LACC Trial u.a.).
Kantonsspital Winterthur	Siehe Stellungnahme Kantonsspital Winterthur zu Frage 3, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 5).

Spital Limmattal	Ähnliche Situation wie beim Ovarialkarzinom.
Spital Uster	Siehe Stellungnahme Spital Uster zu Frage 3, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 5).
Spital Zollikerberg	<p>Die Inzidenz des Vulvakarzinom hat sich in den letzten 10 Jahren verdoppelt. Es gehört somit zu den Tumorerkrankungen mit zunehmender Häufigkeit. Auch die vulvären intraepithelialen Neoplasien (VIN), die eine Vorstufe des Vulvakarzinoms darstellen, haben deutlich zugenommen und der Altersgipfel sinkt. [11] So wie das invasive Karzinom sollte auch die VIN im Gesunden entfernt werden. Bei ausgedehntem Befund erfordert aber auch die VIN evtl. eine partielle Vulvektomie. In der Aufarbeitung des endgültigen Operationspräparates kann unter Umständen doch noch eine Invasion festgestellt werden, was als invasives Vulvakarzinom kodiert werden muss. In Kombination von ICD und CHOP Code bräuchte der Fall dann einen HSM Leistungsauftrag. Aus dieser Darstellung ergibt sich, dass die Auseinanderdividierung der Vulva-Thematiken für die Spitäler präoperativ nicht in jedem Fall möglich und für die Patientinnen disruptiv sein kann.</p> <p>Frühe Vulvakarzinome (pT1a), die Basalzellkarzinome und die verrukösen Karzinome erfordern kein Staging der inguinofemorale Lymphknoten und fallen bei Anwendung einer Wide excision nicht unter die vorgeschlagene HSM Definition. Auch hier zeigt sich, die Problematik des künstlichen Auseinanderreissens eines operativen Schwerpunktgebietes.</p> <p>Die Kolpektomie bzw Teilkolpektomie kann auch beim Endometriumkarzinom mit Vaginalmetastasen notwendig sein. Eine Zentralisierung ist hier dann nicht notwendig und eine Behandlung durch einen nicht gynäkologischen Onkologen akzeptiert.</p> <p>Die radikale Hysterektomie nach Piver II/III mit pelviner Lymphadenektomie wird in Frühstadien des Zervixkarzinoms durchgeführt. Diesen Eingriff sollte und muss jeder Gynäkologe mit Schwerpunkt gynäkologischer Onkologie beherrschen. Die Sentinellymphknotenbiopsie wird analog der Sentinellymphknotenbiopsie beim Endometriumkarzinom durchgeführt. Warum diese Biopsie beim Zervixkarzinom der HSM zugeordnet werden soll, ist nicht nachzuvollziehen.</p> <p>Der ICD Code C54.0 "Bösartige Neubildung: Isthmus uteri wird zur HSM Zuordnung beigezogen. Dieses Karzinom wird normalerweise dem Corpuskarzinom zugeordnet, das ja nicht Teil der HSM "komplexe gynäkologische Tumore" sein soll.</p>
Stadtspital Waid und Triemli	Kombination von ICD und CHOP Code bildet lediglich die chirurgische Therapie ab, wobei bei einem beachtlichen Teil der Fälle die primäre Radiochemotherapie die Therapie der Wahl ist (siehe Anmerkung unter Kapitel 1).
Universitätsspital Zürich	Bei der Behandlung der Karzinome der Vulva und Vagina und der Zervixkarzinome spielen die interstitielle Brachytherapie (beim Cervix-Ca) und die kombinierte Radio-/Chemotherapie (beim Vulva-Ca) eine wichtige Rolle und bedürfen auch einer hohen Spezialisierung und somit einer Unterstellung unter HSM. Die entsprechenden CHOP-Codes (92.29.1X, 92.29.2X, 92.24.XX, 92.25.XX und 92.26.XX) sollten berücksichtigt werden
Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken)	<p>Die HSM-Zuordnung für das Vulva- und Vaginakarzinom sowie das Zervixkarzinom wird abgelehnt. Die Begründung ist unter 1 und 2 aufgeführt.</p> <p>Die Auswahl der CHOP Codes kann dazu führen, dass selbst die akzidentelle Operation eines mit der entsprechenden ICD-Nummer kodierten Gewebes (Bsp: diagnostischer Eingriff) ein Verstoss im Sinne der HSM wäre.</p>

	Die Auswahl der CHOP Codes ist entsprechend nicht zielführend.
Assureurs	
	(-)
Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	Diese Fragestellung ist zum jetzigen Zeitpunkt der Diskussion noch nicht zu beantworten. Es müssen erst noch die konkreten Kriterien und Abgrenzungen für die HSM-Zuordnung ausgearbeitet werden (siehe Punkt 4)
Autres	
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	Wie bereits mehrfach erwähnt, macht eine Aufteilung unseres Erachtens keinen Sinn. Die Aufteilung der Gynäkologie bzw. der gynäkologischen Tumore, wie sie im Leistungsauftrag des Kantons Zürich vorgenommen wird, ist völlig genügend.

2.3 Tumeurs trophoblastiques

2.3.1 Approbation du rattachement à la MHS

Le Tableau 10 résume les réponses des participants au sujet du rattachement du domaine partiel « tumeurs trophoblastiques » à la MHS. 39 participants ont approuvé le rattachement, 24 l'ont rejeté et 4 se sont abstenus. Le nombre d'institutions et d'organisations qui n'ont pas répondu au questionnaire n'est pas indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10: approbation du rattachement à la MHS

	Pour		Contre		Abstention	
	Participants	n	Participants	n	Participants	n
Cantons	AG, AR, BE, BL, BS, FR, JU, LU, NE, NW, SG, SO, SZ, TI, UR, VS, ZH	17	GL, GR, TG	3		0
Hôpitaux	Insel Gruppe AG, Lindenhofgruppe AG, SRO AG, St. Claraspital AG, Bethesda Spital AG, Universitätsspital Basel, Hôpital fribourgeois, Hôpitaux universitaires de Genève, Luzerner Kantonsspital, Réseau Hospitalier Neuchâtelois, Kantonsspital Nidwalden, Kantonsspital St. Gallen, Centre hospitalier universitaire vaudois, Stadtspital Waid und Triemli, Universitätsspital Zürich	15	Kantonsspital Baden AG, Spital STS AG, Spitalzentrum Biel, Kantonsspital Baselland, Kantonsspital Glarus, Stiftung Kantonsspital Graubünden, Frauenklinik Spital Grabs, Solothurner Spitäler AG, Klinik Seeschau AG, Spital Thurgau AG, Ente Ospedaliero Cantonale, Spitalzentrum Oberwallis, Zuger Kantonsspital AG, Kantonsspital Winterthur, Spital Limmattal, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken) ⁶	19	Universitäts-Kinderspital beider Basel, Spital Schwyz	2
Assureurs	Santésuisse	1		0	SUVA	1
Décanats des facultés de médecine	Medizinische Fakultät der Universität Zürich	1		0		0

⁶ Au total, sept cliniques du groupe de cliniques privées Hirslanden (Aarau, AndreasKlinik Cham Zug, Beau-Site, Im Park, St. Anna, Stephanshorn, Zürich) ont soumis des avis identiques. Ceux-ci ont donc été comptés comme un seul avis du groupe de cliniques privées Hirslanden. Si chaque avis était considéré individuellement, le nombre des abstentions passerait à 30 au total.

Sociétés savantes	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	1		0	Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC-SSCP)	1
Autres	GynäkologInnenkollegium des Kantons Bern, Médecins Fribourg - Ärztinnen und Ärzte Freiburg (MFÄF), Onkologiepflege Schweiz, Verband Universitäre Medizin Schweiz (uni-medsuise)	4	Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK), Walliser Ärztegesellschaft (SMVS-VSÄG)	2		0
Total		39		24		4

2.3.2 Remarques sur le rattachement

Le Tableau 11 donne un aperçu des remarques formulées au sujet du rattachement à la MHS du domaine partiel « tumeurs trophoblastiques » à la MHS. 29 participants ont formulé une remarque (dont 5 cantons, 21 hôpitaux, 0 assureur, 0 décanat, 0 société savante et 3 autres).

Tableau 11 : récapitulatif des remarques formulées sur l'admission dans la MHS. (-) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 1 de la liste de questions (« Approuvez-vous le rattachement du domaine partiel " tumeurs trophoblastiques " à la médecine hautement spécialisée en vertu de la CIMHS ? »)
Cantons	
BE	Trophoblasttumore sind sehr selten. Sie stellen eine Besonderheit unter allen Tumoren dar, weil sie sich bei Frauen nicht aus deren eigenem Zellgewebe entwickeln, sondern aus Anteilen von Schwangerschaftsgewebe (nach einer Schwangerschaft, aber auch bei einem Abort). Die Seltenheit der Erkrankung macht deutlich, dass eine Behandlung in einem qualifizierten Gynäkologischen Tumorzentrum erforderlich ist.
BS	Der Eingriff bei "Trophoblasttumoren" wird in der Schweiz selten vorgenommen, so dass dieser Teilbereich der HSM zugeordnet werden kann.
GL	Trophoblasttumore sind selten aber benötigen in der Regel keine komplexen chirurgische Eingriffe. Aus chirurgischer Sicht handelt es sich somit keinesfalls um hochspezialisierte Medizin. Vielmehr ist hier eine hohe Expertise im Bereich der systemischen Therapie erforderlich. Diese Expertise ist bei grossen Kantonsspitalern mit einer national und international renommierten Abteilung für medizinischen Onkologie und sehr guter Vernetzung klar erfüllt. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zu HSM ist deshalb auch hier nicht nötig. Zudem ist zu beachten, dass diese Frauen kurz zuvor geboren haben, also auch die Versorgung des Neugeborenen berücksichtigt werden muss. Diese ist organisatorisch einfacher, wenn die Mutter in einem nahe gelegenen Spital liegt.
GR	Trophoblasttumore sind selten aber benötigen in der Regel keine komplexen chirurgischen Eingriffe. Aus chirurgischer Sicht handelt es sich somit keinesfalls um hochspezialisierte Medizin. Vielmehr ist hier eine hohe Expertise im Bereich der systemischen Therapie erforderlich. Diese Expertise ist bei grossen Kantonsspitalern wie beim Kantonsspital Graubünden mit einer national und international renommierten Abteilung für medizinischen Onkologie und sehr guter Vernetzung klar erfüllt. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zu HSM ist deshalb auch hier nicht nötig. Zudem ist zu beachten, dass diese Frauen kurz zuvor geboren haben, also auch die Versorgung des Neugeborenen berücksichtigt werden muss. Diese ist organisatorisch einfacher, wenn die Mutter in einem nahe gelegenen Spital liegt.
TG	Nach FIGO muss man zwischen low risk und high risk Trophoblasttumore unterscheiden. Low risk Trophoblasttumore sind einfach mit Methotrexat oder Dactinomycin Monotherapie zu heilen. High risk Trophoblasttumore sind viel seltener und mit komplexen Polychemotherapien wie EMA-CO zu heilen. WSo gab es als Beispiel am Kantonsspital Frauenfeld in den letzten 12 Jahren etwa 10 low risk Trophoblasttumore, welche alle mit Monochemotherapie geheilt wurden und ca 2 high risk, welche ans Zentrum überwiesen wurden. Nur high risk Trophoblasttumore sollten der HSM zugeteilt werden, da deren Behandlung definitionsgemäss komplex ist.

	<p>Es handelt sich bei high risk Trophoblasttumore um eine ganz spezifische, seltene ontogenetische Gruppe von Tumoren, welche durchaus zentralisiert behandelt werden sollten, was heute wahrscheinlich schon der Fall ist. Ob für Eingriffe, die so selten gemacht werden, ein HSM Verfahren durchgeführt werden muss, ist mehr als fraglich. Sinnvoll wäre vorerst eine Abklärung wo solche Tumoren behandelt werden. Zeigt sich, dass dies sowieso nur an Universitätsspitalern und sehr grossen Zentren der Fall ist, erübrigt sich ein HSM Verfahren. Im Qualitätskonzept des Kantons Zürich wird auf die seltenen Fälle Rücksicht genommen. Diese sollen im zertifizierten Netzwerk am Zentrum erbracht werden. Eine zusätzliche Regelung ist nicht erforderlich. Mit dem Trophoblasttumor Register in Genf und Bern besteht bereits eine schweizweite Kompetenzstelle zur Behandlung der komplexen high risk Trophoblasttumore.</p>
Hôpitaux	
Kantonsspital Baden AG	<p>Ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet, siehe «Anmerkungen für alle Teilbereiche» (Tableau 1).</p> <p>Diese Tumorentität ist in der Tat extrem selten. Die assoziierten allfälligen operativen Verfahren sind technisch unproblematisch. Low-risk Tumore können in der Regel unproblematisch chemotherapeutisch behandelt werden. Lediglich high-risk Tumore nach FIGO bedürfen einer komplexen Systemtherapie, für diese seltenen Fälle wäre die Etablierung eines zentralen Registers und/oder eines nationalen Tumorboards zu erwägen.</p>
Insel Gruppe AG	<p>Auch hier handelt es sich um seltene Tumoren, die Nachbarländer haben jeweils ein oder maximal zwei Trophoblasttumor-Zentren für das gesamte Land.</p>
Spitalzentrum Biel	<p>Cette entité tumorale est en fait extrêmement rare. Les procédures chirurgicales associées, le cas échéant, ne posent aucun problème technique. Les tumeurs à faible risque peuvent généralement être traitées par chimiothérapie sans aucun problème. Selon la FIGO, seules les tumeurs à haut risque nécessitent une thérapie systémique complexe. Dans ces rares cas, il convient d'envisager la création d'un registre central et/ou d'un conseil national des tumeurs.</p>
Kantonsspital Basel-land	<p>Ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet. Siehe Stellungnahme Kantonsspital Baselland zu Frage 1, Anmerkungen zu allen Teilbereichen (Tableau 1).</p> <p>Nach FIGO ist zwischen low-risk und high-risk Trophoblasttumoren zu unterscheiden. Erstere werden meist chemotherapeutisch behandelt. High-risk Karzinome sind durch ihre Seltenheit der HSM zuzuteilen, da deren Behandlung sehr komplex ist.</p> <p>Auch hier stellt sich die Frage, ob diese Fälle nicht nur an 1-2 Zentren verteilt werden sollen, als an mehrere grössere Zentren (Universitäten, nicht universitäre A-Kliniken).</p>
St. Claraspital AG	<p>Sehr seltene Erkrankung, deshalb ist die HSM-Zuordnung sinnvoll.</p>
Bethesda Spital AG	<p>Siehe Stellungnahme Bethesda Spital AG zu Frage 1, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 3).</p>
Hôpitaux universitaires de Genève	<p>La difficulté de cette maladie est le diagnostic histologique. La relecture de la pathologie doit faire partie de l'activité de la HMS (souvent les cas sont diagnostiqués par les laboratoires avec un taux d'erreur de près de 30 %, une relecture de toutes les histologies est indiquée).</p>

Stiftung Kantonsspital Graubünden	Trophoblasttumore sind selten aber benötigen in der Regel keine «grosse chirurgische Eingriffe». Aus chirurgischer Sicht handelt es sich somit keinesfalls um hochspezialisierte Medizin. Vielmehr ist hier eine hohe Expertise im Bereich der systemischen Therapie erforderlich. Diese Expertise ist bei grossen Kantonsspitalern wie beim Kantonsspital Graubünden mit einer national und international renommierten Abteilung für medizinischen Onkologie und sehr guter Vernetzung klar erfüllt. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zu HSM ist deshalb auch hier nicht nötig.
Frauenklinik Spital Grabs	<p>Ganz grundsätzlich macht es keinen Sinn, die Gruppe der gynäkologisch-onkologischen Tumoren aufzubrechen und einzelne Tumoritäten der HSM zuzuteilen. Siehe weiterführende Argumentation unter "Anmerkungen für alle Teilbereiche".</p> <p>Die Operationstechnik und auch Systemtherapie bei low-risk Trophoblasttumoren ist nicht anspruchsvoller als bei anderen gynäkologischen Tumoren, oder auch bei gewissen anspruchsvollen benignen gynäkologischen Operationen. Komplexer und viel anspruchsvoller sind die sehr seltenen high-risk Trophoblasttumoren, die aber bereits heute zentralisiert behandelt werden und für die daher nicht die Durchführung eines HSM-Verfahrens notwendig ist.</p>
Solothurner Spitäler AG	Die Operationstechnik und auch Systemtherapie bei low-risk Trophoblasttumoren ist nicht anspruchsvoller als bei anderen gynäkologischen Tumoren oder auch bei gewissen anspruchsvollen benignen gynäkologischen Operationen. Komplexer und viel anspruchsvoller sind die sehr seltenen high-risk Trophoblasttumore, die aber bereits heute zentralisiert behandelt werden und für die daher nicht die Durchführung eines HSM-Verfahrens notwendig ist.
Klinik Seeschau AG	Nein = Bedingt: Oft wird der Trophoblasttumor vor allem medikamentös mitbehandelt und der operative Anteil ist oft nur in einem geringen Anteil Outcomerelevant. Dies insbesondere bei HCG-produzierenden Tumoren. Hier ist v.a. die Interdisziplinarität gefordert.
Spital Thurgau AG	<p>Nach FIGO muss man zwischen low risk und high risk Trophoblasttumore unterscheiden. Low risk Trophoblasttumore sind einfach mit Methotrexat oder Dactinomycin Monotherapie zu heilen. High risk Trophoblasttumore sind viel seltener und mit komplexen Polychemotherapien wie EMA-CO zu heilen. WSo gab es als Beispiel am Kantonsspital Frauenfeld in den letzten 12 Jahren etwa 10 low risk Trophoblasttumore, welche alle mit Monochemotherapie geheilt wurden und ca 2 high risk, welche ans Zentrum überwiesen wurden. Nur high risk Trophoblasttumore sollten der HSM zugeteilt werden, da deren Behandlung definitionsgemäss komplex ist.</p> <p>Es handelt sich bei high risk Trophoblasttumore um eine ganz spezifische, seltene ontogenetische Gruppe von Tumoren, welche durchaus zentralisiert behandelt werden sollten, was heute wahrscheinlich schon der Fall ist. Ob für Eingriffe, die so selten gemacht werden, ein HSM Verfahren durchgeführt werden muss, ist mehr als fraglich. Sinnvoll wäre vorerst eine Abklärung wo solche Tumoren behandelt werden. Zeigt sich, dass dies sowieso nur an Universitätsspitalern und sehr grossen Zentren der Fall ist, erübrigt sich ein HSM Verfahren. Im Qualitätskonzept des Kantons Zürich wird auf die seltenen Fälle Rücksicht genommen. Diese sollen im zertifizierten Netzwerk am Zentrum erbracht werden. Eine zusätzliche Regelung ist nicht erforderlich. Mit dem Trophoblasttumor Register in Genf und Bern besteht bereits eine schweizweite Kompetenzstelle zur Behandlung der komplexen high risk Trophoblasttumore.</p>
Ente Ospedaliero Cantonale	In Fällen von Trophoblasten-Tumoren hängt die Komplexität der Behandlung mit ihrer Seltenheit zusammen. Wenn jedoch kulturelle Kompetenzen vorhanden sind (wie es bei Ärzten, die in onkologischer Gynäkologie zertifiziert sind, der Fall sein sollte), ist die Behandlung nicht komplex und erfordert nicht die Mindestanzahl von Fällen pro Jahr, um den Standard zu gewährleisten. Folglich

	<p>scheint es uns, dass die Behandlung dieser Pathologie mindestens drei der vier Kriterien der HSM-Definition nicht erfüllt. Wir glauben daher, dass die Behandlung dieser Patienten nicht unbedingt zentralisiert werden muss.</p>
Centre hospitalier universitaire vaudois	<p>Tumeurs très rares avec un potentiel d'innovation notable en cas de prise en charge centralisée.</p>
Zuger Kantonsspital AG	<p>Hier ist die Prämisse, dass bei diesen Tumoren "grosse chirurgische Eingriffe" vorgenommen werden, in der Regel nicht korrekt. Vielmehr ist hier eine hohe Expertise in der systemischen Therapie erforderlich. Diese Expertise ist auch bei grösseren Kantonsspitalern wie dem Zuger Kantonsspital mit der Abteilung für medizinischen Onkologie erfüllt. Diese arbeiten ohnehin bereits eng mit der Referenzonkologie am CHUV zusammen. Die Durchführung der Chemotherapie kann aber durchaus dezentral erfolgen. Eine Zentralisierung und Zuordnung dieser Patientinnen zur HSM ist deshalb auch hier nicht nötig.</p>
Kantonsspital Winterthur	<p>Die Diagnostik, die in jeder Praxis und kleinen Klinik, teilweise sogar beim Hausarzt stattfindet, ist hier wegweisend. Die operative Therapie ist nicht anspruchsvoll. Die nachfolgende onkologische Behandlung und gynäkologische Kontrolle sollte Leitliniengerecht durchgeführt werden.</p> <p>In der Vergangenheit haben wir uns in solchen Fällen mit Spezialisten in England abgesprochen, die weltweit vermutlich den grössten Caseload haben. Eine Unterstützung für Schweizer Gynonkologen und Verbesserung der Qualität könnte die Schaffung von "Trophoblastboarden" nach englischem Vorbild, in den jeweiligen Schweizer Sprachregionen sein, wo Patientinnen vorgestellt werden könnten/sollten, bevor die Chemotherapie initiiert wird.</p>
Spital Limmattal	<p>Es handelt sich um eine ganz spezifische, seltene ontogenetische Gruppe von Tumoren, welche durchaus zentralisiert behandelt werden sollten, was heute wahrscheinlich schon der Fall ist. Ob für Eingriffe, die so selten gemacht werden, ein HSM Verfahren durchgeführt werden muss, ist mehr als fraglich. Sinnvoll wäre vorerst eine Abklärung wo solche Tumoren behandelt werden. Zeigt sich, dass dies sowieso nur an Universitätsspitalern und sehr grossen Zentren der Fall ist, erübrigt sich ein HSM Verfahren. Im Qualitätskonzept des Kantons Zürich wird auf die seltenen Fälle Rücksicht genommen. Diese sollen im zertifizierten Netzwerk am Zentrum erbracht werden. Eine zusätzliche Regelung ist nicht erforderlich.</p>
Spital Uster	<p>Meine Ausführungen sind deckungsgleich mit der diesbezüglichen Stellungnahme von Prof. M. Fehr.</p> <p>Siehe Stellungnahme Spital Thurgau AG zu Frage 1, Teilbereich «Trophoblasttumoren» (Tableau 11).</p>
Spital Zollikerberg	<p>Eine Aufteilung der gynäkologischen Onkologie ist nicht sinnvoll.</p> <p>Bei den Throphoblasterkrankungen handelt es sich um eine sehr seltene und vor allem sehr heterogene Gruppe von Tumoren. Wie bei allen anderen gynäkologischen Malignomen ist es sehr wichtig die Therapie in einem zertifizierten gynäkologischen Krebszentrum durchzuführen. So kann eine Behandlung durch ein interdisziplinäres Netzwerk von verschiedenen Spezialisten und die Einhaltung der Leitlinien gewährleistet werden. Bei diesen sehr seltenen und heterogenen Tumoren entwickelt sich meistens nach kurzer Zeit ein Krebszentrum zum Referenzzentrum für die Region. Ein HSM Verfahren erachten wir für diese Situation als überdimensioniert. Ausserdem ist unklar, ob nicht bereits ein solches Referenzzentrum besteht.</p>

Stadtspital Waid und Triemli	Nur high risk Trophoblasttumore (FIGO Score >6), für low risk Trophoblasttumore (FIGO Score <7) Vorstellung an Tumorboard Zentrumsklinik.
Privatlinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken)	Bei den Trophoblasttumoren handelt es sich um extrem seltene Tumore. Nach FIGO muss zwischen low risk und high risk Trophoblasttumore unterscheiden werden. Low risk Trophoblasttumore sind einfach mit Methotrexat oder Dactinomycin Monotherapie zu behandeln und benötigen keine spezialisierte Therapie. High risk Trophoblasttumore hingegen sind viel seltener und mit komplexen Polychemotherapien wie EMA-CO zu heilen. Diese fortgeschrittenen Tumore werden bereits heute an den Kompetenzzentren (z.B. Inselspital Bern) behandelt. Auch im Zürcher Zertifizierungs- und Qualitätssicherungssystem "Swiss-ZGT" werden die fortgeschrittenen Trophoblasttumore in den Zentrumsspitalern behandelt. Mit dem Trophoblasttumor Register in Genf und Bern besteht zudem bereits eine schweizweite Kompetenzstelle zur Behandlung der komplexen high risk Trophoblasttumore. Für die äussert geringe Zahl von fortgeschrittenen Trophoblasttumoren macht die Einführung eines HSM-Werkes deshalb möglicherweise keinen Sinn. Zumindest ist sie aber nicht schädlich.
Assureurs	
	(-)
Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
	(-)
Autres	
Onkologiepflege Schweiz	Alle Argumente nachvollziehbar.
Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimeduisse)	Auch hier handelt es sich um seltene Tumoren, die Nachbarländer haben jeweils ein oder maximal zwei Trophoblasttumor-Zentren für das gesamte Land.
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	Im Auftrag des Vorstands des Verbands Zürcher Krankenhäuser teilen wir mit, dass unser Verband sich gegen eine Aufspaltung des HSM-Bereichs «komplexe gynäkologische Tumoren» stellt. Die Behandlung der verschiedenen gynäkologischen Tumore ist als Einheit zu betrachten. Die Erfahrung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und Qualität der Behandlung ergibt sich aus der Summe der behandelten komplexen gynäkologischen Tumore. Eine Aufteilung ist der Qualität der Behandlung eher abträglich und kann unter Umständen zu Nachwuchsproblemen, Ressourcenknappheit, Erhöhung der personellen Kosten und falschen Anreizen durch vorgegebene Mindestfallzahlen führen.

	<p>Der Verband Zürcher Krankenhäuser arbeitet zur Zeit eng mit der Gesundheitsdirektion, den Spitälern und der SGGG zusammen, um ein an die schweizerischen Verhältnisse angepasstes Zertifikat GYNT zu entwickeln. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat dem Vorgehen grundsätzlich zugestimmt und bereits ab 2021 sind erste Zertifizierungsverfahren vorgesehen. Die Qualität der Behandlung komplexer gynäkologischer Tumore kann somit bestens sichergestellt werden.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.3 Remarques concernant la définition médicale spécifique

Le Tableau 12 donne un aperçu des remarques formulées au sujet du rapport relatif au rattachement à la MHS. 26 participants ont formulé une remarque (dont 4 cantons, 19 hôpitaux, 0 assureur, 0 décanat, 1 société savante et 2 autres).

Tableau 12 : récapitulatif des remarques concernant la définition médicale spécifique proposée. (-) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 2 de la liste de questions (« Avez-vous des remarques à formuler concernant la définition médicale spécifique proposée du domaine partiel " tumeurs trophoblastiques " (voir à ce sujet le chapitre " Description du domaine MHS " du rapport explicatif pour le rattachement à la MHS du 12 février 2020) ? »)
Cantons	
LU	Nein. Die Ausführungen sind vollumfänglich und entsprechen dem neuesten Wissensstand.
NW	Nein. Die Ausführungen sind vollumfänglich und entsprechen dem neuesten Wissensstand.
TG	Nach FIGO muss man zwischen low risk und high risk Trophoblasttumore unterscheiden. Low risk Trophoblasttumore sind einfach mit Methotrexat oder Dactinomycin Monotherapie zu heilen. High risk Trophoblasttumore sind viel seltener und mit komplexen Polychemotherapien wie EMA-CO zu heilen. Wir hatten in den letzten 12 Jahren etwa 10 low risk Trophoblasttumore, welche alle mit Monochemotherapie geheilt wurden und ca 2 high risk, welche ans Zentrum überwiesen wurden. Wenn schon sollten nur high risk Trophoblasttumore der HSM zugeteilt werden. Für diese hat jedoch die Zentralisierung schon stattgefunden (Trophoblasttumor Register Genf und Bern).
TI	Adeguata.
Hôpitaux	
Kantonsspital Baden AG	Ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet, siehe «Anmerkungen für alle Teilbereiche» (Tableau 1).
Insel Gruppe AG	Einzigste Möglichkeit diese komplexen Tumore, patientengerecht zu behandeln
Spitalzentrum Biel	Le regroupement des différentes pathologies oncologiques gynécologiques n'est à notre sens pas judicieux tant il existe des synergies pour le traitement chirurgical certes mais aussi pour l'ensemble de la prise en charge diagnostique, thérapeutique, oncologique et de suivi pour ces différents types de cancer gynécologique.
Kantonsspital Basel-land	Ein Trennen der gynäkologischen Tumorentitäten wird nicht befürwortet.
Hôpital fribourgeois	Parfaite adéquation avec ce qui est écrit.

Hôpitaux universitaires de Genève	Le diagnostic et le bilan est du ressort de la MHS tout comme le suivi biologique (labo et interprétation des valeurs sont complexes). Toutefois, ces patientes n'ont généralement pas besoin d'être vues physiquement dans un centre MHS et le suivi clinique peut généralement être fait par le gynécologue/médecin traitant.
Stiftung Kantonsspital Graubünden	Die Umschreibung des Teilbereichs «Trophoblasttumoren» ist etwas sehr grobkursorisch ausgefallen und bespricht einzig die Seltenheit der Erkrankung sowie die Pathogenese. Die Diagnostik und Therapie wird jedoch gar nicht angesprochen. Die Diagnostik ist relativ einfach und besteht aus Bestimmung von Tumormarkern sowie Bildgebung. Die Therapie erfolgt in erster Linie mittels medikamentöser Systemtherapie (komplexe Polychemotherapie und neuerdings auch Immuntherapie) und gehört primär in die Hände einer erfahrenen medizinischen Onkologie. Eine Zuordnung zu HSM ist aus gynäkologisch-chirurgischer Sicht daher keinesfalls gegeben. Voraussetzung der Therapie der Trophoblasttumore ist eine sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gynäkologie und Onkologie mit frühzeitigem Einbezug der Onkologie. In diesem Zusammenhang ist auch der Text auf Seite 11 irreführend: die Therapie ist zwar komplex und interdisziplinär aber insbesondere müssen Experten der medizinischen Onkologie beigezogen werden, was in diesem Text gar nicht erwähnt wird.
Luzerner Kantonsspital	Nein. Die Ausführungen sind vollumfänglich und entsprechen dem neuesten Wissensstand.
Frauenklinik Spital Grabs	Ganz grundsätzlich macht es keinen Sinn, die Gruppe der gynäkologisch-onkologischen Tumoren zu fragmentieren und einzelne Tumorentitäten der HSM zuzuteilen. Denn es handelt sich bei diesen Tumoren um eine Krankheitsgruppe, die sowohl in der Diagnostik, aber auch in der operativen und systemischen Therapie, sowie in der Nachsorge in weiten Teilen überlappt. Mit der bereits laufenden Etablierung von gynäko-onkologischen Tumorzentren wird den Anliegen der HSM Befürworter nach entsprechender Qualität der Leistungserbringer (Schwerpunkttitelträger gyn-onko) und der Erreichung sinnvoller Fallzahlen Rechnung getragen, ohne jedoch die Zahl der Zentren auf nur eine Handvoll universitäre Zentren zu begrenzen und die eigentliche homogene Gruppe der gyn-onko Tumoren künstlich zu segmentieren.
Klinik Seeschau AG	Siehe Stellungnahme Klinik Seeschau AG zu Frage 1, Teilbereich «Trophoblasttumoren» (Tableau 11).
Spital Thurgau AG	Nach FIGO muss man zwischen low risk und high risk Trophoblasttumore unterscheiden. Low risk Trophoblasttumore sind einfach mit Methotrexat oder Dactinomycin Monotherapie zu heilen. High risk Trophoblasttumore sind viel seltener und mit komplexen Polychemotherapien wie EMA-CO zu heilen. Wir hatten in den letzten 12 Jahren etwa 10 low risk Trophoblasttumore, welche alle mit Monotherapie geheilt wurden und ca 2 high risk, welche ans Zentrum überwiesen wurden. Wenn schon sollten nur high risk Trophoblasttumore der HSM zugeteilt werden. Für diese hat jedoch die Zentralisierung schon stattgefunden (Trophoblasttumor Register Genf und Bern).
Ente Ospedaliero Cantonale	Im Gegensatz zur Behandlung der Ovarialkarzinome und der Zervixkarzinome, die hohe technische/chirurgische Fähigkeiten erfordert, erfordert die Behandlung des Trophoblastenkrebses den Einsatz exklusiver kultureller Fähigkeiten.

Spitalzentrum Oberwallis	<p>Die GTD sind eine seltene Erkrankung und bedürfen einer zentralen Sammlung in Datenbanken einem oder zwei Zentren in der Schweiz. Die Durchführung der Behandlung ist äusserst standardisiert und transparent geregelt. Aus diesem Grund können die Therapien auch wohnortnah in engem Austausch mit einem GTD Zentrum der gleichen Sprachregion I Vorstellung am GTD Board und Datenerfassung in einer zentralen Datenbank erfolgen. Durch eine Aufnahme in die HSM Liste wird Frauen mit diesen Erkrankungen der Zugang zur Therapie erschwert.</p> <p>Zusammenarbeit/Austausch müssen hier gestärkt werden und nicht Zentralisierung auf einzelne Zentren. Wollte man dies für diese Art Tumoren durchsetzen, müsste man um eine wirkliche Steigerung der Fallzahlen für behandelnde Ärzte konsequenterweise für die gesamte Schweiz ein einziges Zentrum definieren, in dem dies behandelt werden dürfte (Inzidenz 1: 100 000 Schwangerschaften)</p>
Zuger Kantonsspital AG	Hier steht nicht die komplexe Chirurgie, sondern die Diagnostik und die Systemtherapie im Vordergrund.
Kantonsspital Winterthur	Siehe Stellungnahme Kantonsspital Winterthur zu Frage 1, Teilbereich «Trophoblasttumoren» (Tableau 11).
Spital Limmattal	Es handelt sich um eine ganz spezifische, seltene ontogenetische Gruppe von Tumoren, welche durchaus zentralisiert behandelt werden sollten, was heute wahrscheinlich schon der Fall ist. Ob für Eingriffe, die so selten gemacht werden, ein HSM Verfahren durchgeführt werden muss, ist mehr als fraglich.
Spital Uster	Siehe Stellungnahme Spital Thurgau AG zu Frage 1, Teilbereich «Trophoblasttumoren» (Tableau 11).
Spital Zollikerberg	Die Throphoblasttumore gehören ins Schwerpunktgebiet der gynäkologischen Onkologie. Sie sollten analog der Gesundheitsdirektion Zürich als GYNT definiert werden
Stadtspital Waid und Triemli	Die wenigsten Trophoblasttumoren werden operiert (ausser einer diagnostischen Curettage) sondern bedürfen bei high risk Tumoren FIGO Score >6 einer komplexen Chemotherapie.
Assureurs	
	(-)
Décanats des facultés de médecine	
	(-)

Sociétés savantes	
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	Siehe Stellungnahme Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO) zu Frage 2, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 4).
Autres	
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	Wie bereits mehrfach erwähnt, macht eine Aufteilung unseres Erachtens keinen Sinn. Die Aufteilung der Gynäkologie bzw. der gynäkologischen Tumore, wie sie im Leistungsauftrag des Kantons Zürich vorgenommen wird, ist völlig genügend.
Walliser Ärztesellschaft (SMVS-VSÄG)	<p>Die GTD sind eine seltene Erkrankung und bedürfen einer zentralen Sammlung in Datenbanken einem oder zwei Zentren in der Schweiz. Die Durchführung der Behandlung ist äusserst standardisiert und transparent geregelt. Aus diesem Grund können die Therapien auch wohnortnah in engem Austausch mit einem GTD Zentrum der gleichen Sprachregion / Vorstellung am GTD Board und Datenerfassung in einer zentralen Datenbank erfolgen. Durch eine Aufnahme in die HSM Liste wird Frauen mit diesen Erkrankungen der Zugang zur Therapie erschwert.</p> <p>Zusammenarbeit/Austausch müssen hier gestärkt werden und nicht Zentralisierung auf einzelne Zentren. Wollte man dies für diese Art Tumoren durchsetzen, müsste man um eine wirkliche Steigerung der Fallzahlen für behandelnde Ärzte konsequenterweise für die gesamte Schweiz ein einziges Zentrum definieren, in dem dies behandelt werden dürfte (Inzidenz 1:100 000 Schwangerschaften)</p>

2.3.4 Remarques médicales concernant la proposition de représentation dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP et la classification internationale des maladies (CIM)

Le Tableau 13 donne un aperçu des remarques médicales au sujet de la proposition de représentation du domaine partiel « tumeurs trophoblastiques » dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et la classification internationale des maladies (CIM). 19 participants ont formulé une remarque (dont 5 cantons, 11 hôpitaux, 0 assureur, 0 décanat, 1 société savante et 2 autres).

Tableau 13 : récapitulatif des remarques d'ordre médical au sujet de la représentation dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP. (-) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 3 de la liste de questions (« Avez-vous des remarques médicales à formuler au sujet de la proposition de représentation du domaine partiel " tumeurs trophoblastiques " dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP et la classification internationale des maladies (CIM) (cf. annexe A1 du rapport explicatif pour le rattachement à la MHS du 12 février 2020) ? »)
Cantons	
AG	Der ICD-Code C58 (Chorionepitheliom, Chorionkarzinom) sollte ebenfalls berücksichtigt werden.
BS	Um die Breite und Komplexität des Teilbereichs gerecht zu werden befürworten wir die Umbenennung in "Gestational Trophoblastic Disease".
GL	Die Abbildung des Teilbereichs "Trophoblasttumore" gemäss der CHOP und ICD beinhaltet keine Operationen, soweit aus Anhang A1 ersichtlich. Dies ist so auch korrekt, da die Therapie dieser Erkrankung primär nicht operativ, sondern mittels Systemtherapie erfolgt. Operationen sind selten zur Resektion von Residualtumoren notwendig, diese sind jedoch nicht auf das gynäkologische Gebiet begrenzt und hier nicht abgebildet. Trotzdem wird im Text auf Seite 7 eine Zahl für diese nicht näher beschriebenen Eingriffe aufgeführt. Dies ist inkorrekt und irreführend.
GR	Die Abbildung des Teilbereichs «Trophoblasttumore» gemäss der CHOP und ICD beinhaltet keine Operationen, soweit aus Anhang A1 ersichtlich. Dies ist so auch korrekt, da die Therapie dieser Erkrankung primär nicht operativ, sondern mittels Systemtherapie erfolgt. Operationen sind selten zur Resektion von Residualtumoren notwendig, diese sind jedoch nicht auf das gynäkologische Gebiet begrenzt und hier nicht abgebildet. Trotzdem wird im Text auf Seite 7 eine Zahl für diese nicht näher beschriebenen Eingriffe aufgeführt. Dies ist inkorrekt und irreführend.
TI	Corretto.
Hôpitaux	
Kantonsspital Baden AG	Die Kopplung von ICD und CHOP empfinde ich im vorgeschlagenen Modell allgemein als problematisch. Für den Bereich der Trophoblasttumore spielen operative Verfahren eine untergeordnete Rolle.
Insel Gruppe AG	Einzige Möglichkeit diese komplexen Tumore, patientengerecht zu behandeln

Spitalzentrum Biel	Le couplage de la CIM et du CHOP pose problème dans le modèle proposé. La chimiothérapie primaire, parfois aussi la thérapie primaire purement de soutien, peut aussi être une thérapie appropriée pour les maladies primaires.
Kantonsspital Basel-land	Für die Throphoblasttumore spielen operative Verfahren eine untergeordnete Rolle
Universitätsspital Basel	Es handelt sich hier nicht um ein singuläres Krankheitsbild, sondern eher um eine Mehrheit von Erkrankungen. «Gestational Trophoblastic Disease» umfasst die Breite und Komplexität besser und müsste im CHOP Code überprüft werden.
Stiftung Kantonsspital Graubünden	Die Abbildung des Teilbereichs «Trophoblasttumore» gemäss der CHOP und ICD beinhaltet keine Operationen, soweit aus Anhang A1 ersichtlich. Dies ist so auch korrekt, da die Therapie dieser Erkrankung primär nicht operativ, sondern mittels Systemtherapie erfolgt. Operationen sind selten zur Resektion von Residualtumoren notwendig, diese sind jedoch nicht auf das gynäkologische Gebiet begrenzt und hier nicht abgebildet. Trotzdem wird im Text auf Seite 7 eine Zahl für diese nicht näher beschriebenen Eingriffe aufgeführt. Dies ist inkorrekt und irreführend.
Kantonsspital Nidwalden	Zentralisierung zweifelsfrei sinnvoll.
Ente Ospedaliero Cantonale	Einverstanden
Kantonsspital Winterthur	Siehe Stellungnahme Kantonsspital Winterthur zu Frage 3, Teilbereich «Ovarialkarzinome» (Tableau 5).
Spital Zollikerberg	Die definitive Diagnose einer Blasenmole wird erst postoperativ nach Aufarbeitung des histologischen Präparates gestellt. Vorgängig kann nur eine Verdachtsdiagnose durch Sonographie und gegebenenfalls durch Bestimmung des bHCG Wertes im Blut gestellt werden. Somit ist auch in diesem Bereich eine präoperative Zuordnung zur HSM nicht sicher möglich. Auch hier zeigt sich dass eine Unterteilung der gynäkologischen Tumoren in komplexe und nicht komplexe nicht sinnhaft ist. Spitäler wie das Spital Zollikerberg würden immer wieder Gefahr laufen, gegen die Leistungsauftragsregeln zu verstossen.
Universitätsspital Zürich	Es handelt sich hier nicht um ein singuläres Krankheitsbild, sondern eher um eine Mehrheit von Erkrankungen. "Gestational Trophoblastic Disease" umfasst die Breite und Komplexität besser und müsste im CHOP Code überprüft werden. Keine Anmerkungen
Assureurs	
	(-)
Décanats des facultés de médecine	
	(-)

Sociétés savantes	
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	Diese Fragestellung ist zum jetzigen Zeitpunkt der Diskussion noch nicht zu beantworten. Es müssen erst noch die konkreten Kriterien und Abgrenzungen für die HSM-Zuordnung ausgearbeitet werden (siehe Punkt 4)
Autres	
Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimeduisse)	Es handelt sich hier nicht um ein singuläres Krankheitsbild, sondern eher um eine Gruppe von Erkrankungen. "Gestational Trophoblastic Disease" umfasst die Breite und Komplexität besser und müsste im CHOP Code überprüft werden.
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	Wie bereits mehrfach erwähnt, macht eine Aufteilung unseres Erachtens keinen Sinn. Die Aufteilung der Gynäkologie bzw. der gynäkologischen Tumore, wie sie im Leistungsauftrag des Kantons Zürich vorgenommen wird, ist völlig genügend.

2.4 Autres commentaires

Le Tableau 14 récapitule les autres commentaires formulés. 36 participants ont formulé une remarque (dont 9 cantons, 23 hôpitaux, 0 assureur, 0 décanat, 2 sociétés savantes et 2 autres).

Tableau 14 : récapitulatif des autres commentaires formulés. (-) : pas de commentaires

Destinataires	Commentaires sur la question 4 de la liste de questions (« Avez-vous d'autres remarques ou commentaires à formuler ? »)
Cantons	
FR	Nous soutenons l'appréciation et les remarques faites par l'hôpital fribourgeois (HFR). Siehe Stellungnahme Hôpital fribourgeois zu Frage 4, Weitere Anmerkungen (Tabelle 14).
GL	Aus Sicht des Kantons GL ist dieser Vorschlag zu wenig differenziert. Gynäkologische Tumoren, die problemlos in peripheren Zentren (wie z.B. dem Kantonsspital Glarus) behandelt werden können, und dort aktuell auch behandelt werden, da dort die nötige Expertise und fachübergreifende Vernetzung vorhanden ist, werden mit denjenigen Tumoren bzw. Tumorstadien, die berechtigt zur HSM zugeteilt werden sollen, vermischt. Es ist essentiell, dass eine hochstehende Medizin auf Kantonsgebiet angeboten werden kann, auch für komplexere medizinische Behandlungen. Die Voraussetzungen dafür sind für alle erwähnten Tumore gegeben, allenfalls mit Ausnahme für das Vaginal-Ca. Aus diesem Grunde lehnt GL die Aufnahme der "komplexen gynäkologischen Tumoren" in der aktuell vorliegenden Form ab.
GR	Aus Sicht des Kantons GR ist dieser Vorschlag zu wenig differenziert. Gynäkologische Tumoren, die problemlos in peripheren Zentren (wie z.B. dem Kantonsspital Graubünden) behandelt werden können, und dort aktuell auch behandelt werden, da dort die nötige Expertise und fachübergreifende Vernetzung vorhanden ist, werden mit denjenigen Tumoren bzw. Tumorstadien, die berechtigt zur HSM zugeteilt werden sollen, vermischt. Gerade in einem weitläufigen Kanton wie GR ist es essentiell, dass eine hochstehende Medizin auf Kantonsgebiet angeboten werden kann, auch für komplexere medizinische Behandlungen. Die Voraussetzungen dafür sind für alle erwähnten Tumore gegeben, allenfalls mit Ausnahme für das Vaginal-Ca. Aus diesem Grunde lehnt GR die Aufnahme der «komplexen gynäkologischen Tumoren» in der aktuell vorliegenden Form ab.
LU	Wir bitten Sie, die folgenden Anmerkungen des Luzerner Kantonsspital zu berücksichtigen: In der aktuellen Version sind die Corpus Karzinome nicht bei der HSM für komplexe gynäkologische Tumore berücksichtigt. Es gilt zu klären, ob v.a. die seltenen Entitäten der Corpus Karzinome (Leiomyosarkom, nicht-endometrioides Corpus Karzinome) sowie die entdifferenzierten/ fortgeschrittenen endometrioiden Corpus Karzinome ebenfalls inkludiert werden sollten. Auch für diese Gruppe der gynäkologischen Malignome gelten die gleichen Aspekte wie für das Zervix- und Ovarial-Karzinom. Sie erfüllen ebenfalls die Kriterien Artikel 1 und 4 der IVHSM, die für den Einschluss zur HSM definiert sind. Für die Zuteilung ist eine integrierte wohnortsnahe Versorgung in einem interdisziplinären Behandlungssystem mit klaren Qualitätsanforderungen und ein nicht diskriminierender Zugang der Patientinnen zur Versorgung zu fordern.

NW	<p>In der aktuellen Version sind die Corpus Karzinome nicht bei der HSM für komplexe gynäkologische Tumore berücksichtigt. Es gilt zu klären, ob v.a. die seltenen Entitäten der Corpus Karzinome (Leiomyosarkom, nicht-endometrioides Corpus Karzinome) sowie die entdifferenzierten/ fortgeschrittenen endometrioiden Corpus Karzinome ebenfalls inkludiert werden sollten. Auch für diese Gruppe der gynäkologischen Malignome gelten die gleichen Aspekte wie für das Zervix- und Ovarial-Karzinom. Sie erfüllen ebenfalls die Kriterien Artikel 1 und 4 der IVHSM, die für den Einschluss zur HSM definiert sind.</p> <p>Für die Zuteilung ist eine integrierte wohnortsnahe Versorgung in einem interdisziplinären Behandlungssystem mit klaren Qualitätsanforderungen und ein nicht diskriminierender Zugang der Patientinnen zur Versorgung zu fordern.</p>
SG	<p>Wir schlagen die Zuordnung der gynäkologischen Sarkome zur HSM vor, da die komplexe chirurgische Therapie von gynäkologisch-onkologischen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden muss.</p>
SZ	<p>Der zu beurteilende HSM-Bereich hat auf die drei innerkantonalen Spitäler des Kanton Schwyz aktuell keine Relevanz. Dies wurde durch die Spitäler auch mit einem Verzicht zur Vernehmlassung bekundet.</p>
TG	<p>Das Ziel sämtlicher Bestrebungen muss eine gute Qualität sein. In der Schweiz besteht diese schon, genaue Daten müssen aber zuerst erhoben werden. Die vorliegende Vernehmlassung fokussiert weder auf die Qualität noch ist sie sinnvoll. Offenbar wurde geschaut, bei welchen Tumoren die jährliche Fallzahl <1000 liegt, um sie dann in die HSM einzuschliessen und eine schweizweite Regulation zu ermöglichen. Wenn schon diesbezüglich ebenfalls reguliert und zentralisiert werden soll, dann macht nur das Zusammenfassen sämtlicher gynäkologischer Tumoren mit Ausnahme der Mamma fachlich, medizinisch und chirurgisch Sinn. Dies würde dazu führen, dass >1000 Fälle in der Schweiz jährlich diagnostiziert werden und die gynäkologischen Tumoren somit nicht mehr HSM wären.</p> <p>Die Literatur ist insuffizient recherchiert, spezifisch ausgewählt um gewisse Aussagen zu untermauern und teilweise inkorrekt abgebildet. Wenn schon evidenzbasiert vorgegangen wird, dann soll dies auch objektiv gemacht werden und alle Aspekte und Aussagen der Evidenz müssen dargelegt werden.</p> <p>Die Begleitgruppe HSM Gynäkologie besteht aus einem niedergelassenen Gynäkologen, welcher nie an grossen Zentren gearbeitet hat und den Titel onkologische Gynäkologie nicht trägt, 2 Vertreter einer Universitätsklinik, sowie nicht-gynäkologischen Vertretern. In diese Begleitgruppe sind die mittelgrossen Spitäler wie Kantonsspitäler kleinerer Kantone oder grössere Regionalspitäler nicht vertreten, ebenso fehlen Vertreter der Ärzteschaft, welche von diesen Massnahmen dann betroffen werden. Im Weiteren finden sich auch im Fachorgan keine adäquaten Vertreter für das Fach Gynäkologische Onkologie. Es stellt sich nun die Frage, in wie weit Partialinteressen beiseitegelassen werden und eine sachlich wissenschaftliche Diskussion unter Einbezug aller wesentlichen Exponenten stattfinden kann. Notabene geht es um gewichtige regulative Massnahmen, welche die Gynäkologie als gesamtes Fach und deren Patientinnen betreffen.</p> <p>Die mittelfristige Qualität und Versorgungssicherheit werden mit einer Regulation in Frage gestellt. Der vorliegende Vorschlag, insbesondere bei näherer Betrachtung der ICD und CHOP Liste, führt zu einer deutlichen Schwächung kleinerer Kantons- und grösserer Regionalspitäler. Die Behandlung der Patientinnen ist nicht zwingend besser an einem Universitätsspital, weil dort oftmals die interdisziplinäre Zusammenarbeit insuffizient ist.</p>

	<p>Vom finanziellen Aspekt wird die Behandlung durch die HSM Vorgaben teurer, da die Fallkosten der Zentrumsspitäler mit wenigen Ausnahmen deutlich höher liegen als diejenigen mittelgrosser Spitäler.</p> <p>Der vorliegende Vorschlag ist aus den oben aufgeführten Punkten nicht akzeptabel und stellt einen starken regulatorischen Eingriff ohne wirklichen Nutzen für das Fach Gynäkologie bzw. für die betroffenen Patientinnen dar.</p> <p>Der Kanton Zürich entwickelt derzeit zusammen mit der Fachgesellschaft SGGG, den Spitälern (unter Einbezug des Universitätsspitals) sowie den betroffenen Gynäkologen ein GynT Zertifikat, welches sämtliche gynäkologische Tumoren mit Ausnahme der Mamma beinhaltet. Ziel ist es, die Qualität der Diagnostik, der Behandlung sowie des Outcomes zu monitorisieren und zu optimieren.</p> <p>Anstelle eines nun unkoordinierten und fachlich wenig fundierten Vorgehens seitens der HSM Organe empfehlen wir abzuwarten, bis das Projekt GynT im Kanton Zürich etabliert wurde. Dieses Projekt wird innert der nächsten 2 Jahre zur Bildung von gynäkologisch onkologischen Zentren mit einem schweizer Label führen, analog der Zertifizierung von Brustzentren durch die Schweizerische Gesellschaft für Senologie und der Krebsliga Schweiz. Daneben bestehen jetzt bereits DKG (Deutsche Krebsgesellschaft) zertifizierte gynäkologische Tumorzentren an schweizer Spitälern. Diese beiden Labels können von allen Kantonen als Basis für die Erteilung der Leistungsaufträge übernommen werden. Zertifizierte Tumorzentren unterliegen strengen Auflagen zur Qualitätskontrolle, Auditierung und Rezertifizierung, sodass die Frage nach der Qualität der Patientenversorgung problemlos beantwortet werden kann.</p> <p>Zusammenfassend überschneiden sich die operativen Kompetenzen bei den verschiedenen gynäkologischen Karzinomen: So ist bei einem Endometriumkarzinom mit Parametrienbefall oder Ovarialkarzinom mit Infiltration des parazervikalen Gewebe oder Karzinom Sarkoms des Uterus Stadium II genauso eine radikale Hysterektomie indiziert wie bei einem Zervixkarzinom Stadium IB1. Ein Separieren der einzelnen Entitäten führt zu einem Verlust der operativen Expertise. Der Qualitätsgewinn muss über zertifizierte Gynäkologische Tumorzentren mit Experten als Operateure laufen, ähnlich wie beim Mammakarzinom.</p>
ZH	Der Kanton Zürich unterstützt die Zuordnung der komplexen gynäkologischen Tumore zur HSM in der vorliegenden Ausgestaltung.
Hôpitaux	
Insel Gruppe AG	<p>Die gesamte Klinikleitung der Universitätsklinik für Frauenheilkunde unterstützt die Zuordnung.</p> <p>Dies ist die einzige, richtige Art, die Tumore richtig zu behandeln.</p>
Spitalzentrum Biel	<p>De manière globale une centralisation complète de l'ensemble de l'activité chirurgicale en oncologie gynécologique peut apparaître séduisante mais à la deuxième lecture, plusieurs points doivent encore être éclairci et décidé, notamment en nombre de cas/ chirurgien et non pas centre.</p> <p>La valorisation des titres de sous-spécialiste (dans le cas présent oncologie-gynécologique) devraient être valorisé davantage à l'avenir.</p> <p>La perte totale ou quasi de ce type d'activité chirurgicale aura une conséquence pour l'ensemble de la discipline de gynécologie et obstétrique tant on s'appuie, notamment dans les hôpitaux de taille moyenne sur le "chirurgien gynécologue" lors de gros problème chirurgicaux lors d'intervention "plus simple" mais avec complications. L'exemple de la ligature des artères iliaques internes en obstétrique est un exemple manifeste, surtout que l'embolisation n'est pas (encore) disponible partout. Avec une centralisation de toute</p>

	l'oncologie gynécologique ou presque on court le risque de "vider" les hôpitaux des "chirurgiens Gynécologues" avec des risques de diminution de la qualité pour l'ensemble des patientes de gynécologie mais aussi obstétrique.
Kantonsspital Basel-land	Mit diesem Konzept wird versucht eine Regelung zu schaffen. Dieses Konzept greift aber zu kurz und berücksichtigt nicht alle Faktoren, die wichtig sind bei der Beurteilung. Weder garantiert ein universitäres Zentrum, noch eine grosse Klinik, noch die Fallzahl pro Klinik, noch das Vorhandensein aller nötigen Disziplinen (Viszeralchirurgie, Urologie, Radiotherapie, Onkologie, Radiologie, Psychoonkologie, spezialisierte Pflege) per se die Qualität für eine Behandlung. Das Interesse, die Fähigkeit und das Wissen des Operators und des Supportivteams und die Qualität der interdisziplinäre Zusammenarbeiten sind entscheidend für den Erfolg der Behandlung.
St. Claraspital AG	<p>Gynäkologische Karzinome (Ovar, Vulva, Vagina und Zervix) sollten ausschliesslich an Tumorzentren mit regelmässigen Tumorkonferenzen therapiert werden. Gynäkologische Karzinome sollten ausschliesslich von gyn. Onkologen operiert werden. Die für die HSM geforderten chirurgischen Fähigkeiten sind Bestandteil des Operationskatalogs zur Ausbildung «Gynäkologische Onkologie» und werden von den Titelträgern beherrscht. Da gynäkologische Karzinome in Tumorzentren behandelt und von gyn. Onkologen operiert werden, ist eine Zuordnung zur HSM nicht notwendig.</p> <p>Trophoblasttumore sind Raritäten und sollten der HSM zugeordnet werden.</p> <p>Forschung: Eine gesamtschweizerische Zusammenarbeit, Datenbank und Multizenterstudien für gynäkologische Karzinome wäre wünschenswert. Es sollte nicht jede Klinik eine eigene (kleine) Studie durchführen. Nur wenn die Daten zentralisiert werden, haben wir als kleines Land, die Möglichkeit internationaler opinion leader zu sein/werden.</p> <p>Ausbildung: Für die Ausbildung zum «Gynäkologischen Onkologen» sollte ein schweizweites Rotationssystem etabliert werden, um den einzelnen Kandidaten ein umfassendes Bild des Fachs zu ermöglichen und um eine effiziente und zeitlich begrenzte Ausbildung zu gewährleisten. Für ein solches Rotationssystem sollten Universitätsspitäler, kleinere Spitäler und auch Privatspitäler verpflichtet werden.</p>
Bethesda Spital AG	Siehe S.3 (Stellungnahme Bethesda Spital AG, vgl. Tableau 1). Falls man 5 Zentren oder mehr definieren will, bin ich gegen die Unterstellung der Gyn. Onkologie unter die HSM. Wir operieren zurzeit unsere Ov-/resp. V/V/Z-Karzinome im KSBL (IPS, interdis. Teams etc.), wobei wir die gyn.onkologische Expertise mitbringen. Sollte sich mein Vorschlag mit max. 2 Zentren durchsetzen, wären wir selbstverständlich auch nicht mehr dabei.
Universitäts-Kinder-spital beider Basel	<p>Gemäss Bericht sollen die gynäkologischen Tumoren bei Kindern bis 18 Jahren auch im HSM-Bereich «Pädiatrische Onkologie» zugeordnet werden. Dieser Beurteilung schliessen wir uns an. Dementsprechend ist es wichtig, diesen Umstand bei der Einteilung der Fälle in SPLG zu berücksichtigen, damit es zu keinen Missverständnissen kommt.</p> <p>Generelle Anmerkung: Die Codelisten sind grundsätzlich verwandt mit der SPLG Logik. Für viele Bereiche sind jedoch Spezialregelungen bzw. eigene Definitionen vorgesehen, die im SPLG (noch) nicht umgesetzt sind. Dadurch wird die Zuteilung eher komplexer und unübersichtlicher. Schwierig wird es so vor allem beim Mehrjahresvergleich, da die Listen immer nur für ein Jahr anwendbar sind. Für einen objektiven Vergleich bräuchte es sowohl eine Überleitung der Codes als auch eine mehrjährig gültige Logik. Weiter ist die</p>

	Zuteilung der Fälle in die einzelnen HSM-Bereiche nicht eindeutig (Keine Rangfolge bei Erfüllung der Kriterien verschiedener Bereiche). All diese Aspekte sind in den SPLG vorhanden, fehlen aber bei diesen selektiven HSM-Listen.
Hôpital fribourgeois	Il faut en outre des équipements (BLOCS OPERATOIRES) modernes et entraînés. Les diagnostics modernes imposent l'utilisation des équipements pour la détection des GS (seins, Vulve , col) comme l'ICG avec le vert d'indocyanine et le matériel de détection (GREEN LIGHT), des sondes radiosensibles de détection des isotopes.
Hôpitaux Universitaires de Genève	Bravo pour le travail réalisé, qui contribue à une amélioration des soins dans la prise en charge de ces maladies.
Stiftung Kantonsspital Graubünden	Mit dem Konzept «Komplexe gynäkologische Tumoren; Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin» wird leider, wie in anderen Situationen, eine viel zu strenge schweizerische Regelung impliziert, welche unnötig ist und den Zugang zur Versorgung in gewissen Regionen der Schweiz verunmöglicht. Eine Lösung wie sie erfolgreich in Deutschland durchgeführt wird, unter Berücksichtigung aller gynäkologischen Malignome, würde unserem schweizerischen Gesundheitswesen eher entsprechen. Das Konzept ist lückenhaft und stellenweise, was unter anderem auch komplexe Eingriffe bei gutartigen Erkrankungen (Endometriose) in der Gynäkologie betrifft, nicht schlüssig durchdacht.
Luzerner Kantonsspital	In der aktuellen Version sind die Corpus Karzinome nicht bei der HSM für komplexe gynäkologische Tumore berücksichtigt. Es gilt zu klären, ob v.a. die seltenen Entitäten der Corpus Karzinome (Leiomyosarkom, nicht-endometrioides Corpus Karzinome) sowie die entdifferenzierten/ fortgeschrittenen endometrioiden Corpus Karzinome ebenfalls inkludiert werden sollten. Auch für diese Gruppe der gynäkologischen Malignome gelten die gleichen Aspekte wie für das Zervix- und Ovarial-Karzinom. Sie erfüllen ebenfalls die Kriterien Artikel 1 und 4 der IVHSM, die für den Einschluss zur HSM definiert sind. Für die Zuteilung ist eine integrierte wohnortnahe Versorgung in einem interdisziplinären Behandlungssystem mit klaren Qualitätsanforderungen und ein nicht diskriminierender Zugang der Patientinnen zur Versorgung zu fordern.
Kantonsspital Nidwalden	Kleinere Spitäler sollten Vereinbarungen mit namentlich ausgewiesenen Zentrumsspitalern eingehen, um eine kooperative Patientenversorgung zu sichern und vor Ort proaktiv zu kommunizieren. Ggfs. könnten dabei operative Expertisen im Zentrumsspital gebündelt werden.
Frauenklinik Spital Grabs	Seltsam ist, dass die Proponenten der HSM das Endometriumkarzinom ganz aussen vor lassen, wobei dieses operationstechnisch (zB bei der Sentinel-Lymphonodektomie, der systematischen laparoskopischen Lymphonodektomie, einer allfälligen laparoskopischen Omentektomie oder im fortgeschrittenen Tumorstadium) mindestens so anspruchsvoll, wie das Zervix- oder Ovarialkarzinom zu behandeln ist. Die Befürworter der HSM-Zuordnung behaupten ausserdem, ohne dafür irgendwelche Daten und Fakten zu nennen, dass die Behandlung von Tumor-Patientinnen in den HSM-Zentren kostengünstiger sei, als in kleineren Einheiten. Diese Aussage darf und muss stark angezweifelt und hinterfragt werden - höchstwahrscheinlich ist das Gegenteil der Fall.

	<p>Fazit:</p> <p>Ganz grundsätzlich macht es keinen Sinn, die Gruppe der gynäko-onkologischen Tumoren zu fragmentieren und einzelne Tumorentitäten der HSM zuzuteilen. Denn es handelt sich bei diesen Tumoren um eine Krankheitsgruppe, die sowohl in der Diagnostik, aber auch in der operativen und systemischen Therapie, sowie in der Nachsorge in weiten Teilen überlappt.</p> <p>Die Befürworter der HSM betonen immer wieder die Notwendigkeit einer Zentralisierung, bzw. die Behandlung der gyn-onkologischen Patientinnen durch gyn-onkologische Schwerpunkttitelträger. Dieses Anliegen deckt sich mit den Wünschen und Bestrebungen der Kantone, die ja bereits im Rahmen ihrer Spitalliste für die Akut-Somatik Mindestfallzahlen und Anforderungen formuliert haben, die sich mit der Evidenz der Literatur und den Zertifizierungsaufgaben zB der DKG decken. Ebenso ist auch die SGGG als nationales Fachgremium daran interessiert im Sinne einer breiten und flächendeckenden wohnortnahen Versorgung Tumorbehandlungszentren anzubieten, die diese Zertifizierungsaufgaben erfüllen.</p> <p>Die Betreuung gynäko-onkologischer Tumorpatientinnen ist nicht mit der Situation seltener pädiatrischer Tumoren, oder auch hochkomplexer viszeralchirurgischer Eingriffe (Pankreas, Ösophagus) vergleichbar. Die beste Analogie findet sich zu den bestens und sehr erfolgreich etablierten Brustzentren. An diese Erfolgsgeschichte sollten wir in der Schweiz auch bei den gyn-onko Tumoren anknüpfen.</p> <p>Mit der bereits laufenden Etablierung von gynäkologischen Tumorzentren wird den Anliegen der HSM Befürworter nach entsprechender Qualität der Leistungserbringer (Schwerpunkttitelträger gyn-onko) und der Erreichung sinnvoller Fallzahlen Rechnung getragen, ohne jedoch die Zahl der Zentren auf nur eine Handvoll universitäre Zentren zu begrenzen und die eigentliche homogene Gruppe der gyn-onko Tumoren künstlich zu segmentieren.</p>
<p>Kantonsspital St. Gallen</p>	<p>Gynäkologische Sarkome sollten ebenfalls zu den Fällen hochspezialisierter Medizin zugeordnet werden. Die oft recht anspruchsvolle chirurgische Therapie entscheidet über das overall survival dieser Patientinnen und gehört in die Hände entsprechend gynäko-onkologisch ausgebildeter Ärzte.</p> <p>Grundsätzlich verlangen alle Eingriffe der spezialisierten gynäkologischen Tumorchirurgie ausserdem ebenfalls spezialisierte Urologen und Viszeralchirurgen als Ansprechpartner/Mitoperateure, welche bei entsprechenden Fragestellungen den Gynäkologen zur Seite stehen.</p>
<p>Klinik Seeschau AG</p>	<p>Bitte an das Organ HSM, sich die GYNT ZH anzuschauen, bevor ein zentralistischer/zentralisierender Kahlschlag nach Art diktatorischer Staaten gemacht wird. Eine Zentralisierung bringt nicht zwingend mehr Qualität, wenn die erste Garde aus dem Haus ist und junge Oberärztinnen und Oberärzte zum Messer greifen müssen. Für unsere kleine Klinik sind weder die Vorgaben von GYNT ZH, noch diejenigen von HSM erreichbar. Deshalb keine Partikularinteressen unsererseits.</p>
<p>Spital Thurgau AG</p>	<p>Das Ziel sämtlicher Bestrebungen muss eine gute Qualität sein. In der Schweiz besteht diese schon, genaue Daten müssen aber zuerst erhoben werden. Die vorliegende Vernehmlassung fokussiert weder auf die Qualität noch ist sie sinnvoll. Offenbar wurde geschaut, bei welchen Tumoren die jährliche Fallzahl <1000 liegt, um sie dann in die HSM einzuschliessen und eine schweizweite Regulation zu</p>

ermöglichen. Wenn schon diesbezüglich ebenfalls reguliert und zentralisiert werden soll, dann macht nur das Zusammenfassen sämtlicher gynäkologischer Tumoren mit Ausnahme der Mamma fachlich, medizinisch und chirurgisch Sinn. Dies würde dazu führen, dass >1000 Fälle in der Schweiz jährlich diagnostiziert werden und die gynäkologischen Tumoren somit nicht mehr HSM wären.

Die Literatur ist insuffizient recherchiert, spezifisch ausgewählt um gewisse Aussagen zu untermauern und teilweise inkorrekt abgebildet. Wenn schon evidenzbasiert vorgegangen wird, dann soll dies auch objektiv gemacht werden und alle Aspekte und Aussagen der Evidenz müssen dargelegt werden.

Die Begleitgruppe HSM Gynäkologie besteht aus einem niedergelassenen Gynäkologen, welcher nie an grossen Zentren gearbeitet hat und den Titel onkologische Gynäkologie nicht trägt, 2 Vertreter einer Universitätsklinik, sowie nicht-gynäkologischen Vertretern. In diese Begleitgruppe sind die mittelgrossen Spitäler wie Kantonsspitäler kleinerer Kantone oder grössere Regionalspitäler nicht vertreten, ebenso fehlen Vertreter der Ärzteschaft, welche von diesen Massnahmen dann betroffen werden. Im Weiteren finden sich auch im Fachorgan keine adäquaten Vertreter für das Fach Gynäkologische Onkologie. Es stellt sich nun die Frage, in wie weit Partialinteressen beiseitegelassen werden und eine sachlich wissenschaftliche Diskussion unter Einbezug aller wesentlichen Exponenten stattfinden kann. Notabene geht es um gewichtige regulative Massnahmen, welche die Gynäkologie als gesamtes Fach und deren Patientinnen betreffen.

Die mittelfristige Qualität und Versorgungssicherheit werden mit einer Regulation in Frage gestellt. Der vorliegende Vorschlag, insbesondere bei näherer Betrachtung der ICD und CHOP Liste, führt zu einer deutlichen Schwächung kleinerer Kantons- und grösserer Regionalspitäler. Die Behandlung der Patientinnen ist nicht zwingend besser an einem Universitätsspital, weil dort oftmals die interdisziplinäre Zusammenarbeit insuffizient ist.

Vom finanziellen Aspekt wird die Behandlung durch die HSM Vorgaben teurer, da die Fallkosten der Zentrumsspitäler mit wenigen Ausnahmen deutlich höher liegen als diejenigen mittelgrosser Spitäler.

Der vorliegende Vorschlag ist aus den oben aufgeführten Punkten nicht akzeptabel und stellt einen starken regulatorischen Eingriff ohne wirklichen Nutzen für das Fach Gynäkologie bzw. für die betroffenen Patientinnen dar.

Der Kanton Zürich entwickelt derzeit zusammen mit der Fachgesellschaft SGGG, den Spitalern (unter Einbezug des Universitätsspitals) sowie den betroffenen Gynäkologen ein GynT Zertifikat, welches sämtliche gynäkologische Tumoren mit Ausnahme der Mamma beinhaltet. Ziel ist es, die Qualität der Diagnostik, der Behandlung sowie des Outcomes zu monitorisieren und zu optimieren.

Anstelle eines nun unkoordinierten und fachlich wenig fundierten Vorgehens seitens der HSM Organe empfehlen wir abzuwarten, bis das Projekt GynT im Kanton Zürich etabliert wurde. Dieses Projekt wird innert der nächsten 2 Jahre zur Bildung von gynäkologisch onkologischen Zentren mit einem Schweizer Label führen, analog der Zertifizierung von Brustzentren durch die Schweizerische Gesellschaft für Senologie und der Krebsliga Schweiz. Daneben bestehen jetzt bereits DKG (Deutsche Krebsgesellschaft) zertifizierte gynäkologische Tumorzentren an Schweizer Spitalern. Diese beiden Labels können von allen Kantonen als Basis für die Erteilung der Leistungsaufträge übernommen werden. Zertifizierte Tumorzentren unterliegen strengen Auflagen zur Qualitätskontrolle, Auditierung und Rezertifizierung, sodass die Frage nach der Qualität der Patientenversorgung problemlos beantwortet werden kann.

	<p>Zusammenfassend überschneiden sich die operativen Kompetenzen bei den verschiedenen gynäkologischen Karzinomen: So ist bei einem Endometriumkarzinom mit Parametrienbefall oder Ovarialkarzinom mit Infiltration des parazervikalen Gewebe oder Karzinosarkoms des Uterus Stadium II genauso eine radikale Hysterektomie indiziert wie bei einem Zervixkarzinom Stadium IB1. Ein Separieren der einzelnen Entitäten führt zu einem Verlust der operativen Expertise. Der Qualitätsgewinn muss über zertifizierte Gynäkologische Tumorzentren mit Experten als Operateure laufen, ähnlich wie beim Mammakarzinom.</p>
Ente Ospedaliero Cantonale	<p>Wir signalisieren bereits unser Interesse, uns für die Mandate des HSM "Komplexe gynäkologische Tumoren" zu bewerben.</p>
Centre hospitalier universitaire vaudois	<p>I nous semblerait intéressant d'inclure dans la MHS les cancers endométriaux de type histologique II, mais potentiellement aussi les cancers endométrioïdes de grade 3 et tous les sarcomes utérins.</p>
Zuger Kantonsspital AG	<p>Mit dem Konzept "Komplexe gynäkologische Tumoren; Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin" wird leider, wie bereits in anderen Bereichen auch schon, eine viel zu strenge schweizerische Regelung impliziert, welche unnötig ist und den Zugang zur Versorgung in gewissen Regionen der Schweiz verunmöglicht. Eine Lösung, wie sie erfolgreich in Deutschland durchgeführt wird unter Berücksichtigung aller gynäkologischen Malignome, würde unserem schweizerischen Gesundheitswesen eher entsprechen. Das Konzept ist lückenhaft und stellenweise, was unter anderem auch komplexe Eingriffe bei gutartigen Erkrankungen (Endometriose) in der Gynäkologie betrifft, nicht durchdacht. Wir unterstützen stark die Behandlung in Netzwerken mit einer klar definierten Zentrumsambulanz und deren spezialisiertem Angebot und einer dezentralen Behandlung (affiliated hospitals), sofern die Expertise in diesen Spitälern vorrätig ist.</p> <p>In der Schweiz besteht kein Qualitätsproblem in der Therapie der gynäkologischen Tumoren, resp. niemand kennt diese Qualität. Die Exponenten einer starken Zentralisierung argumentieren mit Studien aus dem Ausland und wissen dabei nicht einmal, ob ihre Qualität besser ist als diejenige kleinerer Zentren. Primär braucht es ein Assessment der Qualität, und erst später bei Bedarf eine Regulierung.</p> <p>Zielführend für eine gute und kosteneffiziente Behandlung ist eine enge Zusammenarbeit der Disziplinen, stringente Protokolle und eine strikte Qualitätskontrolle. Dies kann genauso an einem Haus mit 10 Eingriffen sehr gut funktionieren, sogar besser als an einem Universitätsspital, in welchem der onkologische Gynäkologe keinerlei Zusammenarbeit mit dem Viszeralchirurgen akzeptiert.</p> <p>Bei all den genannten Karzinomen ist die Operation im frühen Stadium der Erkrankung nicht sehr anspruchsvoll, sondern erst im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium. Und dort spielt die Chirurgie v.a. beim Ovarialkarzinom und allenfalls Vulvakarzinom noch eine grosse Rolle, bei den anderen Malignomen kommen andere Behandlungsmodalitäten zum Einsatz (Radio-Chemotherapie, Immunotherapie usw.). Am bei uns bestens etablierten und zentrumsübergreifenden Tumorboard werden all diese Aspekte bereits prätherapeutisch diskutiert und verabschiedet und die Behandlung erfolgt dort, wo die Kompetenz uneingeschränkt vorhanden ist. Die Patientin und deren Gesundheit stehen dabei ganz im Zentrum!</p>
Kantonsspital Winterthur	<p>Die Gynäkologische Gesellschaft hat hier ihre Hausaufgaben mehr als genügend gemacht!</p> <p>Von den 37 Schwerpunkttitel die man durch Regulation und Prüfung durch SIWF in der Schweiz erlangen kann, sind 5 gynäkologisch/geburtshilflich! (Chirurgie 2).</p>

	<p>Für die GynT gibt es einen Schwerpunkttitel: Ausbildung 3 Jahre (nach Facharzt und nach Schwerpunkt gyn operativ!), Mindestfallzahlen, Prüfung. Für GynT gibt es Zertifikate (DKG) mit sehr hohen Ansprüchen und Standards!</p> <p>HSM ist für GynT aus den genannten Gründen nicht mehr erforderlich und teilweise sogar kontraproduktiv.</p> <p>Kleine Kantonsspitäler und periphere Spitäler sind für die gynäkologisch geburtshilfliche Grundversorgung der weiblichen Bevölkerung unerlässlich. Und sie leisten einen fundamentalen Beitrag zur Ausbildung der Schweizer Gynäkologinnen und Gynäkologen. Die Schwerpunkttitelträger für Gynäkologische Onkologie haben die anspruchsvollste, fundierteste und längste Weiterbildung in ihrem Fach genossen. Sie sind als Chefärzte für auch kleinere Kantonsspitäler und Peripheriespitäler essentiell. An kleineren Spitälern haben sie de facto ein partielles Berufsverbot in ihrem Fach mit fehlendem GynT Leistungsauftrag. Damit werden diese Spitäler keine oder ungenügend ausgebildete Chefärzte rekrutieren können.</p> <p>HSM für GynT führt also potentiell zu einem Qualitätsabbau der gynäkologisch/ geburtshilflichen Grundversorgung und Ausbildung!</p>
Spital Limmattal	<p>Das Ziel sämtlicher Bestrebungen muss eine gute Qualität sein. In der Schweiz besteht diese schon, genaue Daten müssen aber zuerst erhoben werden. Die vorliegende Vernehmlassung fokussiert weder auf die Qualität noch ist sie sinnvoll. Offenbar wurde geschaut, bei welchen Tumoren die jährliche Fallzahl <1000 liegt, um sie dann in die HSM einzuschliessen und eine schweizweite Regulation zu ermöglichen. Wenn schon diesbezüglich ebenfalls reguliert und zentralisiert werden soll, dann macht nur das Zusammenfassen sämtlicher gynäkologischer Tumoren mit Ausnahme der Mamma fachlich, medizinisch und chirurgisch Sinn. Dies würde dazu führen, dass >1000 Fälle in der Schweiz jährlich diagnostiziert werden und die gynäkologischen Tumoren somit nicht mehr HSM wären.</p> <p>Die Literatur ist insuffizient recherchiert, spezifisch ausgewählt um gewisse Aussagen zu untermauern und teilweise inkorrekt abgebildet. Wenn schon evidenzbasiert vorgegangen wird, dann soll dies auch objektiv gemacht werden und alle Aspekte und Aussagen der Evidenz müssen dargelegt werden.</p> <p>Die Begleitgruppe HSM Gynäkologie besteht aus einem niedergelassenen Gynäkologen, welcher nie an grossen Zentren gearbeitet hat und den Titel onkologische Gynäkologie nicht trägt, 2 Vertreter einer Universitätsklinik, wovon einer wegen einem Verfahren freigestellt wurde, sowie nicht-gynäkologischen Vertretern. In diese Begleitgruppe sind die mittelgrossen Spitäler wie Kantonsspitäler kleinerer Kantone oder grössere Regionalspitäler nicht vertreten, ebenso fehlen Vertreter der Ärzte, welche von diesen Massnahmen dann betroffen werden. Im Weiteren finden sich auch im Fachorgan keine adäquaten Vertreter für das Fach onkologische Gynäkologie. Es stellt sich nun die Frage, in wie weit Partialinteressen beiseitegelassen werden und eine sachlich wissenschaftliche Diskussion unter Einbezug aller wesentlichen Exponenten stattfinden kann. Notabene geht es um gewichtige regulative Massnahmen, welche die Gynäkologie als gesamtes Fach und deren Patientinnen betreffen.</p> <p>Die mittelfristige Qualität und Versorgungssicherheit werden mit einer Regulation in Frage gestellt. Der vorliegende Vorschlag, insbesondere bei näherer Betrachtung der ICD und CHOP Liste, führt zu einer deutlichen Schwächung kleinerer Kantons- und grösserer Regionalspitäler. Die Behandlung der Patientinnen ist nicht zwingend besser an einem Universitätsspital, weil dort oftmals die interdisziplinäre Zusammenarbeit insuffizient ist.</p> <p>Vom finanziellen Aspekt wird die Behandlung teurer, da die Fallkosten der Zentrumsspitäler mit wenigen Ausnahmen deutlich höher liegen als diejenigen mittelgrosser Spitäler.</p>

	<p>Der vorliegende Vorschlag ist aus den oben aufgeführten Punkten nicht akzeptabel und stellt einen starken regulatorischen Eingriff ohne wirklichen Nutzen für das Fach Gynäkologie bzw. für die betroffenen Patientinnen dar.</p> <p>Der Kanton Zürich entwickelt derzeit zusammen mit der Fachgesellschaft SGGG, den Spitälern (unter Einbezug des Universitätsspitals) sowie den betroffenen Gynäkologen ein GynT Zertifikat, welches sämtliche gynäkologische Tumoren mit Ausnahme der Mamma beinhaltet. Ziel ist es, die Qualität der Diagnostik, der Behandlung sowie des Outcomes zu monitorisieren und zu optimieren.</p> <p>Anstelle eines nun unkoordinierten und fachlich wenig fundierten Vorgehens seitens der HSM Organe empfehlen wir abzuwarten, bis das Projekt GynT im Kanton Zürich etabliert wurde und danach analog, wie schon bei den anderen chirurgischen HSM Teilgebieten, eine schweizweite Einführung unter der IVHSM zu prüfen.</p>
Spital Zollikerberg	<p>Zusammenfassend ist die Aufteilung der gynäkologischen Onkologie nicht sinnvoll. Es wird der Eindruck erweckt, dass man unter allen Umständen Teilbereiche der meisten Fachgebiete in die HSM einbeziehen möchte, ohne die speziellen Bedingungen im jeweiligen Fachbereich zu berücksichtigen. Gynäkologische Onkologen haben sich auf die Diagnostik, Therapie und Nachsorge der gynäkologischen Malignomkrankungen spezialisiert, die eine leitleiniengerechte und individualisierte Behandlung ermöglicht. Die gynäkologische Onkologie bildet eine Einheit, häufig mit ähnlichen operationstechnischen, systemischen und radiotherapeutischen Ansätzen. Darum ist die Trennung in verschiedene Teilbereiche nicht zweckmässig. Da bereits eine Spezialisierung im Fachbereich besteht, birgt eine weitere Aufteilung die Gefahr einer Qualitätseinbusse zuungunsten der nicht als HSM zugeordneten Teilbereiche. Somit müsste vorher eine Lösung für diese Teilbereiche gefunden werden oder die komplette gynäkologische Onkologie müsste der HSM zugeordnet werden. Dann wäre aber das zwingende Kriterium der Seltenheit für die Zuordnung zur HSM nicht mehr gegeben, womit der Regelungsauftrag der IVHSM wegfällt. Fraglich ist auch, ob dies in den definierten HSM-Spitälern nicht zu Versorgungsengpässen führen würde.</p> <p>Unumstritten ist das bessere Outcome der Patientinnen, die in einem zertifizierten Krebszentrum von gynäkologischen Onkologen behandelt werden. In diese Richtung sollten alle Bestrebungen gehen. Im Kanton Zürich entwickeln die Gesundheitsdirektion, die AGO der SGGG, die betroffenen Spitäler sowie der Verband Zürcher Krankenhäuser unter Beteiligung von Vertretern der Fachgebiete Medizinische Onkologie, Radioonkologie, Radiologie, Pathologie, Nuklearmedizin und Supportleister in der Onkologie ein Zertifikat zur Behandlung der gynäkologischen Tumoren. Erstzertifizierungen sind auf 2021 angesetzt. Es ist angestrebt, das Zertifikat als Schweizer Standard zu positionieren. Das Zertifikat soll letztendlich qualitativ ausgerichtet sein und die Qualität für Patientinnen befördern. Gute Elemente der HSM Vorlage wurden hierzu durch Vertreter des HSM Fachorgans in das Zürcher Konzept eingebracht und aufgenommen.</p> <p>Anstelle des vorgeschlagenen HSM-Vorgehens, das wir entschieden ablehnen, empfehlen wir das Zürcher GynT-Zertifikatsprojekt zu verfolgen und im Erfolgsfall schweizweit zu promoten.</p>
Stadtspital Waid und Triemli	<p>In der HSM-Begleitgruppe für Gynäkologie sollte ebenfalls ein Vertreter einer grossen nicht-universitären Klinik, welche zum Teil mehr Fallzahlen haben als einige Universitätskliniken, und ein Radio-Onkologe Einsitz haben.</p>

<p>Privatklinikgruppe Hirslanden (7 Kliniken)</p>	<p>Die besten Ergebnisse für Patientinnen mit Krebserkrankungen aus dem gynäkologischen Formenkreis zu erzielen, muss das primäre Ziel aller medizinischen und politischen Bestrebungen, auch derjenigen aus dem Bereich der Planung und Regulierung sein. Es ist nicht im Sinne dieser Qualitätsbemühungen, lediglich einen Teilaspekt (strukturelle Qualität, Expertise des Operateurs) zu berücksichtigen und nicht auch alle anderen für die Qualität relevanten Aspekte. Es ist auch nicht im Sinne dieser Qualitätsbemühungen, ein integratives Fachgebiet wie die Gynäkologische Onkologie zu zerschneiden. Nicht nur bringt eine solche Zerschneidung eine schlechtere Versorgungsqualität ausserhalb der HSM-Zentren mit sich (weil durch die Abwanderung guten ärztlichen Personals negative Folgen für die Versorgung anderer gynäkologischer und geburtshilflicher Patientinnen in Kauf genommen werden), sie führt auch zu einer Störung des gesamten Patientenfades, der in der gynäkologischen Onkologie von grosser Wichtigkeit ist.</p> <p>Gynäkologische Karzinome sind nicht so selten, wie die Initiative beschreibt: Sie machen über 6% aller Krebserkrankungen in der Schweiz pro Jahr aus. Zum Vergleich machen Pankreaskarzinome, Nierenkrebs und Lymphome je knapp 4%, Kopf-Hals Tumore knapp über 4% und neuroonkologische Tumore etwas über 2% der Krebserkrankungen aus. Lediglich Brustkrebs, Darmkrebs (Kolon- und Rektumkarzinome gemeinsam), Lungenkrebs und Prostatakrebs sind häufiger als die Krebse der Gynäkologie. Es kann also durchaus nicht von "seltenen" Tumoren gesprochen werden. Lediglich der maligne Trophoblasttumor gehört biologisch in einen anderen Formenkreis, dieser trägt jedoch zur Fallzahl in der Schweiz fast nichts bei.</p> <p>Strukturell werden für die qualitativ hochwertige und effiziente operative Behandlung der gynäkologischen Krebse Fachpersonal mit Erfahrung, eine gute Kooperation mit einer Viszeralchirurgie und eine in der Schweiz an jedem grösseren und mittelgrossen Spital vorhandenen Infrastruktur benötigt. Hier werden keine Anforderungen gestellt, die eine HSM-Initiative erforderlich machen würden.</p> <p>Die Innovationsgeschwindigkeit im Bereich der Gynäkologischen Onkologie entspricht in etwa der anderer Tumorerkrankungen. Auch aus diesem Grund ist eine Zuteilung zu HSM für die Gynäkologische Onkologie nicht erforderlich.</p> <p>Der Beleg, dass in der Schweiz die Qualität der chirurgischen Versorgung der Patientinnen mit Gynäkologischen Tumoren schlechter ist als in vergleichbaren Regionen, kann von den Initianten ebenfalls nicht geführt werden, die zitierte Literatur erlaubt diesen Schluss nicht. Es entsteht der Eindruck einer selektiven Auswahl von Literaturstellen, die nicht umfassend ist.</p> <p>Die Zusammensetzung der HSM-Begleitgruppe entspricht nicht dem Spektrum der tatsächlichen Leistungserbringer (ein niedergelassener Gynäkologe ohne Titel onkologische Gynäkologie, zwei Vertreter deutschsprachiger Universitätskliniken), relevante Stakeholder wurden hier ausser Acht gelassen.</p> <p>Zusammenfassend würde die vorgeschlagene Zuordnung zur HSM zur einer Verschlechterung der Versorgung der Schweizer Patientinnen führen und würde eine Regulierung ohne vorige Evaluation der tatsächlichen Qualität bedeuten, was weder wissenschaftlich noch politisch zielführend wäre und für die Patientinnen und das Fach Gynäkologie keinen Nutzen hätte.</p> <p>Allerdings ist es ohne Zweifel von Nutzen für die Patientinnen, wenn die Behandlung der Krebserkrankungen des gynäkologischen Gebietes qualitätskontrolliert ablaufen würde. Dabei muss der Fokus der Kontrolle nicht auf der Struktur, sondern auf dem Gesamtergebnis liegen. Hier greift das Zürcher Zertifizierungs- und Qualitätssicherungs-System "Swiss-ZGT" an:</p> <p>Im Kanton Zürich hat eine Arbeitsgruppe der Spitäler inkl. der Universität Zürich und der SGGG zu Handen der Gesundheitsdirektion ein Zertifizierungs- und Qualitätssicherungssystem "Swiss-ZGT" entwickelt, welches in 2021 eingeführt werden soll. Ab 2023 soll es eine Voraussetzung für die Erteilung des Leistungsauftrages GYNT im Kanton Zürich sein. Das System ist auf eine Umsetzung für die</p>
---------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>ganze Schweiz ausgelegt und wurde mit Hilfe der SGGG bereits um wesentliche Aspekte des hier vernehmten HSM-Modells ergänzt. Ein Vertreter des HSM Fachorgans war Mitglied der Arbeitsgruppe und hat relevant an der Erarbeitung mitgewirkt. Dieses Zertifikat baut nicht vor allem auf struktureller Qualität auf (die in der Schweiz ohnehin in hohem Masse vorhanden ist), sondern misst Qualität an Behandlungstreue sowie medizinischen und patientenorientierten Ergebnissen. Grundlage des Systems sind die Zertifizierungssysteme der Deutschen Krebsgesellschaft sowie des Zertifizierungssystems aus Österreich. Dieses System kennt Zentrumsspitäler, welche eine hohe operative Expertise vorhalten sowie affilierte Partnerspitäler, die in engem Kontakt mit dem Zentrumsspital im gemeinsamen Tumorboard für jede Patientin das richtige Vorgehen festlegen. Spitäler mit unter 20 operativen Fällen pro Jahr können sich nicht beteiligen, damit ist die operative Expertise auch in diesem System gefordert - sie ist aber nur einer unter vielen anderen Qualitätsparametern.</p> <p>Unsere Empfehlung ist daher, die HSM-Initiative zunächst abwartend zu behandeln, bis das Zürcher Zertifizierungs- und Qualitätssicherungssystem "Swiss-ZGT" eingeführt sein wird. Eine Ausweitung dieses Systems auf die gesamte Schweiz könnte der originären Idee der HSM-Initiative sehr nahe kommen und deren Kernelemente umsetzen.</p>
Assureurs	
	(-)
Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG-SSGO)	<p>Der Vorstand der SGGG ist sich bewusst, dass es sich bei diesem ersten Schritt um die Grundsatzfrage für oder wider eine national besser koordinierte Behandlung von seltenen gynäkologischen Karzinomen handelt. Mit dem Ziel der Qualitätssteigerung für die betroffenen Patientinnen und unter Vorbehalt garantierter Mitarbeit bei der Festlegung von Mindestanforderungen, unterstützt der Vorstand der SGGG das Projekt HSM</p> <p>Die geforderten operativen Kompetenzen für die Behandlung der obengenannten Karzinome überschneiden sich, weshalb eine Separation nach einzelnen Entitäten kontraproduktiv ist und möglicherweise die Behandlungsqualität, sicher aber die Breite der gynäkologischen Weiterbildungslandschaft senken würde.</p> <p>Die Erarbeitung und Festlegung von konkreten Kennzahlen und Kriterien für die HSM-Zuordnung des Ovarialkarzinoms, des Vulva-, Vaginal- sowie Zervixkarzinoms und der malignen Trophoblasterkrankungen muss zwingend im Rahmen einer breit angelegten Vernehmlassung unter Einbezug möglichst vieler Stakeholder in der Fachgesellschaft SGGG erfolgen. Dieses Vorgehen benötigt Zeit, ist aber für einen erfolgreichen Prozess im Sinne des Patientinnenwohls unabdingbar.</p> <p>In den Augen des Vorstandes der SGGG unmittelbar mit den zu entwickelnden Kennzahlen und Kriterien der HSM-Zuordnung verknüpft, ist die Erarbeitung eines Schweizer Labels für gynäkologisch-onkologische Tumorzentren. Im Sinne der Synergien sollten die gleichen Stakeholder begrüsst und einbezogen werden. Dabei handelt es sich um Vertreter/innen der universitären Kliniken, der swiss-</p>

	<p>AGO, der nicht-universitären A-Kliniken, B-Kliniken, der schweizerischen gynäkologischen Chefärztekonzferenz (CHG), der Privatkliniken, der niedergelassenen Belegärzt/innen sowie des Departements Weiter- und Fortbildung der SGGG.</p> <p>NB: Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die notwendigen operativen Kompetenzen bei den gynäkologisch onkologischen Operationen überschneiden (s.o.), hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe basierend auf der vorliegenden evidenzbasierten Literatur und internationalen Guidelines, folgende Auflage für den "core team" Operateur definiert: Facharzttiteltragende für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie SIWF, welche 40 Fälle gynäkologischer Malignome (ohne Mammakarzinome) innert 2 Jahren operieren. Damit ist die Qualität direkt mit der Kompetenz der jeweiligen Operierenden und nicht mit dem Standort verknüpft</p> <p>Zusätzlich sollte die Teilnahme an klinischen Studien der SAKK, ENGOT und Swiss AGO gefordert werden. Hier hat sich gezeigt, dass auch kleinere Kliniken eine rege Studienteilnahme aufweisen können. Die Studientätigkeit sollte unbedingt berücksichtigt werden, da diese die beste Qualität für die Patientinnen garantiert.</p> <p>Solche, bereits breit diskutierte Kriterien, könnten in einem zweiten Schritt der Detailausarbeitung und Kriteriendefinition als Basis für eine konsensorientierte Lösung dienen.</p>
Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC-SSCP)	Keine kindlichen Tumore, somit nicht relevant aus Sicht der Kinderchirurgie (SGKC).
Autres	
GynäkologInnenkollegium des Kantons Bern	Die weiblichen Organe sollten von der Pubertät bis ins Senium fachlich, dh in Forschung, Weiter- und Ausbildung weiterhin von einer Fachgesellschaft betreut werden um die Qualität der Frauengesundheit zu erhalten.
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	<p>Der VZK ist der grösste Verband der Gesundheitsversorger im Kanton Zürich. Er vertritt 32 Institutionen, die rund 34'800 Mitarbeitende beschäftigen und einen Umsatz von 5.3 Mrd. Franken pro Jahr erzielen. Zum Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) gehören alle Listenspitäler im Kanton Zürich. Die Spitäler Schaffhausen sind ebenfalls Mitglied.</p> <p>Der VZK vertritt die Interessen seiner Mitglieder gegenüber Politik, Behörden, Versicherern und deren Verbänden, weiteren Interessensgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Öffentlichkeit. www.vzk.ch</p>

2.5 Avis formulés en plus du questionnaire

Outre le questionnaire auquel ils ont répondu, 2 participants nous ont adressé en sus des avis par écrit ; ceux-ci sont résumés dans le Tableau 15.

Tableau 15 : récapitulatif des remarques adressées par les participants ayant formulé un avis en plus du questionnaire auquel ils ont répondu.

Destinataires	Commentaires
Cantons	
TG	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, in erwähnter Angelegenheit Stellung nehmen zu können. Wir lehnen die Zuordnung der drei im Fragebogen erwähnten Teilbereiche zur hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM ab. Unseres Erachtens macht es keinen Sinn, die Gruppe der komplexen gynäkologischen Tumoren auf die Ebene der einzelnen Tumorentitäten im Rahmen des HSM-Vorschlags zu fragmentieren, da diese zum spezifischen Fachgebiet gehören. Zumal sich bei den verschiedenen gynäkologischen Karzinomen die operativen Kompetenzen überschneiden. Eine Fragmentierung resp. Trennung würde dazu führen, dass gewisse Leistungserbringer nur noch einzelne Tumoren des Fachgebietes behandeln können, was in Punkto Qualitätsoptimierung nicht zielführend ist. Beim dritten Teilbereich ist zu beachten, dass zwischen den einfach zu heilenden low risk und den viel selteneren, aber komplexer zu heilenden high risk Trophoblasttumoren unterschieden werden sollte. Nur Letztere sollten der HSM zugeteilt werden. Weitere Details finden Sie im beigelegten Fragebogen.
Hôpitaux	
Kantonsspital Glarus	<p>Im Bericht wird dargelegt, dass sowohl Ovarialkarzinome wie Karzinome der Vulva, Vagina und der Zervix sowie Trophoblasttumore sehr seltene Tumore sind, so dass eine Zentralisation der Behandlung empfohlen wird. Dem steht entgegen, dass in einigen B-Spitälern Kolleginnen und Kollegen mit einer langjährigen operativen Expertise die Tumore behandeln. Bei der Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin sollte aus unserer Sicht die langjährige, operative Expertise weiterhin genutzt werden können, auch wenn die Anzahl dieser Tumoren an diesen Kliniken, die willkürlich festgelegt werden sollen, nicht vorhanden sind. Es ist festzuhalten, dass die langjährige Erfahrung dieser Operateure dann in Zukunft nicht mehr genutzt werden könnte. Auch eine Weitergabe der operativen Erfahrungen an die nachfolgenden Assistenzärzte würde wegfallen. Ebenfalls würde die Ausbildungsbreite in den B-Spitälern eingeengt. Für junge Assistenzärzte würde an diesen B-Spitälern eine Assistenzarztstelle oder eine Stelle zur Erlangung des operativen Schwerpunkttitels nicht mehr attraktiv erscheinen. Wir stimmen dem Argument zu, dass eine interdisziplinäre Kooperation zu den angrenzenden klinischen Fachgebieten, wie Viszeralchirurgie, Urologie und Gefässchirurgie vorhanden sein muss. Einige B-Spitäler erfüllen diese Anforderungen wie auch beatmungspflichtige Betten, die ebenfalls ein Grund sind. Deshalb erscheint es uns wichtig festzuhalten, dass bei der Vergabe der Zuordnung der hochspezialisierten Medizin diese drei Punkte berücksichtigt werden müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langjährige operative Expertise unabhängig der Anzahl Operationen pro Jahr 2. Sicherung der Ausbildungsattraktivität an den B-Spitälern 3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit <p>Sollten diese Punkte erfüllt sein, muss auch an B-Spitälern möglich sein, diese operativen Eingriffe durchführen zu können. Die Operationen in den drei Teilbereichen können nicht alle undifferenziert und pauschal zur HSM zugeordnet werden. Eine Unterteilung der</p>

Tumorstadien spielt eine Rolle. Eine ausgedehnte Tumormanifestation im kleinen Becken, wo beispielsweise eine Exenteration durchgeführt werden muss, ist ein Grund, diese Operation an einem Zentrumsspital durchzuführen. Wir sehen allerdings nicht ein, dass ein Tumorstadium, z.B. bei einem Carcinoma in situ der Zervix oder ein Ovarialcarzinom FIGO IA, in Zukunft nicht mehr an einem B-Spital durchgeführt werden kann. Wir fordern zwingend eine Differenzierung der Tumorstadien.

Es ist festzuhalten, dass in der Auslegung von alten und morbiden Patientinnen die Trophoblasttumore, die bei jüngeren Patientinnen auftreten, argumentativ entfallen.

Trophoblasttumore werden nicht nur operativ versorgt, sondern auch chemotherapeutisch. Hier sollte auch erwähnt werden, dass ein Spital mit einer Onkologie bei sowieso laufenden Chemotherapien für andere Fachgebiete dies ebenfalls absichern kann. In den Grundbedingungen muss festgehalten werden, dass ein Tumorboard abgesichert ist und dass nicht nur fortgeschrittene Karzinome, wie z.B. das Zervixkarzinom, durch eine Radio- /Chemotherapie primär behandelt werden muss. Sollten die Rahmenbedingungen an einem B-Spital vorhanden sein, muss dies auch möglich sein.

Es ist absehbar, dass nach der Zuordnung zur HSM viele Spitäler, welche die Operationen heute mit guten Ergebnissen durchführen, ausgeschlossen werden. Das ist gar nicht notwendig. Es gäbe mildere Massnahmen, indem die Spitäler verpflichtet würden:

1. Von der Diagnosestellung über die Umgebungsabklärung bis zur definitiven Therapie (Operation beziehungsweise Radio- und/oder Chemotherapie) dürfen nicht mehr als drei Wochen vergehen, um die Behandlungsqualität und Kapazitätsgarantie zu gewährleisten.
2. Verpflichtung zur Führung einer Komplikations-, Rezidiv- und Fünfjahresüberlebens-Statistik

Diese beiden Punkte müssen unangekündigt, stichprobenartig in gewissen Zeitabständen von einer unabhängigen neutralen Kommission kontrolliert werden, denn wer hohe Standards fordert und setzt, muss diese nicht nur an einem B-Spital sondern auch an einem A-Spital erfüllen.

Ein Kantonsspital wie das Kantonsspital Glarus hat den Auftrag der umfassenden, medizinischen Versorgung und Betreuung seiner Einwohnerinnen und Einwohner. Somit gehört die Behandlung von bösartigen Tumoren dieser Kategorie ebenso dazu. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass inguinale und pelvine Lymphonodektomien nicht nur von den Gynäkologen durchgeführt werden, sondern auch von den Kollegen der Urologie und der Chirurgie bei ihren Eingriffen. Dies ist somit interdisziplinär abgesichert und diese Patientinnen und Patienten werden ebenfalls von geschultem Pflegepersonal betreut.

Zum Punkt der Sentinel-Lymphonodektomie, die seit Jahren in den B-Spitälern etabliert ist, muss ebenfalls erwähnt werden, dass diese auch von den Kollegen der Urologie und der Chirurgie bei ihren Eingriffen durchgeführt werden.

Zum Schluss sei erwähnt, dass die Folgekosten einer ausserkantonalen Behandlung grösser sind, auch für allfällige Nachkontrollen und Studien. Aus dieser Sicht sehen wir klar, dass die B-Spitäler diese Operationen durchführen sollten, sofern oben genannte Bedingungen etabliert und erfüllt sind.

Zusammenfassend lehnt hiermit das Kantonsspital Glarus vorsorglich mit seinem Veto die Zuordnung der gynäkologischen Tumore zur HSM aus nachfolgenden Gründen ab:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Erfahrung und das Know-how erfahrener Operateure an einem B-Spital soll weiterhin genutzt werden. 2. Eine generelle Qualitätserhöhung und zeitnahe Versorgung bei einer Zentralisation wird bestritten. 3. Die Ausbildungsqualität und -attraktivität an einem B-Spital ohne operative Eingriffe und Nachbehandlung bei den erwähnten Tumoren würde leiden. 4. Die Kosten sind im Fall einer Zentralisierung höher. 5. Eine wohnortnahe Versorgung ist eine Qualität, die nicht ohne Not geopfert werden soll. 6. Es gibt mildere Massnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität als die Zuordnung zur HSM und damit zum faktischen Entzug des Leistungsauftrages für viele Spitäler <p>Für die wohlwollende Prüfung unserer Anliegen danken wir bestens.</p>
Assureurs	
	(-)
Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
	(-)
Autres	
	(-)

2.6 Avis supplémentaires

4 participants n'ont pas retourné le questionnaire dûment complété, mais ont formulé autrement leurs avis par écrit. Ceux-ci sont présentés dans le Tableau 16.

Tableau 16 : récapitulatif des remarques formulées par les participants ayant formulé leur avis sous une autre forme que le questionnaire.

Destinataires	Commentaires
Cantons	
	(-)
Hôpitaux	
Spital Schwyz	Zu Ihrer Kenntnisnahme möchten wir Ihnen mitteilen, dass wir nicht an der unten genannten Vernehmlassung teilnehmen.
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	<p>Après lecture des différents documents, la direction générale et le médecin chef du service de gynécologie-obstétrique souhaitent donner leur avis sur les critères de la MHS. Tant le Service de gynécologie-obstétrique, par ses médecins cadres, que la direction générale et la direction médicale ne sont pas favorables à ce rattachement.</p> <p>Différents arguments expliquent cette position pour la prise en charge des tumeurs gynécologiques complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage, la découverte du diagnostic se font pour la plupart des cas dans les consultations des gynécologues. Bon nombre de cas sont également découverts par la consultation aux urgences. Plus rarement, ce sont les médecins traitants qui adressent les patientes. • Le bilan de la maladie cancéreuse nécessite un plateau technique complet et des compétences que peut fournir l'HRC. • La stratégie thérapeutique et le délai d'action sont les pierres angulaires de la qualité des soins qui vont être prodigués à la Patiente et représentent la seule vraie difficulté de la prise en charge des tumeurs gynécologiques. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tant et si bien que cette stratégie thérapeutique se définit au sein d'un colloque pluridisciplinaire de concertation qui réunit tous les médecins acteurs de cette prise en charge. À savoir : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Gynécologues : avec l'importance cruciale de connaître sa patiente ou la patiente qui lui a été référée afin de préciser le statut de la maladie, les attentes de la patiente, sa personnalité. Sont présents au colloque d'onco-gynécologie de l'HRC (COG). ◦ Gynéco-oncologues : leur connaissance approfondie des tumeurs gynécologiques complexes est souvent utile pour définir cette prise en charge (sont en visio-conférence pour le COG). ◦ Radiologues : redonnent la lecture des examens radiologiques et peuvent en proposer d'autres si nécessaires (sont présents au COG).

- Anato-mo-pathologistes : acteurs fondamentaux du diagnostic et du pronostic de la maladie (en visio-conférence pour l'ICH et en présentiel pour Unilabs au COG).
- Oncologues : suggèrent les bilans complémentaires au même titre que les autres participants du COG, mais surtout définissent les traitements néo-adjuvants et/ou adjuvants (présents au COG). Ce sont eux qui assumeront au long cours, avec les gynécologues, la prise en charge des soins.
- Radiothérapeutes : id.
- Chirurgien plasticien : certaines interventions étant lourdes et mutilantes nécessitent ses compétences pour effectuer une réparation (présent au COG).
- Tant et si bien que de tels colloques existent dans bon nombre d'institutions, que ce soit en Suisse ou dans les autres pays (colloque oncologique, tumor board, réunion de concertation pluridisciplinaire).
- Au total, cette prestation est donc fournie par l'HRC. Elle conduit à des traitements spécifiques qui sont également disponibles à l'HRC. Si quelques traitements ne sont pas réalisables à l'HRC (curiethérapie, PIPAC par exemple), les cas sont adressés au centre universitaire de référence avec lequel la collaboration est bonne.
- La prise en charge chirurgicale
 - La guérison de la patiente dépend en partie de la qualité de l'intervention chirurgicale quand elle est nécessaire.
 - L'indication chirurgicale, les modalités de la chirurgie sont définies au sein de COG.
 - Tous les médecins cadres du service de gynécologie-obstétrique de l'HRC ont une formation approfondie en gynécologie opératoire.
 - Deux sont définis pour la prise en charge des cancers pelviens.
 - Deux sont définis pour la chirurgie des cancers du sein.
 - L'expertise chirurgicale est assurée par une casuistique importante.
 - En cas de nécessité, une aide peut être apportée par les onco-gynécologues du CHUV avec lesquels il existe une convention ou même des HUG (sans convention).
 - La chirurgie des cas complexes est très souvent multidisciplinaire avec parfois la nécessité d'urologues (extension de la tumeur à l'appareil urinaire) et surtout de chirurgiens viscéraux (leur présence est souvent fondamentale, à tel point que dans certains hôpitaux, ce sont les chirurgiens digestifs qui prennent en charge les cancers ovariens). À l'HRC, la collaboration avec les services d'urologie et de chirurgie est excellente. L'HRC offre des conditions idéales pour cette chirurgie avec la présence dans le même bloc, et même 24h/24, de ces différents prestataires.
 - Pour les suites à court terme, des soins intensifs (de chirurgie) sont disponibles.

	<ul style="list-style-type: none"> • La volonté de concentration des cas répond à la volonté d'une prise en charge par des centres spécialisés. À l'échelle suisse, l'HRC répond à cette exigence. Dans les pays où la population est plus nombreuse, il existe de vrais centres anticancéreux, mais ces derniers n'ont pour la plupart pas d'autres activités que la prise en charge des cancers et sont souvent en rivalité avec les centres universitaires. • La formation des futurs chirurgiens est encore un élément qui devrait être pris en compte. En cas de concentration des cas, l'accès restreint à cette chirurgie pour nos jeunes collègues imposerait un manque. D'autre part, l'accès au bloc opératoire dans les centres tertiaires est relativement limité et des gynécologues en formation de base arriveraient à s'installer sans avoir vu de telles interventions. Ce problème sera d'ailleurs soulevé au RRFGO (réseau romand de formation en gynécologie-obstétrique). Après enquête auprès des MAS et CDC du service, on retient qu'ils trouveraient déplorable de ne pas avoir accès à cette chirurgie. • Le sujet épineux de la confiance envers les chirurgiens qui assumeraient seuls les cas complexes n'est pas soulevé ici. Au comité du GVG (groupement vaudois des gynécologues) j'entends diverses remarques en ce sens et m'attache souvent à calmer les esprits de nos collègues de la ville.
Assureurs	
SUVA	Unsere Anmerkungen beziehen sich ausschliesslich auf die Zuordnung des Bereichs der Hochspezialisierten Pädiatrie und Kinderchirurgie zur HSM. Was die anderen Zuordnungen zur HSM anbelangt, verzichten wir auf eine Stellungnahme, da diese im Bereich der Unfallversicherung und der Militärversicherung keine Relevanz haben.
Décanats des facultés de médecine	
	(-)
Sociétés savantes	
	(-)
Autres	
Oncosuisse	<p>Die Schweizerische Vereinigung gegen Krebs, Oncosuisse, ist der Zusammenschluss von sieben nationalen Schweizer Organisationen, die sich der Bewältigung von Krebserkrankungen widmen: die Krebsliga Schweiz KLS, die Stiftung Krebsforschung Schweiz KFS, die Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung SAKK, die Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe SPOG, das Nationale Institut für Krebs Epidemiologie und -registrierung NICER, die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO sowie die Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie SGH.</p> <p>Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zur vorgeschlagenen Zuordnung des Bereichs der komplexen gynäkologischen Tumoren zur HSM Stellung zu nehmen. Wir verzichten darauf, uns im Detail zu den drei vorgeschlagenen Teilbereichen zu äussern. Zentral bei hochkomplexen und seltenen Tumoren ist, dass über alle Phasen der Erkrankung, bzw. deren Behandlung und Nachsorge, die koordinierte, innovative und insbesondere qualitativ hochstehende Versorgung sichergestellt ist.</p>

	Wir danken Ihnen im Voraus für die Berücksichtigung unserer Rückmeldungen. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Annexes

A1 Liste des destinataires

1. Kantone / Cantons

- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh.
- Departement Gesundheit Appenzell A.Rh.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
- Direction de la santé et des affaires sociales du canton du Fribourg
- Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé du canton de Genève
- Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus
- Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden
- Département de la santé, des Affaires sociales et des Ressources humaines du canton du Jura
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
- Département des finances et de la santé du canton de Neuchâtel
- Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden
- Finanzdepartement des Kantons Obwalden
- Gesundheitsamt des Kantons Schaffhausen
- Departement des Innern des Kantons Schwyz
- Departement des Innern des Kantons Solothurn
- Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau
- Dipartimento della sanità et della socialità del Cantone Ticino
- Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri
- Département des finances, des institutions et de la santé du canton du Valais
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

2. Spitäler / Hôpitaux

AG

- Asana Gruppe, Aarau
- Gesundheitszentrum Fricktal
- Hirslanden Klinik Aarau
- Kantonsspital Aarau
- Kantonsspital Baden
- Kreisspital für das Freiamt Muri
- Spital Zofingen

AI

- Kantonales Spital und Pflegezentrum Appenzell

AR

- Spitalverbund Appenzell-Ausserrhodon

BE

- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Hirslanden Bern AG, Salem Spital
- Hôpital du Jura bernois SA
- Inselgruppe AG, Universitätsspital Insel Bern
- Klinik Hohmad
- Klinik Siloah
- Lindenhofgruppe Bern
- Privatklinik Linde AG
- Regionalspital Emmental AG
- Spital STS AG
- Spitäler FMI AG
- Spitalzentrum Biel
- SRO Spital Region Oberaargau AG

BL

- Kantonsspital Baselland (Liestal, Bruderholz, Laufen)

BS

- Bethesda Spital AG
- St. Claraspital AG
- Universitätsspital Basel
- Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB

FR

- Clinique Générale Ste-Anne SA

- Daler-Spital
- HFR Hôpital fribourgeois - Freiburger Spital

GE

- Clinique Générale-Beaulieu
- Clinique des Grangettes
- Clinique La Colline
- Hôpital de la Tour
- Hôpitaux Universitaires de Genève - HUG
- Nouvelle Clinique Vert-Pré

GL

- Kantonsspital Glarus

GR

- Kantonsspital Graubünden (Chur)
- Spital Oberengadin

JU

- Hôpital du Jura

LU

- Hirslanden Klinik St. Anna AG
- Luzerner Kantonsspital

NE

- Hôpital neuchâtelois - HNE

NW

- Kantonsspital Nidwalden

OW

- Kantonsspital Obwalden

SG

- Hirslanden Klinik Stephanshorn
- Kantonsspital St. Gallen
- Ostschweizer Kinderspital St. Gallen
- Spital Linth
- Spitalregion Fürstenland Toggenburg
- Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland

SH

- Privatklinik Belair
- Spitäler Schaffhausen

SO

- Solothurner Spitäler AG - soH

SZ

- Krankenhausgesellschaft Schwyz
- Spital Lachen AG

TG

- Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG
- Klinik Seeschau AG
- Spital Thurgau AG

TI

- Clinica Luganese SA
- Clinica Santa Chiara SA
- Ente Ospedaliera Cantonale - EOC

UR

- Kantonsspital Uri

VD

- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - CHUV
- Clinique Bois-Cerf
- Clinique Cecil
- Clinique de Genolier
- Clinique de la Source
- Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique - FHV
- Hirslanden Lausanne SA
- Ensemble hospitalier de la Côte - EHC
- Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois - eHnv

VS

- Clinique de Valère
- Spital Wallis (Hôpital du Valais)
- Spitalzentrum Oberwallis - SZO

ZG

- Hirslanden Andreasklinik Cham Zug
- Zuger Kantonsspital AG

ZH

- GZO Spital Wetzikon
- Hirslanden Klinik im Park
- Kantonsspital Winterthur
- Kinderspital Zürich
- Klinik Hirslanden Zürich
- Klinik Pyramide am See
- Paracelsus-Spital Richterswil

- Privatklinik Bethanien
- Privatklinik Lindberg
- Schulthess Klinik
- See-Spital Horgen
- Spital Bülach AG
- Spital Limmattal
- Spital Männedorf
- Spital Uster
- Spital Zollikerberg
- Stadtspital Triemli
- Universitätsklinik Balgrist
- Universitätsspital Zürich

Interkantonale Spitäler / Hôpitaux intercantonaux

- Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne
- Hôpital Riviera Chablais, Vaud, Valais

3. Versicherer / Assureurs

- Curafutura
- Santésuisse
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) / Association Suisse d'Assurances (ASA)
- SUVA
- Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) / Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM)

4. Dekanate der medizinischen Fakultäten / Décanats des facultés de médecine

- Medizinische Fakultät der Universität Zürich
- Medizinische Fakultät der Universität Basel
- Medizinische Fakultät der Universität Bern
- Faculté de médecine de l'Université de Genève
- Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne

5. Fachgesellschaften / Sociétés savantes

- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie
- Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie
- Schweizerische Gesellschaft für Radio-Onkologie
- Schweizerische Gesellschaft für Urologie

6. Andere interessierte Institutionen und Organisationen / Autres institutions et organisations concernées

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- H+ Die Spitäler der Schweiz / H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Onkologiepflege Schweiz / Soins en Oncologie Suisse
- Privatkliniken Schweiz / Cliniques Privées Suisse
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) / Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)
- Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) / Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux (ASMI)
- Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK) / Conférence suisse des hautes écoles (CSHE)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) / Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)
- Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften / Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCH)
- Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) / Association Médecine Universitaire Suisse
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH / Fédération des médecins suisses FMH
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) / Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS
- Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (vns)