



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Reevaluation

Komplexe hochspezialisierte Viszeral- chirurgie

Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur
hochspezialisierten Medizin

SCHLUSSBERICHT

Bern, 21. Januar 2016

Haus der Kantone
Speichergasse 6
Postfach 684
CH-3000 Bern 7

+41 (0)31 356 20 20

office@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Impressum

Autorenschaft	Erarbeitet durch das HSM Fachorgan im Rahmen der Planungsarbeiten zur Umsetzung der IVHSM.
Projektleitung	Dr. Eva Greganova, Bettina Wapf
Projektmitarbeit	Dr. Matthias Fügi, Salome Kaeslin
Korrespondenzadresse	HSM-Projektsekretariat, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Speichergasse 6, 3000 Bern 7.
Bezugsquelle	Diese Publikation kann beim HSM-Projektsekretariat in deutscher und französischer Sprache bezogen werden.
Männliche Form	Um die Lesbarkeit des Textes zu erhöhen wird in diesem Bericht ausschliesslich die männliche Form verwendet (z.B. Arzt, Patient), die aber sowohl die männliche als auch die weibliche Person beinhaltet.
Dateiname	94_711/ EG / BT_ViszChir_Re1_Zuord_Schlussbericht_Pub_20160209_d_DEF.docx

Zusammenfassung

Ausgangslage

Im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) wurden die grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe erstmals 2013 als medizinischer Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) zugeordnet. Gleichzeitig erfolgten die ersten Leistungszuteilungen in fünf hochspezialisierten viszeralchirurgischen Teilbereichen an verschiedene Zentren. Diese Entscheide und die damit verbundenen provisorischen und definitiven Leistungsaufträge sind bis zum 31.12.2015, resp. 31.12.2017 befristet.

Vorgehen

Aufgrund der zeitlichen Befristung der Leistungsaufträge und der eingereichten Beschwerden wird das gesamte Gebiet der hochspezialisierten viszeralen Chirurgie einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen. Für die Reevaluation wird das vom Bundesverwaltungsgericht (BVGer) vorgegebene zweistufige Verfahren zur Anwendung kommen, welches zwischen der Zuordnung eines Leistungsbereichs zur HSM und der Erteilung eines Leistungsauftrags an einen Leistungserbringer (Zuteilung) unterscheidet. Beim Zuordnungsverfahren wird die Fragestellung untersucht, ob der Bereich „Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie“ weiterhin der HSM zuzuordnen ist, d.h. die in der IVHSM festgelegten Einschlusskriterien erfüllt. Gegenstand des Verfahrens ist auch die Definition des HSM-Bereichs, d.h. die medizinische Umschreibung der ausgewählten Verfahren und Behandlungen, die unter den Geltungsbereich der IVHSM fallen. Der vorliegende Schlussbericht dient als Grundlage für die Zuordnung der „Komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie“ zur HSM gemäss IVHSM. Vorgängig zur Erteilung der neuen Leistungsaufträge wird zudem ein Bewerbungsverfahren durchgeführt, welches den interessierten Leistungserbringern die Möglichkeit bietet, sich für einen Leistungsauftrag neu zu bewerben.

Innerhalb der Viszeralchirurgie wurden fünf komplexe hochspezialisierte Teilbereiche ausgewählt, welche die Einschlusskriterien zur HSM gemäss Art. 1 Abs. 1 IVHSM erfüllen und für welche wissenschaftliche Evidenz vorhanden ist, dass Spitäler mit grösseren Behandlungsvolumina eine niedrigere Mortalität und bessere Langzeitergebnisse aufweisen. Im Rahmen der Neubeurteilung wurde die Leistungsdefinition insbesondere bei der Resektion des tiefen Rektums, der Leberresektion und der bariatrischen Chirurgie unter fachlichen Gesichtspunkten umfassend überarbeitet, um eine bessere Abgrenzung der hochspezialisierten Interventionen von den spezialisierten Eingriffen zu erzielen. Das Resultat dieser Bestrebungen sind die überarbeiteten Definitionen der hochspezialisierten Teilgebiete der komplexen Viszeralchirurgie als auch die HSM-Listen der dazugehörenden Eingriffe in der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP).

Die fünf ausgewählten hochspezialisierten Teilbereiche umfassen die folgenden viszeralchirurgischen Behandlungen:

- Oesophagusresektion;
- Pankreasresektion;
- Leberresektion;
- Tiefe Rektumresektion;
- Komplexe bariatrische Chirurgie.

Resultate der Vernehmlassung

Die erarbeitete Definition wurde im April 2015 zur Vernehmlassung unterbreitet. Die überwiegende Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer begrüsst die Zuordnung des Bereichs der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie zur HSM gemäss IVHSM vollumfänglich oder zumindest dem Grundsatz nach, wobei seitens der Befürworter z.T. auch Vorbehalte angebracht wurden, insbesondere für die tiefe Rektumresektion und die komplexe bariatrische Chirurgie. Die Zustimmung zu den Vorschlägen des Fachorgans liegt je nach Bereich bei rund 90% (Oesophagus-, Leber-, Pankreasresektion) bzw. 73% (tiefe Rektumresektion) und 64% (komplexe bariatrische Chirurgie). Die Zuordnung der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie in ihrer Gesamtheit (alle 5 Teilbereiche) lehnen nur fünf Stellungnehmende ab.

Beschreibung des HSM-Bereichs

Oesophagusresektion

Das HSM-Fachorgan empfiehlt in diesem Bereich die bereits seit 2013 bestehende, gut etablierte HSM-Definition weiterzuführen und verzichtet darauf weitere Eingriffe, wie z.B. die totale Gastrektomie (Therapie beim Adenokarzinom des gastro-oesophagealen Übergangs Typ Siewert II) in die HSM einzuschliessen. Der Einschluss der totalen Gastrektomie würde den HSM-Bereich wesentlich erweitern, da damit auch die Behandlung weiter distal gelegener Magenkarzinome (Bsp. Atrumkarzinom vom diffusen Typ) betroffen wäre. Das HSM-Fachorgan befürwortet die Fokussierung auf die Oesophaguschirurgie beizubehalten, anerkennt jedoch, dass die Behandlung von allen Adenokarzinomen und Tumoren am gastro-oesophagealen Übergang höchste Anforderungen an die behandelnden Teams stellen und die Behandlung der betroffenen Patienten aus Gründen der Qualitätssicherungen nur an Spitälern durchgeführt werden sollten, welche über die entsprechende Erfahrung und Expertise verfügen. Das Fachorgan empfiehlt den betroffenen Fachgesellschaften (SGC, SGVC) Richtlinien für die Behandlung der betroffenen Patienten zu erarbeiten.

Pankreasresektion

Das HSM-Fachorgan empfiehlt auch in diesem Bereich die bereits seit 2013 bestehende, gut etablierte HSM-Definition weiterzuführen und verzichtet darauf neue experimentelle Verfahren, wie die offene Nanoknife-Ablation (bspw. für Pankreasresektion) in die HSM einzuschliessen. Es handelt sich hierbei um ein neues Verfahren, dessen Wirksamkeit und Zweckmässigkeit (WZW-Kriterien) erst noch etabliert werden müssen. Aufgrund des neuen Operationskatalogs (CHOP 2016) wurden einzelne Anpassungen auf Ebene der CHOP/ICD Definition notwendig. Dies betrifft insbesondere die distale und die totale Pankreatektomie. Diese Anpassungen sind allerdings rein codiertechnischer Natur. Dank den neuen CHOP-Codes ist eine verbesserte Abbildung der HSM-Eingriffe möglich, d.h. eine verbesserte Unterscheidung zwischen komplexen und weniger komplexen Eingriffen.

Leberresektion

Das HSM-Fachorgan empfiehlt auch in diesem Bereich die bereits seit 2013 bestehende, gut etablierte HSM-Definition weiterzuführen. Im Bereich der Leberchirurgie kommt es im Operationskatalog (CHOP) für das Jahr 2016 zu einer umfassenden Neugestaltung, die erhebliche Anpassungen in der HSM-Definition, welche auf dem Operationskatalog 2015 basierte, notwendig machte. Dank der neuen Codes ist eine präzisere Definition des HSM-Bereichs mög-

lich, wodurch besser zwischen komplexen und weniger komplexen Eingriffen der partiellen Hepatektomie und der Lobektomie der Leber unterschieden werden kann.

Tiefe Rektumresektion

Unter die HSM fallen – mit Ausnahme der totalen Proktokolektomie – ausschliesslich Rektumresektionen bei bösartigen **tiefliegenden** Rektum- und Analtumoren (ICD C20 und ICD C21). Letztere bösartige Erkrankung wurde hinzugenommen, da sich anale Tumore vom Analkanal bis zum Rektum ausdehnen können. Das tiefe Rektum wird dabei definiert als 0 bis 12 cm ab Anokutanlinie und entspricht somit einer international anerkannten Definition. Zur besseren Abgrenzung der HSM-Eingriffe bei der **tiefen** Rektumresektion (d.h. 0 bis 12 cm ab anokutan) wurde ein Antrag beim Bundesamt für Statistik (BFS) zur Weiterentwicklung des Operationskatalogs (CHOP) eingereicht, der im Juli 2015 gutgeheissen wurde. Damit ist eine klare Abgrenzung der komplexen und damit HSM-Eingriffe von den weniger komplexen Eingriffen nun auch auf Ebene der Codierung möglich. Dank der diagnostischen Voruntersuchungen mittels starrer Rektoskopie und MRI im Rahmen der neoadjuvanten Therapie bzw. der Indikationsstellung wird gewährleistet, dass vor der Operation festgestellt werden kann, ob es sich um einen Eingriff handelt, welcher unter die HSM-Regelung fällt.

Bei den tiefen Rektumresektionen handelt es sich ausnahmslos um komplexe Eingriffe (Resektion und Rekonstruktion), welche hohe Anforderungen an die Operateure und Betreuungsteams stellen. Eingriffe am unteren Rektum (d.h. 0 bis 12 cm ab anokutan) sind technisch schwierig, setzen eine entsprechende Erfahrung voraus und benötigen interdisziplinäre, neoadjuvante Konzepte. Die gesamte Behandlungskette ist entscheidend, um die für den Patienten bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Der Kontinenzhalt steht dabei im Vordergrund. Komplikationen können die Lebensqualität der betroffenen Patienten in erheblichem Masse beeinträchtigen (Inkontinenz). Mit dem Einschluss der totalen Proktokolektomie in die HSM, wird berücksichtigt, dass die Behandlung mancher stark entzündlicher Krankheiten und der Polyposen technisch ebenfalls äusserst anspruchsvoll ist. Zudem handelt es sich um eine technisch äusserst anspruchsvolle Operation bei einer seltenen Indikation, welche nebst einer sorgfältigen Indikationsstellung ein erfahrenes Team benötigt, insbesondere auch für die z.T. lebenslange Nachsorge der betroffenen Patienten.

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde eine Vielzahl von Anträgen zum Einschluss weiterer Eingriffe in die HSM eingereicht, z.B. die Zulassung von Eingriffen aufgrund weiterer Diagnosen (z.B. gynäkologische und urologische Tumore). Das Fachorgan spricht sich für eine eng gefasste Definition der HSM-Eingriffe aus und eine Fokussierung auf tiefliegende, bösartige Rektumtumoren. Auf den Einschluss von neuen Techniken wie die transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM) wird verzichtet, da mit Ausnahme der *low risk* T1 Karzinome die Evidenz für die Wirksamkeit der Behandlung nicht gesichert ist.

Mit der neuen HSM-Definition, die aufgrund der neuen CHOP-Codes ermöglicht wurde, ist der HSM-Bereich deutlich enger gefasst und schliesst auch eine kleinere Anzahl Patienten ein (ca. 500 Patienten).

Komplexe Bariatrische Chirurgie

Die HSM-Definition beinhaltet einerseits die Durchführung von Eingriffen bei Patienten mit erhöhten Risikofaktoren, sog. Komplex-Patienten, die erhöhte Anforderungen an das multidisziplinäre Adipositas-Team stellen sowie andererseits Eingriffe mit erhöhtem Schwierigkeitsgrad, d.h. sog. Komplex-Eingriffe. Das Fachorgan empfiehlt grundsätzlich die von der Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) ausgearbei-

tete Definition der Komplex-Patienten (d.h. BMI ≥ 50 anstelle von BMI ≥ 60) und der Komplex-Eingriffe (inkl. distalen Bypass (CHOP 44.31.21, CHOP 44.31.22)) für die HSM zu übernehmen, um zu vermeiden, dass unterschiedliche Regelungen von Seiten Bundesamt für Gesundheit (BAG) und HSM bestehen. Das BAG legte fest, dass die Kosten für komplexe bariatrisch-chirurgische Eingriffe nur übernommen werden, wenn die Qualitätsanforderungen gemäss den SMOB-Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht erfüllt sind, inkl. Durchführung an einem Referenzzentrum. Mit dieser etwas weiter gefassten HSM-Definition werden anstatt rund 800 rund 1100 Patienten eingeschlossen. Das HSM-Fachorgan erachtet es als wichtig im Rahmen der HSM die bereits bestehende Regelung von Seiten des BAG zu unterstützen. Mit einer verbindlichen Regelung durch die HSM kann der konsequente Vollzug sichergestellt werden, wozu dem BAG zurzeit die rechtliche Grundlage fehlt.

Bei der bariatrischen Chirurgie liegt die Komplexität in den hohen Anforderungen an die Behandlungskette bzw. dem Patientenmanagement, d.h. die komplexe Vor- und Nachsorge der betroffenen Patienten, welche u.a. die korrekte Indikationsstellung und die z.T. lebenslange Nachsorge beinhaltet. Nur wenn dies sichergestellt ist, kann gewährleistet werden, dass der bariatrische Eingriff die gewünschte Langzeitwirkung aufweist, d.h. zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion führt. Bei rund einem Viertel der betroffenen Patienten wird diese Zielsetzung nicht erreicht.

Erfüllungsgrad der Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin

Das HSM Fachorgan ist der Ansicht, dass es sich bei allen fünf Teilbereichen nicht nur um komplexe Eingriffe, sondern insbesondere auch um anspruchsvolle Behandlungsketten handelt, welche hohe Anforderungen an das behandelnde Team stellen. Für die Indikationsstellung zur Operation, den operativen Eingriff, aber auch für die präoperative Vorbereitung und die postoperative Betreuung der Patienten, inklusive der Beherrschung allfälliger Komplikationen am Standort des Eingriffs, ist ein interdisziplinäres und hochspezialisiertes Team unerlässlich. Neben der erforderlichen Routine des Operationsteams bedarf es zudem spezieller technischer Einrichtungen. Schliesslich kann die ärztliche und pflegerische Weiterbildung in diesen Techniken nur in einem genügend grossen Team mit entsprechend hohen Fallzahlen in der notwendigen Qualität angeboten werden. Der Vergleich mit dem europäischen Ausland zeigt, dass die ausgewählten Teilbereiche der Oesophagus-, Pankreas-, Leber- und Rektumresektion und der bariatrischen Chirurgie auch in anderen europäischen Ländern im Zentrum der Konzentrations- und Koordinationsbestrebungen stehen und ein Leistungsauftrag aus Gründen der Behandlungsqualität mit der Bestimmung der Mindestfallzahlen pro Zentrum verbunden ist.

Die ausgewählten fünf Teilbereiche der Viszeralchirurgie umfassen in der Schweiz je nach Bereich zwischen rund 350 und 1100 Eingriffen pro Jahr und dementsprechend weniger als 1 % aller Operationen am Verdauungstrakt. Aufgrund der schweizweit geringen Fallzahlen, der erheblichen Behandlungskosten, des komplexen multidisziplinären Behandlungskonzepts und des damit verbundenen hohen personellen und technischen Aufwands sind verschiedene Anforderungen gemäss Art. 1 und Art. 4 IVHSM für einen Einschluss in die HSM erfüllt. Die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der oben erwähnten Behandlungen in einem spezialisierten Zentrum spiegelt sich zudem in der Verbesserung der Ergebnisqualität wider. Für die optimale Versorgung der betroffenen Patienten, ist auch weiterhin eine gesamtschweizerische Regelung im Rahmen der IVHSM zu befürworten. Dank der bestehenden HSM-Regelung und in enger Zusammenarbeit mit der eingesetzten Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie konnten in den letzten zwei Jahren mit der Einführung eines auditierten Qualitätsregisters, die notwendigen strukturellen Grundlagen geschaffen werden, um in

Zukunft über aussagekräftige Qualitätsdaten zu verfügen. Damit wurde ein wichtiger Grundstein zur Qualitätssicherung in diesem HSM-Bereich gelegt. Die Behandlung der betroffenen Patienten an wenigen Standorten ist nicht nur der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsergebnisse wegen erforderlich, sondern auch für die Sicherstellung der Weiter- und Fortbildung von Pflegenden und Ärzten, sowie zur Stärkung von Forschung und Förderung der Innovation in diesen Gebieten. Diese Aspekte tragen letztendlich zu einer Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit des Spitalstandorts Schweiz bei.

Empfehlung für den Zuordnungsentscheid

Das HSM-Fachorgan empfiehlt, die Zuordnung der fünf Bereiche der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie zur HSM weiterzuführen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Inhaltsverzeichnis	8
Auftrag	9
Vorgehen	9
Ansatz und Ergebnisse der Reevaluation	10
Resultate der Vernehmlassung	11
Beschreibung des HSM-Bereichs	20
Abbildung der HSM-Bereiche in den Klassifikationssystemen CHOP/ICD	20
Oesophagusresektion	21
Pankreasresektion	22
Leberresektion	23
Tiefe Rektumresektion	23
Komplexe bariatrische Chirurgie	25
Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin	28
Vergleich mit dem europäischen Ausland	28
IVHSM-Kriterien für die Zuordnung zur HSM	29
IVHSM-Kriterien in Bezug auf die komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie	29
Ausblick	34
Schlussbemerkung	34
Anhang	35
A1 Abbildung des HSM-Bereichs der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP und des internationalen Diagnoseverzeichnisses ICD.	35
A2 Literaturverzeichnis	47
A3 Abkürzung	49

Auftrag

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39^{2bis} KVG). Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM), wirksam seit dem 1. Januar 2009, unterzeichnet und sich damit im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse fest und definiert die Kriterien, welche eine Leistung erfüllen muss, um als hochspezialisiert zu gelten (siehe dazu Kapitel „Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin“). Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben schweizweit einen rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Art. 9 Abs. 2 der IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor. Mit der Vereinbarung haben die Kantone die Kompetenz, den Bereich der HSM zu definieren und zu planen, an das HSM-Beschlussorgan delegiert. Die IVHSM legt zudem verschiedene Grundsätze fest, welche bei der gesamtschweizerischen Planung zu beachten sind. Betroffen sind nur jene Leistungen, welche durch schweizerische Sozialversicherungen, insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4 IVHSM). Zur Erzielung von Synergien sind die zu konzentrierenden medizinischen Leistungen einigen wenigen universitären oder anderen multidisziplinären Zentren, welche die IVHSM-Kriterien erfüllen, zuzuteilen (Art. 7 Abs. 1 IVHSM). Für die Planung soll die Lehre und Forschung gebührend miteinbezogen und die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen berücksichtigt werden (Art. 7 Abs. 2 und 3 IVHSM).

Vorgehen

Die fünf medizinischen Teilbereiche der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie wurden bereits 2013 der HSM zugeordnet. Gleichzeitig erfolgten im Rahmen der IVHSM die ersten Leistungszuteilungen an die entsprechenden Zentren [1-5]. Diese Entscheide und die damit verbundenen provisorischen und definitiven Leistungsaufträge sind bis zum 31.12.2015, resp. 31.12.2017 befristet. Infolge der zeitlichen Befristung der Leistungsaufträge und der eingereichten Beschwerden wird das gesamte Gebiet der hochspezialisierten viszerale Chirurgie einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen Zuordnung (Definition des HSM-Bereichs) und Zuteilung (Erstellung der HSM-Spittalliste) unterscheidet. Aufgrund der Anforderungen an das neue, zweistufige Planungsverfahren gemäss Vorgaben des BVGer war es nicht möglich, die Reevaluation fristgerecht per 1. Januar 2016 umzusetzen.

Beim Zuordnungsverfahren wird die Fragestellung untersucht, ob der Bereich „Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie“ weiterhin der HSM zuzuordnen ist, d.h. die in IVHSM festgelegten Einschlusskriterien erfüllt. Gegenstand des Verfahrens ist auch die Definition des HSM-Bereichs, d.h. die medizinische Umschreibung der ausgewählten Verfahren und Behandlungen, die unter den Geltungsbereich der IVHSM fallen.

Der vorliegende Schlussbericht umschreibt den medizinischen Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie (in medizinischer Terminologie und im Operations- und Diagnoseverzeichnis (CHOP/ICD)) und erörtert die Relevanz der IVHSM-Kriterien für diesen Bereich. Damit stellt dieser Bericht die Entscheidungsgrundlage für die Weiterführung der Zuordnung zur HSM dar. Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens wurde unter Einbezug eines breiten Adressatenkreises die Möglichkeit geboten, zur Auswahl und Definition des HSM-Bereichs Stellung zu nehmen¹. Die vorgebrachten Stellungnahmen wurden in einem Ergebnisbericht² systematisch zusammengestellt. Der Ergebnisbericht wird auf der Webseite der GDK³ veröffentlicht. Der vom Beschlussorgan gefasste Zuordnungsbeschluss wird im Bundesblatt publiziert. Nach erfolgter Zuordnung wird die zweite Phase der Planung zur Leistungszuteilung eingeleitet, welche sich auf die im Rahmen des Zuordnungsverfahrens verabschiedete HSM-Definition stützt. Vorgängig zur Erteilung der neuen Leistungsaufträge wird ein Bewerbungsverfahren durchgeführt, welches den Spitälern Gelegenheit bietet, sich (erneut) für einen Leistungsauftrag zu bewerben.

Ansatz und Ergebnisse der Reevaluation

Die Neu Beurteilung, ob der Bereich „Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie“ der HSM weiterhin zuzuordnen ist, basierte auf der Betrachtung der folgenden Kernelemente:

- Überprüfung der Definition der hochspezialisierten Behandlungen, d.h. welche Bereiche der Eingriffe und Therapien als hochspezialisiert einzustufen sind;
- erneute Untersuchung des Erfüllungsgrads der IVHSM-Kriterien gemäss Art. 1 IVHSM;
- ergänzende Berücksichtigung des Erfüllungsgrads der IVHSM-Kriterien gemäss Art. 4 Abs. 4.

Am 5. Mai 2015 wurde die Definition dieses HSM-Bereichs und die Überlegungen bzgl. der Zuordnung im erläuternden Bericht vom 9. April 2015⁴ einem breiten Adressatenkreis zur Stellungnahme vorgelegt. Die Resultate der Vernehmlassung und die daraus resultierenden wichtigsten inhaltlichen Anpassungen sind summarisch im Kapitel „Resultate der Vernehmlassung“ dargestellt. Die ausführliche Zusammenstellung der eingetroffenen Stellungnahmen findet sich im Ergebnisbericht². Auf Basis der Ergebnisse der Vernehmlassung enthält der vorliegende Bericht die definitiven Empfehlungen des HSM-Fachorgans für die Zuordnung der beschriebenen Behandlungen zur HSM.

¹ Vernehmlassung zur Zuordnung des HSM-Bereichs „Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie“ vom 5. Mai 2015

² Vernehmlassung zur Zuordnung des HSM-Bereichs „Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie“ vom 5. Mai 2015, Ergebnisbericht vom 21. Januar 2016.

³ www.gdk-cds.ch

⁴ „Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie“, Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin vom 9. April 2015

Resultate der Vernehmlassung

Ergebnisse betreffend alle 5 Teilbereiche

Zur Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren wurden die 26 Kantone, 80 Spitäler, 6 Versicherer(verbände), die Dekanate der medizinischen Fakultäten der 5 Universitäten mit Universitätsspital, 23 Fachverbände, Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen sowie 4 weitere Stakeholder eingeladen. Insgesamt sind beim HSM-Projektsekretariat 111 Stellungnahmen eingetroffen, davon 79 als ausgefüllte standardisierte Fragebögen sowie 32 Stellungnahmen in einer anderen Form.

Die überwiegende Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer begrüsst die Zuordnung des Bereichs der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie zur HSM gemäss IVHSM vollumfänglich oder zumindest dem Grundsatz nach (Tabellen 1-5), wobei seitens der Befürworter z.T. auch Vorbehalte angebracht wurden. Die Zuordnung der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie in ihrer Gesamtheit (alle 5 Teilbereiche) lehnen nur fünf Stellungnehmende ab.

In Bezug auf die Definition dieses HSM-Bereichs begrüssen einige Stellungnehmende die Operationalisierung der Definition in den Klassifikationssystemen ICD/CHOP, weil dies eine klare Identifizierung der HSM-Leistungsaufträge erlaube. Im Gegensatz dazu zweifeln zwei Stellungnehmende an der Definition anhand von ICD- und CHOP-Codes, da aufgrund der laufenden Weiterentwicklung der Codes keine klare Definition der HSM-Bereiche gegeben sei. Bei der Betrachtung der IVHSM-Kriterien wünschen sich manche Vernehmlassungsteilnehmer einen höheren Detaillierungsgrad. Verschiedene Spitäler sowie weitere Stellungnehmende bemängeln, dass die Reevaluation nicht auf bereits erhobenen Daten in den Qualitätsregistern abgestellt wurde.

Ein paar Stellungnehmende heben die Bedeutung von Lehre, ärztlicher oder anderer Weiterbildungen sowie Forschung für die Gewährleistung des hochqualifizierten Nachwuchses in der HSM hervor.

Mehrfach genannt wird die Befürchtung, dass es aufgrund der HSM-Regulierung zu einer Mengenausweitung kommen könnte. Vor allem im Bereich der tiefen Rektumresektion ziehen deshalb gewisse Spitäler eine Ausweitung der HSM-Definition in Betracht, um Fehlanreize zu verhindern.

Schliesslich wird das zweistufig durchgeführte Verfahren (Trennung von Zuordnung und Zuteilung) von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmern explizit begrüsst.

Oesophagusresektion

Tabelle 1. Befürwortung der Zuordnung der Oesophagusresektion zur HSM

	Zustimmung	Ablehnung	Keine Stellungnahme
Kantone	21	0	3
Spitäler	32	3	16
Versicherer	2	0	1
Dekanate der medizini-	2	0	0

	Zustimmung	Ablehnung	Keine Stellungnahme
schen Fakultäten			
Fachverbände, Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen	2	2	8
Weitere	1	0	1
Total	60	5	29

Die Zuordnung der Oesophagusresektion zur HSM ist unbestritten. Die Kriterien für den Einschluss in die HSM seien für diesen Bereich erfüllt.

Vorbehalte bezüglich der Zuordnung zur HSM

Verschiede Spitäler sind der Meinung, die Definition des HSM-Bereichs sei zu umfangreich und schlagen verschiedenste spezifische Eingriffe vor, welche von der HSM-Definition auszunehmen seien – so z.B. Notoperationen und Palliativmassnahmen, Magen(teil)resektionen, abdominal durchgeführte Oesophaguseingriffe, Adenokarzinome Sievert Typ I bis III oder partielle Oesophagektomien. Bei den letzteren sei eine Unterscheidung zwischen mittlerem und distalem Drittel perioperativ oft schwierig, und deswegen sei eine Abgrenzung mit einem spezifischen CHOP-Code wünschenswert. Ebenfalls unklar sei, welche im Rahmen einer Gastrektomie vorgenommenen Oesophaguseingriffe zur HSM gehören.

Pankreasresektion

Tabelle 2. Befürwortung der Zuordnung der Pankreasresektion zur HSM

	Zustimmung	Ablehnung	Keine Stellungnahme
Kantone	21	0	3
Spitäler	31	7	13
Versicherer	2	0	1
Dekanate der medizinischen Fakultäten	2	0	0
Fachverbände, Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen	1	2	9
Weitere	1	0	1
Total	58	9	27

Auch die Zuordnung der Pankreasresektion zur HSM ist grundsätzlich unbestritten. Es handle sich hierbei um seltene Operationen mit einer hohen Komplikationsrate. Einige Spitäler begrüssen insbesondere die Aufnahme der Exzision der Ampulla Vaterin in die HSM. Ebenfalls

schlagen verschiedene Spitäler vor, auch nicht tumorale Pathologien und die pankreaserhaltende Duodenektomie (wofür jedoch noch kein eindeutiger CHOP-Code resp. Codekombination existiert) in die HSM miteinzubeziehen. Schliesslich stellen, nach Meinung von zwei Stellungnehmenden, auch neue Methoden wie die offene Ablation mit irreversibler Elektroporation (Nanoknife) von nichtresektablen Pankreas- und Lebertumoren HSM-Eingriffe dar.

Vorbehalte bezüglich der Zuordnung zur HSM

Mehrere Vernehmlassungsteilnehmer bringen Vorbehalte in Form von Eingriffen an, die von der HSM auszuschliessen seien. Dabei werden partielle Pankreasresektionen und Drainageoperationen, aber auch sonstige offene Operationen am Pankreas genannt. Zwei Spitäler würden einzig die neoplastischen Erkrankungen am Pankreas resp. die totale Pankreasresektion der HSM zuordnen. Ein Spital schlägt vor, die beiden Teilbereiche Pankreas und Leber im Rahmen der HPB-Chirurgie⁵ zu einem Teilbereich zusammenzufassen.

Eine Klinik ist mit der Zuordnung der distalen Pankreatektomie zur HSM nicht einverstanden und eine Fachgesellschaft stimmt der Zuordnung nur dann zu, wenn der Eingriff mit einem komplexen Zellaufbau verbunden ist oder wenn es sich um die Eingriffe „Proximale Pankreatektomie, duodenumerhaltend“ bzw. „Plastische Rekonstruktion des Ductus pancreaticus, laparoskopisch“ handelt. Vier Spitäler sprechen sich aus diversen Gründen gegen eine Zuordnung der Pankreasresektion zur HSM aus: Einfache Eingriffe wie die Pankreaslinksresektion oder die Enukleation sowie palliative Eingriffe gehörten nicht zur HSM. Andererseits würden gutartige Erkrankungen der HSM zugeordnet; dies wird als nicht zielführend erachtet. Zudem wird das Kriterium der Seltenheit – auch aufgrund der stark zunehmenden Inzidenz von Tumoren am Pankreas – als nicht erfüllt angesehen.

Leberresektion

Tabelle 3. Befürwortung der Zuordnung der Leberresektion zur HSM

	Zustimmung	Ablehnung	Keine Stellungnahme
Kantone	21	0	3
Spitäler	32	3	16
Versicherer	2	0	1
Dekanate der medizinischen Fakultäten	2	0	0
Fachverbände, Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen	1	2	9
Weitere	1	0	1
Total	59	5	30

⁵ Leber-, Bauchspeicheldrüsen- und Gallenwegschirurgie

Die Zuordnung der Leberresektionen zur HSM wird von der überwiegenden Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer befürwortet. Der Einschluss der Gallenwegstumoren wird begrüsst. Verschiedene Spitäler sprechen sich für eine Ausweitung des HSM-Bereichs aus: So gehörten bspw. auch der parenchymsparende Eingriff, Operationen an der zirrhotischen Leber, lokale Exzisionen sowie Wiederengriffe zur HSM. Auch Endozystenentfernungen, Segmentresektionen sowie atypische Resektionen sollten der HSM zugeordnet werden, wobei bezüglich dieser drei Eingriffe ein anderes Zentrumspital gegenteiliger Meinung ist.

Vorbehalte bezüglich der Zuordnung zur HSM

Zwei Kantone und drei Spitäler geben zu bedenken, bilobäre Eingriffe würden keine hochspezialisierten Eingriffe darstellen. Zwei weitere Spitäler sprechen sich gegen eine Zuordnung mehrerer CHOP-Codes der partiellen Hepatektomie aus. Auch die Lobektomie G (2 Segmente) gehört laut einem weiteren Spital nicht zur HSM. Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmer lehnen die Zuordnung der Leberzysten-Fensterung ab, da es sich um einen Eingriff mit mittelmässiger Komplexität, einer niedrigen Morbidität und guter Prognose handelt.

Mehrere Spitäler und eine Fachgesellschaft verlangen eine Präzisierung der Definition: Die Unterscheidung zwischen atypischen und lokalen Resektionen sei nicht klar und die HSM-Definition erlaube keine eindeutige Trennung zwischen komplexen und nicht komplexen Lebereingriffen. Ferner seien gewisse CHOP-Codes der partiellen Hepatektomie (insbesondere Z50.22.10) nicht klar definiert und die verbal-medizinische Beschreibung stimme nicht mit jener auf Ebene ICD/CHOP überein. Ein paar Stellungnehmende schlagen deshalb eine neue Definition vor, bei der sämtliche Hepatektomien zur HSM gehören, ausser „oberflächlicher (< 2 cm von der Leberkapsel entfernt), nicht anatomischer Resektionen in den Segmenten 3, 4 caudal, 5 und 6, bei einem Patienten mit weniger als drei Läsionen.

Eine Fachgesellschaft lehnt zwar die Zuordnung der Leberresektionen zur HSM ab, jedoch sei eine Zuordnung bei Resektionen von Schäden der Leber oder der Pfortaderhauptäste aufgrund eines Tumors oder Krankheiten (wie sie von Fuchsbandwurm ausgelöst werden können) nicht ausgeschlossen. Ebenso könnte eine Resektion im Rahmen einer fortgeschrittenen Leberzirrhose (Child-Pugh-Stadium C) zur HSM zählen. Ein paar wenige Spitäler sind gegen eine Zuordnung weil sie die Unterscheidung in gut- und bösartige Lebertumore als nicht sinnvoll erachten.

Tiefe Rektumresektion

Tabelle 4. Befürwortung der Zuordnung der tiefen Rektumresektion zur HSM

	Zustimmung	Ablehnung	Keine Stellungnahme
Kantone	14	7	3
Spitäler	31	18	2
Versicherer	1	1	1
Dekanate der medizinischen Fakultäten	2	0	0
Fachverbände, Fachorganisationen und andere	2	3	7

re interessierte Organisationen			
Weitere	1	0	1
Total	51	29	14

Die meisten Vernehmlassungsteilnehmer begrüßen im Grundsatz die Zuordnung der tiefen Rektumresektion bei einer bösartigen Neubildung zur HSM. Einige wenige Stellungnehmende sind vorbehaltlos einverstanden, andere begrüßen grundsätzlich die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche, sind allerdings mit der im Zuordnungsbericht erwähnten Definition des Fachbereichs nicht einverstanden. Von Gegnern als auch Befürwortern der Zuordnung wird insbesondere die Grenze 12 cm ab anokutan als arbiträr beanstandet. Von verschiedenen Spitälern wird hierzu vorgeschlagen, Resektionen von Karzinomen des oberen Rektumdrittels ebenfalls einzuschliessen, d.h. die Grenze nicht bei 12 sondern bei 16 cm festzulegen. Manche Stellungnehmenden haben sich explizit für eine Grenze bei 12 cm ausgesprochen und unterstützen die Bemühungen um Anpassung des ICD- und CHOP-Katalogs zur Unterscheidung des tiefen Rektums vom obersten Drittel des Rektums.

Weitere von Zentrumspitälern und Grundversorgern vorgebrachte Vorschläge für eine Ausweitung des HSM-Bereichs beinhalten die transanale mikrochirurgische Tumorresektion, die transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM) zur Behandlung von T1 Karzinomen oder die totale Kolektomie und Protokolektomie, wobei es auch Stimmen gegen eine Zuordnung der beiden Letztgenannten gibt. Mehrere Spitäler und zwei weitere Stellungnehmende plädieren schliesslich dafür, Resektionen des tiefen Rektums aufgrund von Verwachsungen mit anderen Organen mit bösartigen Neubildungen auch in die HSM aufzunehmen und dafür eine Erweiterung des Kriteriums der Diagnose auf C21.8 und C19⁶ zu prüfen.

Vorbehalte bezüglich der Zuordnung zur HSM

Die Befürworter der Zuordnung bringen verschiedene Vorbehalte bezüglich der Zuordnung vor: Im Gegensatz zum oben erwähnten Vorschlag der Ausweitung schlägt ein Spital vor, nur Resektionen des distalen Rektumdrittels der HSM zuzuordnen und laut einem anderen Spital würde lediglich eine Definition des tiefen Rektums von ≤ 7 cm ab anokutan der HSM gerecht werden. Gemäss einem weiteren Spital gehört die anteriore Rektumresektion mit gleichzeitiger Kolostomie nicht in diesen Teilbereich. Wieder andere Spitäler wünschen sich eine Präzisierung, wie die CHOP-Position „Anastomose zum Anus“ zu verwenden sei, und wie transanal resezierbare, sehr tiefe T1 Rektumkarzinome klassiert werden.

Drei Vernehmlassungsteilnehmer sprechen sich für eine Abgrenzung der Rektumchirurgie gemäss Deutscher Krebsgesellschaft aus: Tumoruntergrenze bei bösartiger Neubildung (ICD 20) mit Tumorrhöhe ≤ 12 cm ab anokutan (gemessen mit starrer Rektoskopie). Zwei weitere Stellungnehmende hingegen würden jeden Tumor ≤ 10 cm vom oberen Rand des Analkanals einschliessen.

Auch die Gründe der Gegner sind mannigfaltig: Die Abbildung des HSM-Bereichs sei willkürlich, da es sich bei den Pathologien, die zu einer Resektion des tiefen Rektums führen, um

⁶ C21.8: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend; C19: Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

eine sehr heterogene Gruppe handle; weshalb aus dieser Gruppe nun über C20 die Rektumkarzinome herausgefiltert werden, sei unklar. Auch würden zu viele nicht-hochspezialisierte Eingriffe miteinbezogen, so bspw. aufgrund der auf 12 cm ab anokutan festgelegten Grenze ausnahmslos alle Rektumkarzinome. Diese Grenze sei arbiträr, da die gleichen operativen Techniken auch für höhergelegene Pathologien erforderlich seien. Dennoch würden einzelne Kliniken, die sich gegen eine Zuordnung des tiefen Rektums wie im Bericht definiert aussprechen, eine Zuordnung des unteren Rektumdrittels (< 6 cm) zur HSM befürworten. Mehrfach wird angemerkt, dass die Rektumchirurgie nicht getrennt von der Kolonchirurgie betrachtet werden könne, da die Grenze (Höhe der Resektion) fließend verläuft und Kolektomien nicht in den HSM-Bereich gehörten. Schliesslich wird analog zu den grossen resezierenden Lebereingriffen auch hier darauf hingewiesen, dass die Unterscheidung in gut- und bösartige Erkrankungen nicht sinnvoll sei, da die Operationstechniken nur wenig voneinander abweichen. Eine Fachgesellschaft empfiehlt eine alternative Definition wonach lediglich eine Resektion des Rektums subperitoneal im Rahmen einer Krebserkrankung mit Tumoren Stadium 4 oder eine Ausweitung eines bösartigen Tumors, die eine Exenteratio pelvis verlangt in die Liste der HSM-Bereiche aufgenommen werden solle. Zudem sollten Anal(Kanal)karzinome (ICD C21) und die urologischen und gynäkologischen Tumoren in Kombination mit den tiefen Resektionen auch zur HSM gehören.

Weitere Vorbehalte betreffen die Kriterien für die Zuordnung: Es handle sich hier um einen häufigen Eingriff. Auch die Evidenz für den Volume-Outcome-Effekt fehle für die tiefe Rektumresektion, die Laparoskopie sei bereits heute ein weit verbreitetes Verfahren und für den Einsatz des DaVinci-Systems bestünde bisher keine wissenschaftliche Evidenz.

Komplexe bariatrische Chirurgie

Tabelle 5. Befürwortung der Zuordnung der komplexen bariatrischen Chirurgie zur HSM

	Zustimmung	Ablehnung	Keine Stellungnahme
Kantone	15	5	4
Spitäler	24	15	12
Versicherer	1	1	1
Dekanate der medizinischen Fakultäten	2	0	0
Fachverbände, Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen	1	4	7
Weitere	1	0	1
Total	44	25	25

Ähnlich wie bei den tiefen Rektumresektionen begrüsst zwar die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer die Zuordnung der komplexen bariatrischen Operationen zur HSM, jedoch werden auch hier Vorbehalte gemacht: Auf starken Widerstand trifft speziell die Abweichung von den Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)-Empfehlungen und die Regulierung dieses Bereichs durch die IVHSM zusätzlich zu

den SMOB Regulierungen. Befürworter wie auch Gegner sprechen sich für die von der SMOB empfohlene BMI-Untergrenze von 50 kg/m² aus; dies weil (i) es nur wenige Hinweise dafür gibt, dass die Anhebung auf BMI 60 medizinisch berechtigt sein könnte, (ii) ein BMI > 60 im aktuellen ICD 10 nicht kategorisiert werden und somit nicht für die Definition komplexer Eingriffe dienen kann und (iii) der BMI die Komplexität eines Falles grundsätzlich nicht oder nur schlecht definiert.

Vorbehalte bezüglich der Zuordnung zur HSM

Befürwortende Spitäler unterschiedlicher Versorgungsniveaus schlagen spezifische Eingriffe vor, welche von der HSM-Definition auszuschließen seien. Beim Omega-Loop-Bypass, bariatrischen Re-Operationen und der Neuanlage einer Fusspunktanastomose handle es sich um Standardeingriffe, die nicht in den HSM-Bereich gehörten. Die beiden letzteren Eingriffe werden auch von Gegnern der Zuordnung nicht als HSM angesehen. Ein Spital empfiehlt den Ausschluss des distalen Magenbypasses von der HSM und kritisiert die widersprüchliche Abbildung dieses Eingriffs im Zuordnungsbericht: Einerseits wird er unter den malabsorptiven Eingriffen als komplex aufgeführt, andererseits als CHOP-Code ausgeschlossen. Weitere Spitäler beanstanden die Definition eines komplexen bariatrischen Patienten mittels ASA, Alter und BMI. Diese Kriterien seien unzureichend und ungeeignet, um zwischen „komplexen“ und „nicht komplexen“ Patienten zu differenzieren. Alternativ wird vorgeschlagen, die Definition auf das Edmonton Obesity Staging System (EOSS) [6]⁷ abzustellen oder die Abrechnungsdaten der zurückliegenden Jahre unter Berücksichtigung von Kriterien wie Gesamtverweildauer, Verweildauer auf Intensivstation, Beatmungsdauer oder PCCL⁸ zu verwenden.

Wie schon einzelne Befürworter, geben auch verschiedene Gegner an, eine Definition auf Basis von BMI und ASA-Score werde dem Gebot der quantitativen Bestimmtheit nicht gerecht. Die beiden Merkmale sind nicht Bestandteil der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS), weshalb ein Monitoring der bariatrischen Komplex-Patienten nicht möglich sei. Manche Spitäler empfehlen zur eindeutigen Definition des BMI-Kriteriums eine Erweiterung der Subkategorie E66.0-E66.9 mit z.B. "3" für BMI > 50 und "4" für BMI > 60. Ebenso wäre in diesem Zusammenhang ASA > 3 mit einem ICD-Code zu verschlüsseln (z.B. U69.xx). Eine Fachgesellschaft hingegen vertritt die Ansicht, dass die Komplexität in der Bariatrie ausschliesslich durch den mehrheitlich polymorbiden Adipositaspatienten und nicht allein über einen chirurgisch-handwerklichen Vorgang zu definieren ist. Als weitere Gründe für eine Ablehnung der Zuordnung wird das Nichterfüllen der IVHSM-Kriterien aufgeführt: Laut einem Spital gehören gar nur die Codes Z43.89.20, Z43.89.21, Z43.89.30 und Z43.89.31 (biliopankreatische Diversion des Magens) zur HSM, alle anderen entsprächen entweder Routine-Operationen, Revisionseingriffen oder gehörten überhaupt nicht in die Bariatrie. Uneinig sind sich die Gegner bei der malabsorptiven Chirurgie: Die Mehrheit ist der Ansicht, sie gehöre wegen der hohen fachlichen und personellen Ansprüche in der Nachbetreuung zur HSM, während ein Spital gegenteiliger Meinung ist. Manche Stellungnehmende finden derweil, der proximale und der distale Gastric Bypass seien gleich zu behandeln, da sie technisch und in der Nachsorge identisch sind. Der meistgenannte Kritikpunkt – neben der An-

⁷ Siehe auch „SMOB-Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht“, Punkt 9.6

⁸ Der PCCL (Patient Clinical Complexity Level) ist ein nach einer mathematischen Formel berechneter ganzzahliger Wert zwischen 0 und 4. Er bezeichnet den patientenbezogenen Gesamtschweregrad in medizin-ökonomischen Klassifikationssystemen wie beispielsweise den Diagnosis Related Groups (DRGs).

hebung des BMIs – ist schliesslich, dass die Regulierungskompetenz bei der SMOB liege und eine zusätzliche Regelung seitens der IVHSM nicht notwendig sei.

Fazit

Alle 5 Teilbereiche

Die Resultate der Vernehmlassung bestätigen, dass die komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie nach wie vor der HSM zuzuordnen ist. Es war dem HSM-Fachorgan und der Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie ein Anliegen, die bereits bestehende und in der Praxis etablierte Definition möglichst beizubehalten, jedoch auch notwendige Anpassungen in der Definition vorzunehmen, nicht zuletzt aufgrund der Vorschläge der Vernehmlassungsteilnehmenden. Die Präzisierung beinhaltet sowohl die fachlich-medizinische Umschreibung als auch die Operationalisierung der Definition auf der Ebene CHOP/ICD. Aufgrund der Anpassungen⁹ im Operationskatalog CHOP 2016 [7] ist in vielen Bereichen eine bessere Unterscheidung zwischen den komplexen und den weniger komplexen Eingriffen und damit eine präzisere HSM-Definition möglich. Die Definition der HSM-Bereiche anhand der Klassifikationssysteme CHOP/ICD wurde anhand des CHOP 2016 entsprechend überarbeitet. Da die CHOP-Codes für 2016 erst im Juli 2015 vom BFS publiziert wurden, war es zum Zeitpunkt der Vernehmlassung (Mai 2015) nicht möglich, die Definition der HSM-Bereiche bereits abgestützt auf die CHOP-Klassifikation 2016 in die Vernehmlassung zu schicken.

Das HSM-Register für die Viszeralchirurgie wurde auf 1. Juli 2014 eingeführt. Der kurze Erhebungszeitraum war nicht ausreichend, um verlässliche Daten zu erhalten, auf die im Rahmen der Reevaluation hätte abgestützt werden können. Auch sind verschiedene Massnahmen zur Qualitätssicherung notwendig, um die Qualität der Datengrundlagen sicherzustellen. Diese Massnahmen erfolgen in enger Zusammenarbeit mit der Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie und beinhalten die Auditierung des HSM-Registers, welche im Oktober 2015 gestartet wird. Als weitere Qualitätsmassnahme ist die Sicherung der Qualität der Indikationsstellung vorgesehen, um unerwünschte Mengenausweitungen und damit unnötige Operationen zu vermeiden.

Oesophagusresektion

Die Präzisierung der fachlich-medizinischen Beschreibung (vgl. S. 21) soll Klarheit in Bezug auf die Interpretation der Definition schaffen. Nebst der Hervorhebung der hohen Anforderungen bei den Eingriffen im distalen und mittleren Drittel, wurde auch der Ausschluss der Mikroanastomose aus der HSM hervorgehoben und die Definition bezüglich der Tumoren am gastro-oesophagealen Übergang (Siewert I bis III) detaillierter umschrieben (vgl. S. 21). Beim Letzteren verzichtet das Fachorgan und die Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie auf den Einschluss der totalen Gastrektomie in die HSM.

Pankreasresektion

⁹ Für umfassende Informationen zu den jährlichen Anpassungen des Operationskatalogs, insbesondere zu den Anpassungen für das Jahr 2016 verweisen wir auf die Homepage und die entsprechende Dokumentation des BFS, welches für den CHOP-Katalog verantwortlich ist.

Das Fachorgan und die Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie ist nach wie vor der Ansicht, dass die anspruchsvollen partiellen Pankreasresektionen Bestandteil der HSM sind. Hingegen sind die Drainageoperationen oder auch die pankreaserhaltende Duodenektomie und die palliativen Eingriffe weiterhin nicht als HSM taxiert (vgl. S. 22).

Leberresektion

Die Neugestaltung des CHOP-Katalogs für das Jahr 2016, welcher eine stärkere Ausdifferenzierung der Leberresektionen beinhaltet, ermöglicht eine bessere Unterscheidung zwischen komplexen Lebereingriffen (grössere lokale sowie anatomische Leberresektionen) und nicht-komplexen Lebereingriffen (bspw. kleine Leberresektionen von 1-2 Herden - je bis zu 4 cm und Leberzystenresektion) (vgl. S. 23).

Tiefe Rektumresektion

Das Fachorgan und die Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie bekräftigen nach wie vor die Zuordnung der tiefen Rektumkarzinome zur HSM gemäss der IVHSM-Kriterien (vgl. S. 23.) und die Festlegung des tiefen Rektums bei 12 cm, welche sich auf international anerkannte Definition der tiefen Rektumkarzinome stützt (vgl. S. 23). Bestimmte Anmerkungen der Stellungnehmenden erübrigen sich aufgrund der Neugestaltung des CHOP-Katalogs für das Jahr 2016 (bspw. die Präzisierung der Verwendung der CHOP-Position „Anastomose zum Anus“). Der Vorschlag, die urologischen und gynäkologischen Tumore zur HSM zuzuordnen, wird vom Fachorgan vorerst abgelehnt. Diese Tumore werden jedoch zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen der Gesamtbetrachtung der Krebserkrankungen geprüft.

Komplexe bariatrische Chirurgie

Aufgrund der zahlreichen Rückmeldungen der Vernehmlassung beschlossen das Fachorgan und die Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie, die SMOB-Definition der komplexen Eingriffe und der Komplex-Patienten vollumfänglich zu übernehmen (demensprechend auch den distalen Bypass und der Einschluss von Patienten mit einem BMI ≥ 50). Zudem sollen die Revisionseingriffe, Re-Operationen, jedoch auch experimentelle Eingriffe wie Omega-Loop-Bypass und die Neuanlage einer Fusspunktanastomose Bestandteil der HSM bleiben (vgl. S. 25).

Weil die von der SMOB definierten Risikofaktoren (BMI und ASA-Score) derzeit nicht in den Klassifikationssystemen (Routinedaten) abbildbar sind, wird das Fachorgan eine Arbeitsgruppe einsetzen, mit dem Auftrag, die komplexen Patienten aufgrund weiterer Charakteristika (Risikofaktoren, Komorbiditäten) in den Routinedaten abzubilden, welche ein schweizweites Monitoring der Leistungserbringung erlauben.

Beschreibung des HSM-Bereichs

Im Jahr 2013 wurde die Viszeralchirurgie erstmals verbindlich im Rahmen der HSM geregelt. Es wurden fünf seltene und komplexe hochspezialisierte Teilbereiche der Viszeralchirurgie ausgewählt, bei welchen aus medizinischer Sicht eine verstärkte Koordination und Konzentration der Leistungserbringung als sinnvoll erachtet wurde. Dabei handelt es sich um die Teilbereiche:

- Oesophagusresektion,
- Pankreasresektion,
- Leberresektion,
- Tiefe Rektumresektion,
- Komplexe bariatrische Chirurgie.

Diese fünf Teilgebiete setzen sich aus hoch-spezialisierten komplexen Eingriffen zusammen, welche ein hohes Komplikationsrisiko aufweisen und entsprechend hohe Anforderungen an das behandelnde Team und die Infrastruktur stellen, resp. bei welchen wissenschaftliche Evidenz vorliegt, dass grössere Behandlungsvolumina pro Spital zu einer besseren Ergebnisqualität führen (vgl. auch Abschnitt „Wirksamkeit und Nutzen“ weiter unten).

Im Rahmen der Neubeurteilung des HSM-Gebiets „Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie“ wurden verschiedene Anstrengungen unternommen, um die hochspezialisierten Eingriffe und Behandlungsketten besser von solchen Eingriffen und Behandlungen abzugrenzen, welche weniger komplex und daher einer spezialisierten Versorgung bzw. Grundversorgung zuzurechnen sind und keiner interkantonalen Leistungskonzentration bedürfen. Die vom HSM-Fachorgan eingesetzte „Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie“ mit Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC), der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC) und der SMOB erarbeitete Lösungsvorschläge, um die fachliche Definition der HSM-Eingriffe zu verbessern. Dies bedeutet eine präzisere inhaltliche Abgrenzung der HSM-Eingriffe innerhalb der tiefen Rektumresektionen, der komplexen bariatrischen Chirurgie sowie - in geringerem Masse - der Leberresektionen. Um die Abbildung der HSM-Eingriffe auch auf Ebene des Operationskatalogs zu verbessern, wurden beim BFS Anträge für die Aufnahme von neuen CHOP-Positionen für das Jahr 2016 eingereicht. Die entsprechenden Anträge wurden vom BFS im Juli 2015 gutgeheissen.

Abbildung der HSM-Bereiche in den Klassifikationssystemen CHOP/ICD

Die im Mai 2015 zur Vernehmlassung unterbreiteten HSM-Definitionen beruhten auf dem Operations- und Diagnosekatalog (CHOP, ICD) aus dem Jahr 2015. Der CHOP-Katalog für das nächste Jahr wird jeweils im Juli vom BFS publiziert. Aufgrund dessen war es zum Zeitpunkt der Vernehmlassung im Mai 2015 nicht möglich, eine HSM-Definition basierend auf dem CHOP-Katalog 2016 zu unterbreiten, weil zu diesem Zeitpunkt der CHOP-Katalog 2016 noch nicht bekannt war. CHOP- und ICD Kataloge sind dynamische Gebilde. Fachgesellschaften, die FMH, der Dachverband der Spitäler (H+) sowie die GDK können beim BFS Anträge zur Weiterentwicklung des CHOP-Katalogs eingeben. Dies beinhaltet Anträge zur Schaffung neuer CHOP-Codes, zur weiteren Ausdifferenzierung bestehender CHOP-Codes (CHOP-Splitt) oder zur Streichung bestehender Codes. Für den Bereich der Viszeralchirurgie enthält der CHOP-Katalog 2016 substantielle Anpassungen, die in der vorliegenden Definition des HSM-

Bereichs berücksichtigt werden mussten. Die Anpassungen betreffen v.a. die HSM-Leber- und Rektumchirurgie und in geringerem Masse auch die Pankreaschirurgie. Auf diese Anpassungen wird in den entsprechenden Unterkapiteln dieses Berichtes hingewiesen.

Die als hochspezialisiert eingestuften Teilbereiche der Oesophagus-, Pankreas-, Leberresektion, der tiefen Rektumresektion und der komplexen bariatrischen Chirurgie sind unten stehend beschrieben und die zugehörigen Eingriffe (CHOP-Codes) im Anhang A1 aufgelistet. Bei der Systematik der CHOP-Liste im Anhang A1 gilt es zu beachten, dass die grau hinterlegten Felder Titel darstellen, die lediglich der Orientierung dienen. Diese CHOP-Positionen sind nicht aktiv codierbar. Aktiv codierbar sind einzig die weiss hinterlegten Felder. Einzelne CHOP-Positionen zählen nur in Kombination mit einer Diagnose (ICD) als HSM-Eingriff. Dies ist bei der tiefen Rektumresektion der Fall. In der Systematik ist dies bei den entsprechenden CHOP-Positionen entsprechend vermerkt (siehe dazu auch die Erläuterungen im Anhang A1).

Die unten stehende Beschreibung jedes Teilbereichs beinhaltet nebst den Anpassungen im Hinblick auf den CHOP-Katalog 2016 auch die aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung erforderlichen Anpassungen. Die Anpassungen erfolgten in Zusammenarbeit mit den Fachspezialisten aus der Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie.

Oesophagusresektion

Aufgrund der topographischen Lage des Oesophagus und dessen Funktion als ausschliessliches Transportorgan gehört die Oesophagusresektion beim Karzinom oder bei anderen Erkrankungen zu den aufwändigsten und technisch anspruchsvollsten Eingriffen der Viszeralchirurgie mit entsprechender hoher Komplikationsrate [8]. Eine Unterscheidung zwischen mittlerem und distalem Drittel ist perioperativ oft schwierig. Aus Gründen der Qualitätssicherung werden daher sowohl Eingriffe am mittleren wie am distalen Drittel in die HSM eingeschlossen. Insbesondere die chirurgische Tumorresektion bei Karzinomen im distalen und mittleren Drittel stellt hohe Anforderungen an den Viszeralchirurgen und das behandelnde Team. Die betroffenen Patienten benötigen zudem oftmals eine multimodale Behandlung mit entsprechenden Anforderungen an die Prozessqualität (z.B. interdisziplinäres Tumorboard).

Nicht unter diesen HSM-Bereich fallen rekonstruktive Eingriffe am Oesophagus. Es sei denn, es handle sich um die Interposition eines freien Dünndarmsegments mit mikrovaskulärer Anastomose an den Halsgefässen. Dies ist ein seltener Eingriff, der einen Mikrochirurgen, Viszeralchirurgen und meist auch einen ORL-Spezialisten benötigt. Ein solcher Eingriff kann unter dem bestehenden Code Z42.85 codiert werden.

Bezüglich den Tumoren am gastro-oesophagealen Übergang (Siewert I bis III), d.h. an der Cardia (Übergang Speiseröhre/Magen), welche z.T. transhiatal reseziert werden können, wird der HSM-Bereich dahingehend präzisiert, dass die CHOP-Positionen betreffend der (Teil-)Resektionen des Oesophagus (totale und partielle Oesophagektomie) weiterhin Bestandteil der HSM bilden (vgl. Anhang A1). Tumore am gastro-oesophagealen Übergang, welche transhiatal reseziert werden können, gehören in ein Spital, welches auch transthorakale Resektionen vornehmen darf. Zudem wird im aktuellen CHOP-Katalog keine Unterscheidung zwischen den beiden Operationsverfahren vorgenommen (vgl. Anhang A1). Die Behandlung von Kardiakarzinome/Adenokarzinome des gastro-oesophagealen Übergangs (insbesondere Siewert I und II) ist komplex und soll Bestandteil der HSM sein. Allerdings soll auf den Einschluss von Codes für die totale Gastrektomie (Magenresektion; Therapie beim Adenokarzinom des gastro-oesophagealen Übergangs Typ Siewert II) in die HSM verzichtet

werden. Im Rahmen dieses HSM-Bereichs soll eine Fokussierung auf die Oesophaguschirurgie erfolgen. Der Einschluss der totalen Gastrektomie würde den HSM-Bereich wesentlich erweitern, da damit auch die Behandlung weiter distal gelegenen Magenkarzinomen (Bspw. Atrumkarzinom vom diffusen Typ) betroffen wäre. Das HSM-Fachorgan anerkennt jedoch, dass die Behandlung von allen Adenokarzinomen und Tumoren am gastro-oesophagealen Übergang höchste Anforderungen an die behandelnden Teams stellen und die Behandlung der betroffenen Patienten aus Gründen der Qualitätssicherungen nur an Spitälern durchgeführt werden sollten, welche über die entsprechende Erfahrung und Expertise verfügen. Der Einschluss dieser Tumore in die HSM wird deshalb zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen einer Gesamtbetrachtung der gastrointestinalen Krebserkrankungen geprüft. Zwischenzeitlich empfiehlt das HSM-Fachorgan den betroffenen Fachgesellschaften (SGC, SGVC) Richtlinien für die Behandlung der betroffenen Patienten zu erarbeiten.

Pankreasresektion

Pankreasresektionen bei Karzinom, Krebsvorstufen (IPMN= intradukal papilläre muzinöse Neoplasie) oder chronischen Entzündungen sind technisch anspruchsvolle Eingriffe mit hoher Komplikationsrate. Aus Gründen der Qualitätssicherung sind alle partiellen oder totalen Pankreasresektionen an einem Zentrum mit entsprechender Erfahrung und Infrastruktur durchzuführen. Insbesondere partielle Pankreasresektionen (u.a. Pankreasschwanzresektionen) sind oftmals sehr anspruchsvoll und sollten bei grossen Tumoren zentral von der Portalvenenachse auf der Gerota'schen Faszie erfolgen. Bei kleinen Befunden bietet sich die laparoskopische milzerhaltende Resektion an. Beide Verfahren sind technisch anspruchsvoll und brauchen eine entsprechende Routine. Pankreasresektionen weisen zudem in 20-30% der Fälle eine Pankreasfistel auf. Das Management dieser Fisteln braucht entsprechende Erfahrung (u.a. in der interventionellen Radiologie) und bei gefährlichen Arosionsblutungen auch einen jederzeit abrufbaren erfahrenen Viszeralchirurgen.

Ebenfalls Bestandteil der HSM ist die Exzision der Ampulla Vateri. Pro Jahr müssen sich gesamtschweizerisch ungefähr 20 Patienten diesem Eingriff unterziehen. Die transduodenale Exzision der Papille ist eine seltene technisch anspruchsvolle Operation, die nach Erhalt der Histologie des Präparates (bspw. bei hochgradiger Dysplasie am Resektionsrand oder Vorliegen eines Adenokarzinoms) nicht selten in einer Pankreasresektion (Whipple) endet (zum Teil schon während der Operation, nach Erhalt des Schnellschnittes). Unter die HSM fällt nur die Exzision der Ampulla Vateri (mit Reimplantation des Ductus choledochus (CHOP-Code 51.62)). Die partiellen Papillenresektionen des Gastroenterologen fallen unter den CHOP-Code 51.64 „Endoskopische Exzision oder Destruktion einer Läsion von Gallenwegen oder Sphincter Oddii“ und sind nicht Bestandteil der HSM.

Palliative Operationen sind in der Regel keine Pankreasresektionen, sondern Hepatikojejunostomie und Gastroenterostomie oder biliodigestive Anastomosen. Diese palliativen Eingriffe sind in der Regel eine Domäne der interventionellen Gastroenterologie und sind nicht Bestandteil der HSM.

Die pankreaserhaltende Duodenektomie (Resektion der Pars I und III des Duodenum) ist weiterhin nicht Bestandteil dieses HSM-Bereichs. Dieser Eingriff stellt keine Pankreasresektion im engeren Sinne dar. Ebenfalls nicht in die HSM eingeschlossen werden neue experimentelle Verfahren, wie die offene Nanoknife-Ablation (bspw. für Pankreasresektion). Es handelt sich hierbei um ein neues Verfahren, dessen Wirksamkeit und Zweckmässigkeit (WZW-Kriterien) erst noch etabliert werden müssen. Das HSM-Fachorgan empfiehlt dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) dies im Rahmen eines HTA-Verfahrens im Rahmen der

Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) zu prüfen.

Die erforderlichen Anpassungen der HSM-Definition, welche auf dem Operationskatalog (CHOP) 2015 basierte, im Hinblick auf den neuen Operationskatalog 2016, betreffen insbesondere die distale und die totale Pankreatektomie. Die Auflistung der im 2016 codierbaren Eingriffe findet sich in Anhang A1.

Leberresektion

Im Bereich der Leberchirurgie kommt es im Operationskatalog (CHOP) für das Jahr 2016 zu einer umfassenden Neuausgestaltung, die erhebliche Anpassungen in der HSM-Definition, welche auf dem Operationskatalog 2015 basierte, notwendig macht (siehe Anhang A1; vgl. auch Erläuterungen in Fussnote 9). Die Neugestaltung des CHOP-Katalogs im Bereich der Leberchirurgie beinhaltet eine viel stärkere Ausdifferenzierung der Leberresektionen und ermöglicht dadurch eine verbesserte Unterscheidung zwischen komplexen und weniger komplexen Eingriffen der partiellen Hepatektomie und der Lobektomie der Leber und damit eine präzisere Umschreibung des HSM-Bereichs.

Die komplexe hochspezialisierte Leberchirurgie umfasst grössere lokale Leberexzisionen (Exzision von Tumoren mit einem Durchmesser von mehr als 4 cm oder gleichzeitige multiple Resektion von drei und mehr Herden) und anatomische Leberresektionen (inkl. Bisegmentektomie und Hemihepatektomien) sowie die Transektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen (ALPP).

Nebst der Behandlung von benignen Erkrankungen und gutartigen Tumoren beinhaltet die HSM auch die chirurgische Behandlung von (malignen) Tumoren der Gallenwege innerhalb und ausserhalb der Leber (einschliesslich der Gallenwegsbifurkation = Klatskin-Tumoren, cholangiozelluläres Karzinom).

Nicht komplexe Leberresektionen, wie kleinere Leberexzisionen (von 1-2 Herden, je bis zu 4 cm im Durchmesser), d.h. einfache nicht-anatomische Metastasektomien mittels Keilexzision, sind nicht Bestandteil der HSM. Dies erlaubt kleine Metastasen, die oft erst intraoperativ erkannt werden und durch eine "einfache" Exzision entfernt werden können, auch an Spitälern ohne HSM-Leistungsauftrag durchzuführen. Ebenfalls nicht Bestandteil der HSM sind Fenestrationen von Leberzysten und die Leberzystenresektion sowie Ablationen mit Nanoknife für Lebertumore (Z50.27). Bei letzteren handelt es sich um ein neues Verfahren, dessen WZW-Kriterien erst noch etabliert werden müssen. Das HSM-Fachorgan empfiehlt dem BAG, dies im Rahmen eines HTA-Verfahrens im Rahmen der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) zu prüfen.

Tiefe Rektumresektion

Die resezierende Rektumchirurgie ist indiziert bei chronisch entzündlicher Dickdarmkrankheit, bei familiärer Polyposis als Präkanzerose, bei endoskopisch nicht abtragbaren, meist flächigen, gutartigen Tumoren sowie bei bösartigen Erkrankungen. Die Konzentration der HSM in diesem Teilbereich betrifft – mit Ausnahme der totalen Proktokolektomie – ausschliesslich die chirurgische Resektion des Mastdarmes bei bösartigen tiefliegenden Rektum- und Analtumoren. Auch für diesen HSM-Teilbereich liegt gesicherte wissenschaftliche Evi-

denz vor, dass grössere Behandlungsvolumina zu einer besseren Ergebnisqualität führen (Volume-Outcome Effekt) [9-15].

Tiefe Rektumkarzinome werden in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedlich definiert. Nach der Union for International Cancer Control (UICC 2003) werden die Rektumkarzinome entsprechend ihrem Abstand von der Anokutanlinie in Karzinomen des oberen Rektumdrittels (12-16 cm), des mittleren Rektumdrittels (6-<12 cm) und des unteren Rektumdrittels (< 6 cm) unterteilt. Diese Unterteilung entspricht auch der „S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom“ der Deutschen Krebsgesellschaft.¹⁰ In den USA gelten als Rektumkarzinome diejenigen Tumore, die 12 cm und weniger von der Linea anocutanea entfernt sind. Begründet wird dies mit der deutlich höheren Lokalrezidivrate bei Tumoren unterhalb von 12 cm [16-18]. Die Festlegung des tiefen Rektums bei 12 cm ab ano entspricht somit einer international anerkannten Definition. Bei Eingriffen zur Behandlung eines tiefen Rektumkarzinoms handelt es sich ausnahmslos um komplexe Eingriffe (Resektion und Rekonstruktion), welche hohe Anforderungen an die Operateure und Betreuungsteams stellen.

Bei der Neubeurteilung dieses Teilbereichs wurde in Anlehnung an internationale Definitionen zum einen der Begriff „tiefes Rektum“ definiert, zum anderen wurde die HSM-Definition – mit Ausnahme der totalen Proktokolektomie – auf die Resektion des tiefen Rektums bei einem bösartigen Tumor begrenzt. Dementsprechend handelt es sich bei den HSM-relevanten, tiefliegenden Rektumtumoren ausschliesslich um Tumoren deren aboraler Rand bei der Messung mit dem starren Rektoskop von 0 bis 12 cm von der Anokutanlinie entfernt ist. Diese Definition ist unmissverständlich und lässt sich zudem mittels des obligaten MRI des Beckens bezüglich seiner individuellen Plausibilität gut überprüfen. Resektionen von Tumoren des oberen Rektumdrittels (12-16 cm) und damit auch Tumore am rektosigmoidalen Übergang bilden somit nicht Bestandteil der HSM. Eingriffe am unteren Rektum (d.h. 0 bis 12 cm ab anokutan) sind technisch erheblich schwieriger, setzen eine entsprechende Erfahrung voraus und benötigen interdisziplinäre, neoadjuvante Konzepte. Die Komplexität der Eingriffe und der erforderlichen Behandlungen bei der distalen Rektumchirurgie ist somit in erheblichem Masse erhöht. Karzinome des mittleren Drittels sind von Seiten der interdisziplinären Behandlung identisch zu denjenigen des unteren Drittels. Chirurgisch-technisch bestehen hierbei wenige Unterschiede, da auch beim mittleren Drittel eine totale mesorektale Exzision (TME) indiziert ist und somit eine tiefe, technisch manchmal schwierige Anastomose notwendig ist. Aus diesen Überlegungen wurde auf einen Einschluss von Eingriffen am oberen Rektum (>12cm) in die HSM verzichtet.

Beim BFS wurde von der GDK und der SGVC im 2014 ein Antrag zur Schaffung von neuen Codes in der Operationsklassifikation (CHOP) eingereicht, welche die tiefen anterioren Rektumresektionen bei einer bösartigen Neubildung abbilden. Damit wurden die Grundlagen geschaffen, um die HSM-Eingriffe am tiefen Rektum (0 bis 12 cm ab anokutan) von den weiteren (nicht-HSM) Eingriffen am Rektum abzugrenzen¹¹. Der Antrag wurde im Juli 2015 vom BFS gutgeheissen und die entsprechenden CHOP-Codes sind ab 2016 codierbar (siehe Anhang A1). Die CHOP-Liste zur Abbildung der HSM-Eingriffe wurde entsprechend überarbeitet und an den Operationskatalog 2016 angepasst. Unter die HSM fallen nur Resektionen von

¹⁰ S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 1.0 – Juni 2013, AWMF-Registernummer:021/007OL, DKG.

¹¹ Der beim BFS eingereichte Antrag beinhaltet eine Differenzierung zwischen (a) Rektumresektion bei bösartigen Neubildungen mit Tumordicke ≤ 12 cm, resp. (b) > 12 cm ab anokutan (gemessen mit starrer Rektoskopie) und (c) Rektumresektion bei allen anderen Pathologien. Lediglich die Eingriffe der tiefen Rektumkarzinome (≤ 12 cm ab ano) sind der HSM zuzurechnen.

tiefen Rektumtumoren, d.h. bei einer Höhe des aboralen Rands des Tumors unter oder gleich 12 cm, gemessen ab der Anokutanlinie mit dem starren Rektoskop.

Mit Ausnahme der totalen Proktokolektomie, welche als einziger Eingriff zur Behandlung von benignen Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Polyposen) in die HSM eingeschlossen wird, werden alle weiteren Eingriffe am tiefen Rektum nur bei einer bösartigen Neubildung des Rektums (ICD C20) oder bei einer bösartigen Neubildung des Anus und des Analkanals (ICD C21) in die HSM eingeschlossen. Letztere bösartige Erkrankung wurde hinzugenommen, da sich anale Tumore vom Analkanal bis zum Rektum ausdehnen können. Mit dem Einschluss der totalen Proktokolektomie in die HSM, wird berücksichtigt, dass die Behandlung mancher stark entzündlicher Krankheiten und der Polyposen technisch ebenfalls äusserst anspruchsvoll ist. Zudem handelt es sich um eine technisch äusserst anspruchsvolle Operation bei einer seltenen Indikation, welche nebst einer sorgfältigen Indikationsstellung, ein erfahrenes Team benötigt, insbesondere auch für die z.T. lebenslange Nachsorge der betroffenen Patienten. Zur verbesserten Abbildung dieses HSM-Eingriffs wurde von Seiten der SGVC ein Antrag zur Splittung des CHOP Codes Z45.8X.30 beantragt, welcher zurzeit sowohl für die totale intraabdominelle Kolektomie als auch die totale Proktokolektomie verwendet wird. Nur der letztere Eingriff stellt einen HSM-Eingriff dar.

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde eine Vielzahl von Anträgen zum Einschluss weiterer Eingriffe in die HSM eingereicht, z.B. die Zulassung von Eingriffen aufgrund weiterer Diagnosen (z.B. gynäkologische und urologische Tumore). Das HSM-Fachorgan spricht sich für eine eng gefasste Definition der HSM-Eingriffe aus und eine Fokussierung auf tiefliegende bösartige Rektumtumore. Für diese Eingriffe bestehen die Voraussetzungen für eine Überprüfung der Qualität der Eingriffe, da eine onkologische TME notwendig ist. Der Einschluss der Behandlung von gynäkologischen und urologischen Tumoren (inkl. Tumorchirurgie) wird zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen einer onkologischen Gesamtbetrachtung geprüft. Auf den Einschluss von neuen Techniken wie die TEM wird verzichtet, da mit Ausnahme der *low risk* T1 Karzinome die Evidenz für die Wirksamkeit der Behandlung nicht gesichert ist [19]. Der Code zur Anastomose ist in den geschaffenen Code der tiefen anterioren Rektumresektion, mit Anastomose, peranal (CHOP-Code 48.66.35), eingeflossen.

Bei der Resektion von bösartigen Neoplasien werden die neuen Codes 48.66.3 abgebildet bei einer Höhe des aboralen Rands des Tumors unter oder gleich 12 cm gemessen ab der Anokutanlinie mit dem starren Rektoskop. Muss im Rahmen der Resektion auch der After mitentfernt werden (= abdominoperineale Rektumresektion) so gelten die 48.5 Codes in Zusammenhang mit den Diagnose-Codes ICD C20 und C21.

Komplexe bariatrische Chirurgie

Ebenfalls bei der Neubeurteilung der hochspezialisierten bariatrischen Chirurgie wurden unter Einbezug der SMOB eine Überarbeitung der HSM-Definition und eine Eingrenzung der HSM-Eingriffe und der betroffenen Patientengruppen vorgenommen. Die hochspezialisierten Eingriffe stellen eine Teilmenge der bariatrischen Chirurgie dar, welche gemäss der Richtlinien der SMOB [20] nur an einem Adipositas-Referenzzentrum ausgeführt werden sollen. In den SMOB-Richtlinien sind die Anforderungen an die Referenzzentren im Hinblick auf Struktur- und Prozessqualität, inkl. Vernetzung mit Primärzentren aufgeführt.

Die Komplexität in der bariatrischen Chirurgie liegt in den hohen Anforderungen an die Behandlungskette bzw. dem Patientenmanagement, d.h. die komplexe Vor- und Nachsorge der betroffenen Patientinnen und Patienten, welche u.a. die korrekte Indikationsstellung und die

z.T. lebenslange Nachsorge beinhaltet. Nur wenn dies sichergestellt ist, kann gewährleistet werden, dass der bariatrische Eingriff die gewünschte Langzeitwirkung aufweist, d.h. zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion führt. Bei rund einem Viertel der betroffenen Patienten wird diese Zielsetzung nicht erreicht [21].

Die im Rahmen der HSM übernommene Definition stützt sich auf die Empfehlung der SMOB, welche einerseits die Durchführung von Eingriffen bei Patienten mit erhöhten Risikofaktoren, sog. **komplexe Patienten** umfasst, die erhöhte Anforderungen an das multidisziplinäre Adipositas-Team stellen sowie andererseits Eingriffe mit erhöhtem Schwierigkeitsgrad, d.h. sog. **Komplex-Eingriffe**, beinhaltet.

Als komplexe HSM-Fälle gelten die folgenden Patienten:

1. Patienten mit einem bariatrischen Eingriff, der als komplex gilt, unabhängig vom Alter, BMI und ASA¹² Score.

Die komplexen Eingriffe lassen sich wie folgt zusammenfassen [20]:

- Malabsorptive Eingriffe (Bilio-pankreatische Diversionsoperation, distaler Magenbypass)
- Bariatrische Re-Operationen (Verfahrenswechsel nach vorangegangener bariatrischer Operation)
- Revisionseingriffe, Korrekturingriffe und Reversionseingriffe (Wiederherstellung der ursprünglichen Anatomie)
- Zur Zeit als experimentell eingestufte Operationen (bspw. Minibypass)

Eine detaillierte Liste der komplexen Eingriffe unter Berücksichtigung der SMOB-Richtlinien von 2014 befindet sich im Anhang A1 [20].

Ausgehend von den Rückmeldungen der Vernehmlassung entschied das HSM-Fachorgan die Empfehlungen der SMOB hinsichtlich der Definition der Komplex-Eingriffe vollumfänglich zu übernehmen, d.h. auch den distalen Bypass (CHOP 44.31.21, CHOP 44.31.22) in die HSM einzuschliessen. Diese Verfahren werden nicht wegen des chirurgischen Schwierigkeitsgrades in die HSM eingeschlossen, sondern aufgrund der hohen fachlichen und personellen Ansprüche in der Nachbetreuung der betroffenen Patienten. Dies gilt auch für die weiteren malabsorptiv wirkenden Verfahren. Malabsorptive Eingriffe sind im Langzeitverlauf komplex und das Gesamtmanagement ist bei einem malabsorptiven Eingriff lebenslang höchst anspruchsvoll. Bei den HSM-Eingriffen in der Bariatrie sind somit nicht nur die Komplexität des Eingriffs massgebend, sondern auch die hohen Anforderungen an die lebenslange Nachsorge.

Revisionseingriffe und bariatrische Re-Operationen sollen weiterhin Bestandteil der HSM bleiben. Bei diesen Patienten liegt die Herausforderung in der korrekten Indikationsstellung und der Wahl der für den Patienten bestmöglichen Behandlung. Um eine umfassende Beurteilung der verfügbaren Alternativen vorzunehmen, gehören diese Patienten an ein Referenzzentrum. Beim Omega-Loop Bypass und der Neuanlage einer Fusspunktanastomose handelt es sich um experimentelle Eingriffe, welche an einem erfahrenen Referenzzentrum durchgeführt werden sollten.

¹² Risikostratifizierung gemäss American Society of Anesthesiology (ASA)

2. Patienten mit Alter > 65 oder $< 18^{13}$ und/oder BMI ≥ 50 und/oder ASA score > 3 mit irgendeinem, als bariatrisch definierten Eingriff (also auch sog. „einfache“ bariatrische Operationen wie bspw. ein Magenbypass).

Bei den sogenannten „Komplex-Patienten“ entschied das HSM-Fachorgan die von der SMOB vorgeschlagene Definition zu übernehmen, d.h. beim BMI die Grenze auf 50 abzusenken. Bereits die Versorgung von adipösen Patienten mit einem BMI von mehr als 50 stellt grosse Herausforderungen an die behandelnden Teams und an die erforderliche Strukturqualität für die Behandlung dieser Patienten dar, v.a. im Bereich der Intensivstation und der Anästhesie. Die von der SMOB definierten Risikofaktoren BMI und ASA-Score sind in dieser Form zurzeit nicht in den Klassifikationssystemen abbildbar und damit ist eine eindeutige Identifikation dieser Patienten in den Routinedaten (Klassifikationssystemen CHOP/ICD), bzw. eine Unterscheidung von „komplexen“ und „nicht-komplexen“ Patienten, zurzeit nicht möglich. Die HSM-Organen werden eine Arbeitsgruppe einsetzen, welche diese Patienten aufgrund weiterer Charakteristika und Risikofaktoren wie Komorbiditäten (z.B. metabolische Begleiterkrankungen wie Typ 2 Diabetes, Koronare Herzkrankheiten, Hypertonie, Herzinsuffizienz sowie Lungenkrankheiten und Niereninsuffizienz) zu umschreiben versucht. Ziel ist eine bessere Abbildung dieser Patienten in den Routinedaten (Klassifikationssystemen CHOP/ICD) und damit die Voraussetzungen für ein schweizweites Monitoring der Leistungserbringung zu schaffen. Bei dem Komplex-Patienten wird berücksichtigt, dass nebst dem chirurgisch-technischen Anspruch, der medizinische Betreuungsaufwand vor und nach dem bariatrischen Eingriff mindestens eine ebenso grosse Rolle spielt. Bei der HSM-Bariatrie handelt es sich somit um eine Kombination aus komplexen Patienten (mit Nebendiagnosen, etc.) und komplexen Operationen bei weniger komplexen Patienten.

Das HSM-Fachorgan erachtet es als wichtig, im Rahmen der HSM die bereits bestehende Regelung von Seiten des BAG¹⁴ zu unterstützen, welches festlegte, dass die Kosten für bariatrisch-chirurgische Eingriffe nur übernommen werden, wenn Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen den SMOB-Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht entsprechen. Durch den Einschluss in die HSM kann ein konsequenter Vollzug dieser Regelung verbindlich durchgesetzt werden.

¹³ Gemäss Richtlinie der SMOB vom 1.1.2014: Richtlinien für die Indikationsstellung bei Kindern und Adoleszenten unter 18 Jahren sind in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie in Vorbereitung. Indikationsstellung für Eingriffe bei Kindern/Adoleszenten (< 18 Jahre) nur gemeinsam mit einem adipositas-erfahrenen Kinder- und Jugendmediziner an einem pädiatrischen Adipositas-Kompetenzzentrum.

¹⁴ Die Regelung des BAG findet sich unter dem nachstehenden Link:
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02875/06498/?lang=de>.

Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin

Vergleich mit dem europäischen Ausland

Die Argumentation für eine verstärkte Konzentration und Koordination ist in verschiedenen europäischen Ländern vergleichbar mit derjenigen der Schweiz. Im Vordergrund steht die kontinuierliche Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität (der höhere Patientennutzen und bessere Behandlungsergebnisse) bei einem günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis. Durch eine Konzentration komplexer Eingriffe und Behandlungen können bspw. Risiken von Komplikationen gesenkt, das Wissen und Können in anspruchsvollen multidisziplinären Teams erhalten und kostspielige Infrastruktur effizienter genutzt werden.

Bei den Kriterien für die Konzentration von hochspezialisierten medizinischen Leistungen auf eine begrenzte Anzahl Zentren bestehen jedoch Variationen zwischen den verschiedenen europäischen Ländern. Eine Studie vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, durchgeführt im Auftrag der GDK zur Frage der Seltenheit als Kriterium für die Konzentration der HSM, vergleicht neben der Seltenheit auch weitere für die Konzentration der HSM-Leistungen ausschlaggebende Prinzipien [22]. Das am meisten verwendete Kriterium ist die Komplexität einer Intervention (6 Länder), gefolgt von den Kosten (5 Länder), der Seltenheit, dem hohen Risiko für ein negatives Behandlungsergebnis und strukturellen Anforderungen (je 4 Länder), die Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Anzahl durchgeführter Operationen und dem Behandlungsergebnis (2 Länder) und hohem Innovationspotential (nur in der Schweiz).

Die Seltenheit ist demnach in vier europäischen Ländern ein Kriterium, um Interventionen als HSM zu kategorisieren. Dabei wird in Dänemark und England die jährliche Fallzahl einer Intervention oder eines Krankheitsbildes, in Kombination mit den geplanten Mindestfallzahlen pro Zentrum, zur Bestimmung der Grösse eines minimal erforderlichen Einzugsgebiets oder der Anzahl von Zentren mit Leistungsauftrag verwendet. Bspw. wird in England die Seltenheit durch die Definition minimaler Einzugsgebiete von 1–4 Mio. quantifiziert. In diesem Sinn wird im untersuchten europäischen Ausland die Seltenheit nur implizit zur Berechnung der notwendigen Fallzahlen pro Zentrum verwendet, um eine hohe Qualität einer Intervention und die flächendeckende Versorgung aller Einwohner zu gewährleisten. Im Bereich der HSM, welche ebenfalls im Fokus der Zentralisierung in den anderen untersuchten 7 europäischen Ländern steht, beläuft sich der Median der jährlichen Mindestfallzahlen pro Zentrum auf 20 (mit Range von 10 bis 150), wobei die geforderten Mindestfallzahlen in der Schweiz durchwegs am tiefsten sind. Ein spezifischer nationaler Schwellenwert für die Seltenheit wird in keinem Land des untersuchten europäischen Auslands definiert, stattdessen bestimmte jedoch jedes der sechs untersuchten Länder Mindestfallzahlen pro Zentrum. Die allgemeine Akzeptanz der Beziehung zwischen Anzahl durchgeführter Interventionen in einem Zentrum und postoperativen Ergebnissen spricht aus medizinischer Sicht eindeutig für das Einführen der Mindestfallzahlen pro Zentrum [22].

In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen, wird ein nationaler Schwellenwert für die jährliche Anzahl Interventionen in der Schweiz nicht befürwortet. Stattdessen wird empfohlen, die jährliche Anzahl von Interventionen im Kontext anderer Kriterien zu beurteilen, welche in allen untersuchten Ländern bei der Zuordnung der medizinischen Eingriffe zur HSM längst angewendet werden – die Komplexität, die erforderlichen Behandlungsteams, das hohe

Risiko für ein unerwünschtes Behandlungsergebnis, die strukturellen Anforderungen und die Kosten [22].

IVHSM-Kriterien für die Zuordnung zur HSM

Unter die interkantonale Planung der HSM fallen diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, ihr markantes Innovationspotenzial, einen grossen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind (Art. 1 IVHSM). Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei dasjenige der Seltenheit immer vorliegen muss.

Für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche sind weiterhin Kriterien gemäss Art. 4 Abs. 4 IVHSM zu berücksichtigen, darunter die Wirksamkeit und der Nutzen, die technologisch-ökonomische Lebensdauer und die Kosten der medizinischen Leistung. Schliesslich ist die Relevanz für die Forschung und Lehre sowie für die internationale Konkurrenzfähigkeit zu betrachten.

IVHSM-Kriterien in Bezug auf die komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie

Seltenheit. Die vom HSM Fachorgan ausgewählten fünf Teilbereiche der Viszeralchirurgie umfassen zwischen rund 350 und 1100 Eingriffe pro Jahr in der Schweiz. Diese Eingriffe sind selten, denn diese Anzahl der Eingriffe entspricht weniger als 1 % aller Operationen am Verdauungstrakt [23]. Davon betrifft der Bereich der Oesophagusresektion in der Schweiz jährlich ungefähr 350 Patienten. Die hochspezialisierten chirurgischen Eingriffe am Pankreas werden pro Jahr bei etwa 745 Patienten durchgeführt. Bei rund 633 Menschen muss eine grosse Leberresektion, in ungefähr ca. 500 Fällen eine Resektion des tiefen Rektums¹⁵ durchgeführt werden [23]. Schliesslich umfasst die komplexe bariatrische Chirurgie jährlich rund 1098 komplexe Eingriffe sowie Eingriffe an Patienten mit erhöhten Risikofaktoren (sog. Komplex-Patienten) [24].

Innovationspotenzial. Therapeutische Interventionen und chirurgische Techniken werden immer mehr unter dem Gesichtspunkt der Traumaminimierung weiterentwickelt. In der Viszeralchirurgie wurden bisher klassische, operativ-chirurgische Indikationen durch schonendere laparoskopische (bspw. in der Rektumchirurgie), interventionell-gastroenterologische oder interventionell-radiologische und neuerdings auch perkutane Behandlungsansätze abgelöst [25]. Neue experimentelle Verfahren wie die Nanoknife-Ablation bspw. für Pankreasresektionen und die Behandlung von Lebertumoren, oder neue Techniken wie die TEM in der Rektumchirurgie, gilt es immer auch unter deren WZW-Kriterien zu beurteilen. Auch bei der Bariatrie handelt es sich um einen Bereich der Viszeralchirurgie bei dem laufend neue experimentelle Operationsverfahren entwickelt werden, so z.B. der Omega-Loop Bypass oder die Neuanlage einer Fusspunktanastomose. In der Rektumchirurgie und der Oesophaguschirurgie werden immer mehr Eingriffe minimal-invasiv in 3D-Technik durchgeführt und mit der neuesten Da Vinci Robotergeneration (xi, 2014) wer-

¹⁵ Die neuen Codes für die Abbildung der Resektion des tiefen Rektums wurden erst im CHOP-Katalog 2016 eingeführt. Folglich beruht die Fallzahl für das tiefe Rektum auf Experteneinschätzungen. Es wird davon ausgegangen, dass rund 500 Eingriffe am tiefen Rektum (≤ 12 ab anokutan) durchgeführt wurden und somit in den Geltungsbereich der HSM fallen.

den diese Eingriffe noch sicherer und übersichtlicher durchgeführt werden können. Dies bedeutet für die einzelnen Kompetenzzentren einen hohen materiellen Aufwand sowie die Erlangung der Kompetenz in diesen neuen Techniken. Aufgrund dieser Neuerungen hat sich auch die komplexe Viszeralchirurgie gewandelt.

Hoher personeller Aufwand. In erster Linie sind hochqualifizierte Fachärzte und andere erfahrene Fachkräfte mit einer 24/7 Verfügbarkeit notwendig, um die oben beschriebenen fünf viszeralchirurgischen Eingriffe durchzuführen [1-5]. Bei allen fünf Eingriffstypen, insbesondere bei der tiefen Rektumresektion und der totalen Proktokolektomie, handelt es sich um technisch äusserst anspruchsvolle Operationen, welche nebst einer sorgfältigen Indikationsstellung, ein erfahrenes Team benötigen, insbesondere auch für die z.T. lebenslange Nachsorge der betroffenen Patienten. Bei Patienten mit bösartigen Neubildungen ist der chirurgische Eingriff Teil einer multimodalen Therapie, welche ein hohes Mass an interdisziplinärer Koordination und Kooperation erfordert und bei seltenen Krebsarten im Rahmen klinischer Studien erfolgen sollte [26]. Für die ausgewählten Interventionen ist daher ein interdisziplinäres und hochspezialisiertes Team erforderlich, welches über grosse Erfahrung mit diesen komplexen Krankheitsbildern verfügt. Dies gilt nicht nur für den eigentlichen operativen Eingriff, sondern vor allem auch für die Indikationsstellung zur Operation, die präoperative Vorbereitung und die postoperative Betreuung der Patienten, inklusive der Beherrschung allfälliger Komplikationen am Standort des Eingriffs. Viele HSM-Eingriffe weisen hohe Komplikationsraten auf; so tritt bspw. bei Pankreasresektionen in 20-30% der Fälle eine Pankreasfistel auf. Das Management dieser Fisteln braucht entsprechende Erfahrung (u.a. in der interventionellen Radiologie) und bei gefährlichen Arosionsblutungen auch einen jederzeit abrufbaren erfahrenen Viszeralchirurgen.

Hoher technischer Aufwand. Neben der erforderlichen Routine des Operationsteams und eines ganzheitlichen prä-, peri- und postoperativen Assessments, sind auch spezielle infrastrukturelle Anforderungen erforderlich. Im Bereich der bariatrischen Chirurgie sind es bspw. Anforderungen an die Operationsräume, Anästhesie und postoperative Überwachung (z.B. OP-Tische, Überwachungsgeräte für Patienten mit Adipositas permagna). Bei Oesophagus-, Leber- und Pankreasresektionen benötigten bspw. interventionelle Gastroenterologen und Radiologen entsprechende technische Ausrüstung (bspw. Erfahrung in ERCP, Stenting und Endosonographie). Angesichts der hohen Komplikationsrate der grossen viszeralchirurgischen Eingriffe [27] und der potentiell lebensbedrohlichen Komplikationen ist zudem das Vorhandensein einer SGI-anerkannten Intensivpflegestation im Hause für alle 5 Teilbereiche unerlässlich.

Komplexität. Der komplexe Charakter der oben definierten hochspezialisierten fünf Teilbereiche der Viszeralchirurgie ergibt sich aufgrund der Komplexität der multimodalen Therapie, der Notwendigkeit eines multidisziplinären Teams, des technischen Aufwands und der Seltenheit der Interventionen. Bei der tiefen Rektumresektion gehört zum Behandlungspfad eine neoadjuvante Therapie, in welche ein multidisziplinäres Team involviert ist, sowie eine sorgfältige Indikationsstellung, d.h. die Abklärung, ob ein Patient für eine Operation geeignet ist. Dafür ist ein Zusammenspiel verschiedener Fachspezialisten notwendig. Bei allen fünf Teilbereichen ist nicht nur die Komplexität des chirurgischen Eingriffs massgebend, sondern die hohen Anforderungen an die gesamte Behandlungskette bzw. das Patientenmanagement, d.h. die komplexe Vor- und Nachsorge der betroffenen Patienten, welche u.a. die korrekte Indikationsstellung und die interdisziplinäre Beurteilung der Patienten im Tumorboard für die Sicherstellung der richtigen Therapiewahl (z.B. Bestrahlung, medikamentöse Behandlung, chirurgischer Eingriff) sowie die z.T. lebenslange Nachsorge beinhaltet. Bei der komplexen bariatrischen Chirurgie ist insbesondere die lebenslange Nachsorge entscheidend um zu gewährleisten, dass der bariatrische Eingriff die gewünschte Langzeitwirkung

aufweist, d.h. zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion führt. Bei rund einem Viertel der betroffenen Patienten wird diese Zielsetzung nicht erreicht [21]. Die adäquate Versorgung der Patienten, inklusive Beherrschung der potentiell lebensbedrohlichen Komplikationen verlangt somit ein multidisziplinäres Team mit qualifizierten, routinierten Operateuren und gleichzeitig spezifische, strukturelle und technische Voraussetzungen, an einem Standort.

Wirksamkeit und Nutzen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) nennt in Artikel 32 die Begriffe der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) als Voraussetzung für die Kostenübernahme der Leistungen durch die OKP. Diese sogenannten WZW-Kriterien sind für die Bestimmung und Überprüfung von Leistungen der Krankenversicherung (Art. 32 und 33 KVG) massgebend. Die Prüfung der WZW-Kriterien erfolgt durch die Eidgenössische Leistungs- und Grundsatzkommission. Bei den hochspezialisierten viszeralchirurgischen Behandlungen handelt es sich um Leistungen, welche von der OKP übernommen werden und infolgedessen als wirksam und zweckmässig gelten.

Perioperative und postoperative Komplikationen können zu einer schlechteren Ergebnisqualität führen. Die Komplikationsvermeidung ist deshalb von höchster Bedeutung bei allen medizinischen Behandlungen. Sowohl die Erfahrung des einzelnen Chirurgen als auch der Klinik haben einen signifikanten Einfluss auf die perioperative Mortalität und das Langzeitüberleben der Patienten [11, 28, 29]. Zahlreiche Untersuchungen zeigen eine direkte und eindeutige Beziehung zwischen der Anzahl durchgeführter Interventionen in einem Zentrum und den postoperativen Ergebnissen, inklusive postoperativer Komplikationen sowie Sterblichkeit während des Spitalaufenthalts [30, 31]. Dieser sogenannte „Volume-Outcome Effect“ wurde auch für verschiedene viszeralchirurgische Behandlungen [32, 33] im Bereich der Oesophaguschirurgie [34-36], der Pankreaschirurgie [37, 38], der resektiven Leberchirurgie [39], des kolorektalen Karzinoms [10, 40, 41] und der bariatrischen Chirurgie [42] demonstriert.

In Einklang mit den Ergebnissen dieser Analysen ist eine Zentralisierung der komplexen viszeralchirurgischen Eingriffe an spezialisierten Kompetenzzentren aus fachlich-medizinischer Sicht angezeigt. In der Schweiz wurden die komplexen viszeralchirurgischen Eingriffe an zahlreichen grösseren und kleineren Spitälern oft mit sehr kleinen Fallzahlen vorgenommen. So wurden beispielsweise im Jahr 2011 etwa 40% der komplexen Eingriffe am Ösophagus in Zentren mit weniger als 10 Interventionen pro Jahr – d.h. durchschnittlich weniger als 1 Intervention pro Monat – durchgeführt [22]. In verschiedenen Ländern (AUT, D, NL, UK) wurden bereits verbindliche Mindestfallzahlen für die Durchführung der komplexen viszeralchirurgischen Eingriffe eingeführt und auch Mindestanforderungen an die Prozess- und Strukturqualität festgelegt (vgl. auch Kapitel „Vergleich mit dem europäischen Ausland“). In der Schweiz gab es zwar in verschiedenen Kantonen (bspw. Zürich, Bern, Aargau) im Rahmen der Spitalplanung 2012 erste Bestrebungen für eine innerkantonale Konzentration von einzelnen der grossen, seltenen viszeralchirurgischen Eingriffen, ein gesamtschweizerisches Vorgehen fehlte jedoch bis zur Regelung im Rahmen der IVHSM gänzlich. Für die optimale Versorgung von Patienten, welche hochkomplexe viszeralchirurgische Eingriffe benötigen, ist eine gesamtschweizerische Regelung im Rahmen der IVHSM weiterhin zu befürworten. Dank der bestehenden HSM-Regelung und in enger Zusammenarbeit mit der eingesetzten Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie, konnten in den letzten zwei Jahren, mit der Einführung eines auditierten Qualitätsregisters, die notwendigen strukturellen Grundlagen geschaffen werden, um in Zukunft über aussagekräftige Qualitätsdaten, inkl. zur Wirksamkeit von Behandlungen, verfügen zu können. Damit wurde ein wichtiger Grundstein zur Qualitätssicherung in diesem HSM-Bereich gelegt.

Technologisch-ökonomische Lebensdauer. Die rasche Weiterentwicklung der Behandlungsmethoden, basierend auf den erweiterten und verbesserten Erfahrungen als auch neuartigen Medizintechnologien, führen zu signifikanten Fortschritten in den Behandlungsergebnissen (vgl. auch Beschreibungen im Abschnitt „Innovationspotential“ und „Wirksamkeit und Nutzen“). Technologische Entwicklungen müssen sorgfältig beobachtet werden und im Rahmen der Reevaluationen (Neubeurteilung) gilt es periodisch zu prüfen ob aufgrund des technischen Fortschritts der Einschluss neuer, bzw. der Ausschluss bestehender Eingriffe, erforderlich ist. Ständige technische und medizinische Adaptationen und ihre möglichst zeitnahe Implementierung sind notwendig, damit die bestmögliche Betreuung der Patienten weiterhin gewährleistet werden kann. Dies ist insbesondere an hochspezialisierten Kompetenzzentren möglich, wo die dafür erforderlichen personellen und strukturellen Voraussetzungen vorhanden sind.

Kosten der Leistung. Die hochkomplexen Behandlungen im Bereich der Viszeralchirurgie können nur mit entsprechender Infrastruktur und speziell ausgebildeten Personalressourcen durchgeführt werden. Die notwendige Expertise ist umso wichtiger, als dass in der postoperativen Phase in ca. 30% der Fälle mehrfache Komplikationen auftreten (bei der Pankreaschirurgie sogar in ca. 40 % der Fälle), welche einen wesentlichen Kostenfaktor darstellen [27]. In der Schweiz sind nur wenige hochqualifizierte Fachpersonen im technischen sowie im ärztlichen und pflegerischen Bereich verfügbar, welche über grosse Erfahrung mit diesen komplexen Krankheitsbildern verfügen, und somit kann die Behandlung der Patienten nur an wenigen Zentren mit der erforderlichen Expertise und Kompetenz gewährleistet werden. Der hohe personelle und technische Aufwand, die speziellen Einrichtungen, die hohe Komplikationsrate, und die spezifische ärztliche Aus- und Weiterbildung sind allesamt kostenintensive Merkmale, welche für eine Konzentration dieser komplexen Eingriffe an Kompetenzzentren sprechen.

Relevanz für Forschung, Lehre und internationale Konkurrenzfähigkeit. Die Schweiz positioniert sich durch wissenschaftliche Aktivitäten und Publikationen [25], Entwicklung innovativer Behandlungsmethoden und Teilnahme an internationalen klinischen Studien [43]. Eine verstärkte Konzentration dieser klinischen Aktivitäten und zentrumsübergreifende Forschungsprojekte werden die wissenschaftlichen Kompetenzen, die Attraktivität und die internationale Konkurrenzfähigkeit der HSM-Zentren zusätzlich steigern.

Eine wesentliche Aufgabe der Forschung und Lehre ist auch die Ausbildung und Förderung von Nachwuchs, um den Standort Schweiz zu stärken. Die Kenntnisse und Fertigkeiten von Ärzten und Pflegenden müssen der Entwicklung und den Anforderungen der Gesellschaft an eine moderne Versorgung, laufend angepasst werden. Dabei steht die Sicherung der nachhaltigen Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals in der Schweiz im Zentrum. Die aktive Beteiligung an der ärztlichen Weiterbildung, sowohl im Gebiet der Chirurgie (Facharzttitel) wie auch der Viszeralchirurgie (Schwerpunktstitel), ist für die nachhaltige Sicherung der fachärztlichen Kompetenzen in der Schweiz von zentraler Bedeutung. Die ärztliche und pflegerische Weiterbildung in den notwendigen Techniken kann am besten in genügend grossen Teams mit entsprechend hohen Fallzahlen in der angestrebten hohen Qualität angeboten werden. Eine verstärkte Konzentration in diesem Bereich wird eine gute Weiterbildung sowie eine hochstehende Qualität der Versorgung unterstützen. Damit die angehenden Fachpersonen im Rahmen ihrer Weiterbildung die notwendige Expertise erlangen können, ist eine verstärkte Leistungskonzentration und -koordination unerlässlich. Dies insbesondere auch im Hinblick auf die Stärkung der internationalen Konkurrenzfähigkeit der in der Schweiz ausgebildeten Fachpersonen.

Fazit

Die dargelegten Merkmale machen die grossen, seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe zu einem klassischen Bereich der HSM, welche ausschliesslich an Spitälern und Kliniken mit entsprechender Infrastruktur und den notwendigen Personal-ressourcen durchgeführt werden sollten. Alle Kriterien gemäss Art. 1 IVHSM sind erfüllt. Die vorgeschlagenen fünf Teilbereiche der komplexen Viszeralchirurgie sind demnach der HSM zuzuordnen. Die Relevanz der geschilderten Überlegungen und der daraus folgende Erfüllungsgrad der IVHSM-Kriterien nach Art. 1 und Art. 4 Abs. 4 sind in Tabelle 6 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 6. Übersicht über die IVHSM-Kriterien in Bezug auf die komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie.

HSM Bereich	Art. 1 IVHSM					Art. 4 Abs. 4 IVHSM					
	Seltenheit	Innovationspotenzial	Personeller Aufwand	Technischer Aufwand	Kompl. Behandlung	Wirksamkeit	Nutzen	Technisch-ökonomische Lebensdauer	Kosten der Leistung	Forschung und Lehre	Internationale Konkurrenzfähigkeit
Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gewichtung	A	B	A	B	A	A	A	B	A	A	B

X, IVHSM-Kriterium erfüllt; A, hohe Relevanz; B, mittlere Relevanz.

Ausblick

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

Im Rahmen der Reevaluation der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie wird nach dem ersten erfolgten Schritt des Zuordnungsverfahrens die zweite Phase der Planung – das Verfahren zur Leistungszuteilung – in Angriff genommen, welche in einer Entscheidung über die Aufnahme eines Spitals auf die HSM-Spittliste mündet. Der Leistungszuteilung vorgelagert ist ein Bewerbungsverfahren, in dessen Rahmen die bisherigen HSM-Leistungserbringer die Gelegenheit erhalten, sich für die Verlängerung des Leistungsauftrags zu bewerben. Zudem steht auch den Leistungserbringern ohne einen HSM-Leistungsauftrag die Möglichkeit einer Neubewerbung offen. Die Verlängerung des bisherigen HSM-Leistungsauftrags, respektive die Zuteilung eines HSM-Leistungsauftrags an einen neubewerbenden Leistungserbringer, sind an die Erfüllung der generellen sowie leistungsspezifischen Anforderungen zur Qualitätssicherung gebunden. Die entsprechenden Anforderungen werden zu Beginn des Bewerbungsverfahrens in einer erläuternden Notiz zur Bewerbung definiert. Das Bewerbungsverfahren im Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie wird mit einer Publikation im Bundesblatt offiziell eröffnet und zusätzlich werden potentielle Leistungserbringer mit einem Schreiben über die Eröffnung und die angesetzten Fristen informiert.

Schlussbemerkung

Das HSM-Fachorgan dankt allen Stellungnehmenden, die sich in der Vernehmlassung geäußert haben und damit zur Verbesserung der Behandlung im Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie in der Schweiz beitragen.

Anhang

A1 Abbildung des HSM-Bereichs der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP und des internationalen Diagnoseverzeichnisses ICD.

Die Zuteilung der medizinischen Leistungen zum HSM-Bereich erfolgt anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD). Beide Klassifizierungssysteme (CHOP und ICD) werden jährlich angepasst und demzufolge muss auch die Abbildung der HSM-Leistungen in diesen beiden Klassifikationssystemen jedes Jahr aktualisiert werden. Die Abbildung der medizinischen Leistungen anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD) ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektorenkonferenz (www.gdk-cds.ch) publiziert.

Wichtige allgemeine Hinweise

In den Tabellen werden nur die den Leistungsgruppen zugeteilten CHOP- und ICD-Codes inkl. grau markierter Titel aufgeführt.

Einzelne Leistungen werden nur in Kombination, also erst bei Codierung von zwei bestimmten Codes, einer Leistungsgruppe zugeordnet. Mehrheitlich handelt es sich um CHOP- und ICD-Code-Kombinationen. Die Kombinationen sind in der Spalte IndOP aufgeführt. Es ist vermerkt ob eine Kombination mit einem CHOP-Code (AND_CHOP), bzw. einem ICD-Code (AND_ICD), bzw. einem CHOP- oder ICD-Code (AND_CHOP_ICD) notwendig ist. NOT heisst, dass dieser Code nicht in dieser Leistungsgruppe vorkommen darf. **Die grau markierten CHOP- und ICD-Codes sind Titel und dürfen nicht codiert werden.**

CHOP

Enthält Codes aus dem CHOP 2016.

Grau markierte CHOP-Codes sind Titel und mit dem CHOP 2016 nicht codierbar.

ICD

Enthält Codes der Klassifikation ICD-10 GM 2014.

Oesophagusresektion

Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C9	Operationen am Verdauungstrakt (42–54)	
CHOP	Z42	Operationen am Ösophagus	
CHOP	Z42.4	Exzision am Ösophagus	
CHOP	Z42.41	Partielle Ösophagektomie	
CHOP	Z42.41.10	Partielle Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität	
CHOP	Z42.41.20	Partielle Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität	
CHOP	Z42.41.99	Partielle Ösophagektomie, sonstige	
CHOP	Z42.42	Totale Ösophagektomie	
CHOP	Z42.42.10	Totale Ösophagektomie, ohne Wiederherstellung der Kontinuität	
CHOP	Z42.42.20	Totale Ösophagektomie, mit Wiederherstellung der Kontinuität, transmediastinal	
CHOP	Z42.42.21	Totale Ösophagektomie, mit Wiederherstellung der Kontinuität, thorakoabdominal	
CHOP	Z42.42.29	Totale Ösophagektomie, mit Wiederherstellung der Kontinuität, sonstiger Zugang	
CHOP	Z42.42.99	Totale Ösophagektomie, sonstige	
CHOP	Z42.5	Intrathorakale Anastomose am Ösophagus	
CHOP	Z42.51	Intrathorakale Ösophagoösophagostomie	
CHOP	Z42.51.10	Intrathorakale Ösophagoösophagostomie, Rekonstruktion der Ösophaguspassage bei Atresie und Versorgung einer kongenitalen ösophagotrachealen Fistel	
CHOP	Z42.51.99	Intrathorakale Ösophagoösophagostomie, sonstige	
CHOP	Z42.52	Intrathorakale Ösophagogastrostomie	
CHOP	Z42.53	Intrathorakale Ösophagusanastomose mit Interposition von Dünndarm	
CHOP	Z42.54	Sonstige intrathorakale Ösophagoenterostomie	
CHOP	Z42.55	Intrathorakale Ösophagusanastomose mit Interposition von Dickdarm	
CHOP	Z42.56	Sonstige intrathorakale Ösophagokolostomie	
CHOP	Z42.58	Intrathorakale Ösophagusanastomose mit anderer Interposition	

CHOP	Z42.59	Sonstige intrathorakale Ösophagusanastomose
CHOP	Z42.6	Prästernale Ösophagusanastomose
CHOP	Z42.61	Prästernale Ösophagoösophagostomie
CHOP	Z42.63	Prästernale Ösophagusanastomose mit Interposition von Dünndarm
CHOP	Z42.64	Sonstige prästernale Ösophagoenterostomie
CHOP	Z42.65	Prästernale Ösophagusanastomose mit Interposition von Dickdarm
CHOP	Z42.66	Sonstige prästernale Ösophagokolostomie
CHOP	Z42.68	Sonstige prästernale Ösophagusanastomose mit Interposition
CHOP	Z42.69	Sonstige prästernale Ösophagusanastomose
CHOP	Z42.8	Sonstige Rekonstruktion am Ösophagus
CHOP	Z42.85	Plastische Rekonstruktion an einer Ösophagusstenose
CHOP	Z42.89	Sonstige Rekonstruktion am Ösophagus

Pankreasresektion

Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C9	Operationen am Verdauungstrakt (42–54)	
CHOP	Z51	Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	
CHOP	Z51.6	Lokale Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe aus Gallenwegen und Sphincter Oddii	
CHOP	Z51.62	Exzision der Ampulla Vateri (mit Reimplantation des Ductus choledochus)	
CHOP	Z52	Operationen am Pankreas	
CHOP	Z52.5	Partielle Pankreatektomie	
CHOP	Z52.51	Proximale Pankreatektomie	
CHOP	Z52.51.10	Proximale Pankreatektomie, pyloruserhaltend	
CHOP	Z52.51.20	Proximale Pankreatektomie, duodenerhaltend	
CHOP	Z52.51.31	Pankreatikoduodenale Resektion mit Teilresektion des Magens	
CHOP	Z52.52	Distale Pankreatektomie	
CHOP	Z52.52.11	Distale Pankreatektomie, offen chirurgisch	
CHOP	Z52.52.12	Distale Pankreatektomie, laparoskopisch	
CHOP	Z52.54	Segmentresektion am Pankreaskörper	
CHOP	Z52.59	Sonstige partielle Pankreatektomie	
CHOP	Z52.6	Totale Pankreatektomie	
CHOP	Z52.61	Totale Pankreatektomie mit partieller Gastrektomie	
CHOP	Z52.62	Totale Pankreatektomie, pyloruserhaltend	
CHOP	Z52.63	Totale Pankreatektomie, duodenerhaltend	
CHOP	Z52.9	Sonstige Operationen am Pankreas	
CHOP	Z52.95	Sonstige Operation am Pankreas	
CHOP	Z52.95.60	Plastische Rekonstruktion des Ductus pancreaticus, laparoskopisch	
CHOP	Z52.95.70	Plastische Rekonstruktion des Pankreas	
CHOP	Z52.99	Sonstige offene Operationen am Pankreas	

CHOP	Z52.99.20	Sonstige offene Operation am Pankreas, Plastische Rekonstruktion des Ductus pancreaticus
CHOP	Z52.99.99	Sonstige offene Operation am Pankreas, sonstige

Leberresektion

Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C9	Operationen am Verdauungstrakt (42–54)	
CHOP	Z50	Operationen an der Leber	
CHOP	Z50.2	Lokale Exzision oder Destruktion von Gewebe oder Läsion der Leber und partielle Hepatektomie	
CHOP	Z50.23	Offene Exzision von Läsion oder Gewebe der Leber	
CHOP	Z50.23.12	Lokale Leberexzision von 1-2 Herden, mindestens 1 Herd über 4 cm im Durchmesser, offen chirurgisch	
CHOP	Z50.23.13	Lokale Leberexzision von 3 und mehr Herden, offen chirurgisch	
CHOP	Z50.25	Laparoskopische Exzision von Läsion oder Gewebe der Leber	
CHOP	Z50.25.12	Lokale Leberexzision von 1-2 Herden, mindestens 1 Herd über 4 cm im Durchmesser, laparoskopisch	
CHOP	Z50.25.13	Lokale Leberexzision von 3 und mehr Herden, laparoskopisch	
CHOP	Z50.29	Partielle Hepatektomie und lokale Exzision oder Destruktion von Gewebe oder Läsion der Leber, sonstige	
CHOP	Z50.2A	Partielle Hepatektomie	
CHOP	Z50.2A.2	Anatomische Leberresektion	
CHOP	Z50.2A.21	Bisegmentektomie, offen chirurgisch	
CHOP	Z50.2A.22	Bisegmentektomie, laparoskopisch	
CHOP	Z50.2A.23	Hemihepatektomie links, offen chirurgisch	
CHOP	Z50.2A.24	Hemihepatektomie links, laparoskopisch	
CHOP	Z50.2A.25	Erweiterte Hemihepatektomie links, offen chirurgisch	
CHOP	Z50.2A.26	Erweiterte Hemihepatektomie links, laparoskopisch	
CHOP	Z50.2A.27	Hemihepatektomie rechts, offen chirurgisch	
CHOP	Z50.2A.28	Hemihepatektomie rechts, laparoskopisch	
CHOP	Z50.2A.2A	Erweiterte Hemihepatektomie rechts, offen chirurgisch	
CHOP	Z50.2A.2B	Erweiterte Hemihepatektomie rechts, laparoskopisch	
CHOP	Z50.2A.2C	Sonstige Resektion mehrerer zusammenhängender Segmente, offen chirurgisch	
CHOP	Z50.2A.2D	Sonstige Resektion mehrerer zusammenhängender Segmente, laparoskopisch	

CHOP	Z50.2B	Transsektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen, ALPPS, Schritt 1
CHOP	Z50.2B.11	Transsektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen, ALPPS, Schritt 1, offen chirurgisch
CHOP	Z50.2B.12	Transsektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen, ALPPS, Schritt 1, laparoskopisch
CHOP	Z50.2C	Partielle Hepatektomie zur Transplantation
CHOP	Z50.2C.11	Bisegmentektomie zur Lebend-Organ spende, offen chirurgisch
CHOP	Z50.2C.12	Bisegmentektomie zur Lebend-Organ spende, laparoskopisch
CHOP	Z50.2C.13	Hemihepatektomie links zur Lebend-Organ spende, offen chirurgisch
CHOP	Z50.2C.14	Hemihepatektomie links zur Lebend-Organ spende, laparoskopisch
CHOP	Z50.2C.15	Hemihepatektomie rechts zur Lebend-Organ spende, offen chirurgisch
CHOP	Z50.2C.16	Hemihepatektomie rechts zur Lebend-Organ spende, laparoskopisch

Tiefe Rektumresektion

Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C9	Operationen am Verdauungstrakt (42–54)	
CHOP	Z45	Inzision, Exzision und Anastomose am Darm	
CHOP	Z45.8	Totale intraabdominelle Kolektomie	
CHOP	Z45.8X	Totale intraabdominelle Kolektomie	
CHOP	Z45.8X.30	Totale intraabdominelle Kolektomie, Erweiterte totale Proktokolektomie	
CHOP	Z48	Operationen an Rektum, Rektosigmoid und Perirektalgewebe	
CHOP	Z48.5	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	
CHOP	Z48.51	Abdominoperineale Rektumresektion	AND_ICD
CHOP	Z48.52	Abdominoperineale Rektumresektion, erweitert	AND_ICD
CHOP	Z48.53	Abdominosakrale, sakroperineale und perineale Rektumresektion	AND_ICD
CHOP	Z48.54	Abdominosakrale, sakroperineale und perineale Rektumresektion, erweitert	AND_ICD
CHOP	Z48.59	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z48.6	Sonstige Rektumresektion	
CHOP	Z48.65	Rektumresektion nach Duhamel	
CHOP	Z48.66	Rektumresektion mit Sphinktererhaltung	
CHOP	Z48.66.3	Tiefe anteriore Rektumresektion	
CHOP	Z48.66.31	Tiefe anteriore Rektumresektion, mit Anastomose, offen chirurgisch	AND_ICD
CHOP	Z48.66.32	Tiefe anteriore Rektumresektion, mit Enterostoma und Blindverschluss, offen chirurgisch	AND_ICD
CHOP	Z48.66.33	Tiefe anteriore Rektumresektion, mit Anastomose, laparoskopisch	AND_ICD
CHOP	Z48.66.34	Tiefe anteriore Rektumresektion, mit Enterostoma und Blindverschluss, laparoskopisch	AND_ICD
CHOP	Z48.66.35	Tiefe anteriore Rektumresektion, mit Anastomose, peranal	AND_ICD
ICD	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	
ICD	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	AND_CHOP
ICD	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	

ICD	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	AND_CHOP
ICD	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	AND_CHOP
ICD	C21.2	Bösartige Neubildung: Kloakenregion	AND_CHOP
ICD	C21.8	Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend	AND_CHOP

Komplexe bariatrische Eingriffe

Als HSM-Eingriffe zählen a) die Eingriffe, welche weiss hinterlegt sind sowie b) Eingriffe bei einem „komplexen Patient“, welcher definiert ist als Patient mit Alter >65 oder <18 und/oder BMI \geq 50 und/oder ASA score >3.

Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C9	Operationen am Verdauungstrakt (42–54)	
CHOP	Z43	Inzision und Exzision am Magen	
CHOP	Z43.8	Sonstige partielle Gastrektomie	
CHOP	Z43.89	Sonstige partielle Gastrektomie	
CHOP	Z43.89.2	Biliopankreatische Diversion des Magens	
CHOP	Z43.89.20	Biliopankreatische Diversion des Magens nach Scopinaro, offen chirurgisch	
CHOP	Z43.89.21	Biliopankreatische Diversion des Magens nach Scopinaro, laparoskopisch	
CHOP	Z43.89.3	Biliopankreatische Diversion des Magens mit Duodenal-Switch [BPD-DS]	
CHOP	Z43.89.30	Biliopankreatische Diversion des Magens mit Duodenal-Switch [BPD-DS], offen chirurgisch	
CHOP	Z43.89.31	Biliopankreatische Diversion des Magens mit Duodenal-Switch [BPD-DS], laparoskopisch	
CHOP	Z43.89.4	Sleeve resection	
CHOP	Z43.89.42	Sleeve resection nach Magenband, offen chirurgisch	
CHOP	Z43.89.43	Sleeve resection nach Magenband, laparoskopisch	
CHOP	Z43.89.44	Re-sleeve resection, offen chirurgisch	
CHOP	Z43.89.45	Re-sleeve resection, laparoskopisch	
CHOP	Z43.89.5	Duodenal-Switch	
CHOP	Z43.89.50	Duodenal-Switch nach Sleeve resection (Zweiteingriff), offen chirurgisch	
CHOP	Z43.89.51	Duodenal-Switch nach Sleeve resection (Zweiteingriff), laparoskopisch	
CHOP	Z43.9	Totale Gastrektomie	
CHOP	Z43.99	Sonstige totale Gastrektomie	
CHOP	Z43.99.10	Restgastrektomie nach bariatrischem Voreingriff, offen chirurgisch	
CHOP	Z43.99.11	Restgastrektomie nach bariatrischem Voreingriff, laparoskopisch	

CHOP	Z44	Sonstige Operationen am Magen
CHOP	Z44.3	Gastroenterostomie ohne Gastrektomie
CHOP	Z44.31	Magenbypass
CHOP	Z44.31.0	Detail der Subkategorie 44.31
CHOP	Z44.31.09	Magenbypass, sonstige
CHOP	Z44.31.1	Proximaler Gastric Bypass
CHOP	Z44.31.13	Proximaler Magenbypass nach Sleeve resection, reversal Eingriff, offen chirurgisch
CHOP	Z44.31.14	Proximaler Magenbypass nach Sleeve resection, reversal Eingriff, laparoskopisch
CHOP	Z44.31.15	Proximaler Magenbypass nach Gastric Banding, nach bariatrischem Voreingriff, offen chirurgisch
CHOP	Z44.31.16	Proximaler Magenbypass nach Gastric Banding, nach bariatrischem Voreingriff, laparoskopisch
CHOP	Z44.31.2	Distaler Magenbypass
CHOP	Z44.31.21	Distaler Magenbypass, offen chirurgisch
CHOP	Z44.31.22	Distaler Magenbypass, laparoskopisch
CHOP	Z44.31.3	Omega-loop Gastric Bypass
CHOP	Z44.31.31	Omega-loop Gastric Bypass, offen chirurgisch
CHOP	Z44.31.32	Omega-loop Gastric Bypass, laparoskopisch
CHOP	Z44.5	Revision einer Magenanastomose
CHOP	Z44.5X	Revision einer Magenanastomose
CHOP	Z44.5X.21	Revision einer Magenanastomose nach Magenbypass oder mit intestinaler Interposition, offen chirurgisch
CHOP	Z44.5X.22	Revision einer Magenanastomose nach Magenbypass oder mit intestinaler Interposition, laparoskopisch
CHOP	Z44.5X.31	Pouchrevision nach Gastric Bypass, offen chirurgisch
CHOP	Z44.5X.32	Pouchrevision nach Gastric Bypass, laparoskopisch
CHOP	Z44.5X.41	Revision nach biliopankreatischer Diversion [BPD], offen chirurgisch
CHOP	Z44.5X.42	Revision nach biliopankreatischer Diversion [BPD], laparoskopisch
CHOP	Z44.5X.43	Reversal nach biliopankreatischer Diversion (BPD), offen chirurgisch
CHOP	Z44.5X.44	Reversal nach biliopankreatischer Diversion (BPD), laparoskopisch
CHOP	Z44.5X.51	Reversal nach Gastric Bypass, offen chirurgisch

CHOP	Z44.5X.52	Reversal nach Gastric Bypass, laparoskopisch
CHOP	Z44.9	Sonstige Magenoperationen
CHOP	Z44.96	Revision von restriktiven Magenoperationen
CHOP	Z44.96.1	Revisionseingriffe nach Gastric banding
CHOP	Z44.96.11	Bandreposition nach Gastric Banding, offen chirurgisch
CHOP	Z44.96.12	Bandreposition nach Gastric Banding, laparoskopisch
CHOP	Z44.96.13	Bandwechsel nach Gastric Banding, offen chirurgisch
CHOP	Z44.96.14	Bandwechsel nach Gastric Banding, laparoskopisch
CHOP	Z44.96.99	Revision von restriktiven Magenoperationen, sonstige
CHOP	Z45	Inzision, Exzision und Anastomose am Darm
CHOP	Z45.9	Intestinale Anastomose
CHOP	Z45.91	Dünndarm-Dünndarm-Anastomose
CHOP	Z45.91.11	Neuanlage einer Fusspunktanastomose am Dünndarm nach bariatrischem Voreingriff, offen chirurgisch
CHOP	Z45.91.12	Neuanlage einer Fusspunktanastomose am Dünndarm nach bariatrischem Voreingriff, laparoskopisch

Komplexer bariatrischer Patient:

Alter <18, > 65

BMI ≥ 50

ASA > 3

A2 Literaturverzeichnis

1. *Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe: Oesophagusresektion.* 10. September 2013.
2. *Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe: Leberresektion.* 10. September 2013.
3. *Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe: Pankreasresektion.* 10. September 2013.
4. *Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe: Tiefe Rektumresektion.* 10. September 2013.
5. *Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe: komplexe bariatrische Chirurgie.* 10. September 2013.
6. Kuk, J.L., et al., *Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk.* *Appl Physiol Nutr Metab*, 2011. **36**(4): p. 570-6.
7. Bundesamt für Statistik, *Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Systematisches Verzeichnis - Version 2016.* 2015.
8. Wouters, M.G., GA; van Sandick, JW; Tollenaar, RA, *The volume-outcome relation in the surgical treatment of esophageal cancer: a systematic review and meta-analysis.* *Cancer*, 2012. **118**(7): p. 1754-63.
9. Archampong, D., et al., *Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer surgery.* *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. **14**(3).
10. Nugent, E. and P. Neary, *Rectal cancer surgery: volume-outcome analysis.* *Int J Colorectal Dis*, 2010. **25**(12): p. 1389-96.
11. Borowski, D.W., et al., *Volume-outcome analysis of colorectal cancer-related outcomes.* *Br J Surg*, 2010. **97**(9): p. 1416-30.
12. van Gijn, W., et al., *Volume and outcome in colorectal cancer surgery.* *Eur J Surg Oncol*, 2010. **36**(1): p. 7.
13. Hodgson, D.C., et al., *Relation of hospital volume to colostomy rates and survival for patients with rectal cancer.* *J Natl Cancer Inst*, 2003. **95**(10): p. 708-16.
14. Wibe, A., et al., *Effect of hospital caseload on long-term outcome after standardization of rectal cancer surgery at a national level.* *Br J Surg*, 2005. **92**(2): p. 217-24.
15. Renzulli, P., et al., *The influence of the surgeon's and the hospital's caseload on survival and local recurrence after colorectal cancer surgery.* *Surgery*, 2006. **139**(3): p. 296-304.
16. NIH consensus conference, *Adjuvant therapy for patients with colon and rectal cancer.* *Jama*, 1990. **264**(11): p. 1444-50.
17. Nelson, H., et al., *Guidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery* *J Natl Cancer Inst.*, 2001. **93**(8): p. 583-96.
18. Pilipshen, S.J., et al., *Patterns of pelvic recurrence following definitive resections of rectal cancer.* *Cancer*, 1984. **53**(6): p. 1354-62.
19. Tytherleigh, M.G., B.F. Warren, and N.J. Mortensen, *Management of early rectal cancer.* *Br J Surg*, 2008. **95**(4): p. 409-23.
20. *Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht*, 2014, Erarbeitet durch die Swiss Society for the Study of morbid Obesity and metabolic disorders (SMOB): www.smob.ch.
21. Nicollier, M., *Un quart des opérations anti-obésité échouent, in 24 heures* 2015.
22. Jüni, P., et al., *Inter-cantonal agreement on highly specialized Medicine (IVHSM): Rarity as the criterion for the centralization of highly specialized medicine.* Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, 2014.
23. Bundesamt für Statistik: *Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2014*, 2015.
24. AQC/SMOB, *AQC/SMOB-Klinikstatistik*, 2014.
25. Peterli, R., et al., *Early results of the Swiss Multicentre Bypass or Sleeve Study (SM-BOSS): a prospective randomized trial comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass.* *Ann Surg*, 2013. **258**(5): p. 690-4; discussion 695.

26. *Nationales Krebsprogramm 2011-2015.*
27. Vonlanthen, R., et al., *The Impact of Complications on Costs of Major Surgical Procedures.* Annals of Surgery, 2011. **00**(00).
28. Parks, R.W., et al., *Benefits of specialisation in the management of pancreatic cancer: results of a Scottish population-based study.* Br J Cancer, 2004. **91**(3): p. 459-65.
29. Van Heek, N.T., et al., *Hospital volume and mortality after pancreatic resection: a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands.* Ann Surg, 2005. **242**(6): p. 781-8, discussion 788-90.
30. Birkmeyer, J.D., et al., *Hospital volume and surgical mortality in the United States.* N Engl J Med, 2002. **346**(15): p. 1128-37.
31. Birkmeyer, J.D., et al., *Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States.* The New England Journal of Medicine, 2003. **349**(22): p. 2117-27.
32. Urbach, D.R., *Pledging to Eliminate Low-Volume Surgery.* New England Journal of Medicine, 2015. **373**(15): p. 1388-1390.
33. Rosenbaum, L., *Scoring No Goal — Further Adventures in Transparency.* New England Journal of Medicine, 2015. **373**(15): p. 1385-1388.
34. Rouvelas, I. and J. Lagergren, *The impact of volume on outcomes after oesophageal cancer surgery.* ANZ journal of surgery, 2010. **80**(9): p. 634-641.
35. Skipworth, R., et al., *The relationship between hospital volume and post-operative mortality rates for upper gastrointestinal cancer resections: Scotland 1982–2003.* European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 2010. **36**(2): p. 141-147.
36. Metzger, R., et al., *High volume centers for esophagectomy: what is the number needed to achieve low postoperative mortality?* Diseases of the Esophagus, 2004. **17**: p. 310-314.
37. Fong, Y., et al., *Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers.* Annals of Surgery, 2005. **242**(4): p. 540.
38. Gooiker, G.A., et al., *Systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in pancreatic surgery.* Br J Surg, 2011. **98**(4): p. 485-94.
39. McKay, A., et al., *Impact of surgeon training on outcomes after resective hepatic surgery.* Ann Surg Oncol, 2008. **15**(5): p. 1348-55.
40. Iversen, L.H., et al., *Influence of caseload and surgical speciality on outcome following surgery for colorectal cancer: a review of evidence, Part 2: Long-term outcome.* Blackwell Publishing Ltd. Colorectal Disease, 2007. **9**: p. 38-46.
41. Van Gijn, W., et al., *Volume and outcome in colorectal cancer surgery.* European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 2010. **36**: p. S55-S63.
42. Hollenbeak, C.S., et al., *Surgical volume impacts bariatric surgery mortality: A case for centers of excellence.* Surgery, 2008. **144**(5): p. 736-743.
43. Karolinska Institutet, *Prevention of Microvascular Complications in Overweight Diabetics With Surgery or Best Medicine; a Prospective, Randomized, Multicenter Study.* NCT02011178, March 2014.

A3 Abkürzung

ASA	American Society of Anesthesiology
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BMI	Body-Mass-Index
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HSM	Hochspezialisierte Medizin
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IPMN	Intradukal papilläre muzinöse Neoplasie
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MRI	Magnetic Resonance Imaging
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGC	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin
SGVC	Schweizerische Gesellschaft für Viszeral Chirurgie
SMOB	Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders
TEM	Transanale endoskopische Mikrochirurgie
TME	Totale mesorektale Exzision
UICC	Union internationale contre le cancer
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

