

Zweite Anhörung der GDK
über die hochspezialisierte Medizin im Bereich
„Grosse seltene viszeralchirurgische Eingriffe“

Die Stellungnahme der fmCh

21. Januar 2013



foederatio medicorum chirurgicorum helvetica
Theodor Kocher Strasse 11
CH-2502 Biel / Bienne

GDK Schweizerische Konferenz
der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen-
und -direktoren
HSM Projektsekretariat
Speichergasse 6
Postfach 684
CH-3000 Bern 7

Biel, den 21. Januar 2013

Sehr geehrter Herr Präsident des HSM Fachorgans,
sehr geehrter Herr Professor Suter

Die fmCh bedankt sich für den Einbezug in die Anhörung über die hochspezialisierte Medizin im Bereich "Grosse seltene viszeralchirurgische Eingriffe".

Sie finden nachfolgend die Stellungnahme der fmCh. Diese Stellungnahme ergänzt und unterstützt die Stellungnahmen der SGVC, der SGC und der FMH.

Für Rückfragen und weiterführende Besprechungen stehen wir Ihnen und dem HSM Fachorgan gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

FOEDERATIO MEDICORUM CHIRURGICORUM HELVETICA



Prof. Dr. med. Urban Laffer
Präsident



Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär

Kopie:

- Anhörungsadressaten
- Die politischen Parteien der Schweiz

Inhaltsverzeichnis

1	Anhörungsverfahren	2
1.1	Anhörungsfrist	2
1.2	Auswertung der Anhörung	3
2	Aufbau des Planungsentwurfs	3
3	Methodik	3
3.1	Auswahl der Bereiche	3
3.2	Kriterien für die Zuteilungsentscheide	5
3.2.1	Wirtschaftlichkeit	5
3.2.2	Strukturqualität	5
3.2.3	Prozessqualität	5
3.2.4	Ergebnisqualität	6
3.2.5	Indikationsqualität	6
3.2.6	Mindestfallzahlen	6
3.2.7	Verwendung der CHOP-Klassifikation	7
3.2.8	Übergangsregelung	7
3.2.9	Fallzahl pro Chirurg	8
3.2.10	Mengenausweitung	8
3.2.11	Weiterbildung und Lehre	8
3.2.12	Forschung	8
4	Bereiche der hochspez. Viszeralchirurgie	9
4.1	Ösophagusresektion	9
4.2	Resezierende Pankreaschirurgie	9
4.3	Resezierende Leberchirurgie	10
4.4	Rektumresektion	10
4.5	Komplexe bariatrische Chirurgie	11
5	Vorgeschlagene Leistungsaufträge	12
6	Weitere Kommentare	13
7	Fazit	14
A	Tabellen	15
B	Abbildung	26

1 Anhörungsverfahren

1.1 Anhörungsfrist

Die fmCh protestiert gegen die erneut unverhältnismässig kurze Anhörungsfrist. Die Anhörung wurde am 18. Dezember 2012 im Bundesblatt¹ bekannt gegeben und auf den 22. Januar 2013 befristet. Die Anhörungsfrist wurde durch die Feiertage faktisch stark verkürzt. In dieser kurzen Zeitspanne kann eine vertiefte Stellungnahme, die der Bedeutung des vorliegenden Planungsentwurfs gerecht werden würde, nicht erarbeitet werden.

Die fmCh nimmt zur Kenntnis, dass die GDK die Anwendbarkeit des Vernehmlassungsgesetzes (VIG) bestreitet und nur die Bestimmungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVG) gelten lässt. Die fmCh verzichtet hier unpräjudiziell auf eine weitere Erörterung dieser Auffassung und verweist auf ihren in der Stellungnahme zur ersten Anhörung dargelegten Standpunkt².

Da das VwVG für Anhörungen keine Frist vorgibt, kann die zuständige Behörde, im vorliegenden Fall die GDK, die Frist selbst festsetzen. Es erstaunt deshalb umso mehr, dass die GDK an ihrer äusserst restriktiven Praxis bei der Festlegung der Anhörungsfrist festhält. Aufgrund der von verschiedensten Seiten vorgebrachten Kritiken an diese Praxis, kann von einer angemessenen Frist keine Rede sein. Eine angemessene Frist ist aber auch im Rahmen des VwVG zu gewähren. Die Mängel bei den Vernehmlassungs- und Anhörungsverfahren des Bundes sind hinlänglich bekannt und haben zur laufenden Revision des Vernehmlassungsgesetzes (VIG) geführt. Als Mängel gelten zu kurze Anhörungsfristen, fehlende Transparenz bei der Auswahl der Adressaten und der Auswertung der Stellungnahmen; vgl. Anderreggen (2012)³. Da sich die GDK nicht an das Vernehmlassungsgesetz gebunden sieht, braucht sie auch dessen Revision nicht abzuwarten, um identische Mängel bei ihrer eigenen Anhörungspraxis zu beheben. Da die Anhörungen der Fachdirektorenkonferenzen dem gleichen Zweck wie die Vernehmlassungen und Anhörungen des Bundes dienen, nämlich der Beteiligung der interessierten Kreise an der Entscheidungsfindung und der Generierung von Informationen über die sachliche Richtigkeit, die Vollzugstauglichkeit und die Akzeptanz von Vorhaben, darf von der GDK erwartet werden, dass sie ihre Anhörungspraxis freiwillig an aktuelle Standards anpasst.

Die äusserst knappe Anhörungsfrist der GDK steht im Widerspruch zu Ihrer wiederholt geäusserten Beteuerung, an den fachlichen Eingaben von Fachgesellschaften und Experten interessiert zu sein. Wenn es Ihnen ein ernsthaftes Anliegen wäre, die Planungsentwürfe des Fachorgans fachlich breit abzustützen, müssten Sie den betroffenen Spitälern und Fachgesellschaften die oftmals ver-

¹BBl 2012; Nr. 51. Seite 9529. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2012/9529.pdf>

²Stellungnahme der fmCh, 9. August 2012; URL: [Link](#)

³Anderreggen C. Evaluation der Vernehmlassungs- und Anhörungspraxis des Bundes. LeGes 2012/1, Seiten 45—59. URL: [Link](#)

langte Fristverlängerung in angemessener Weise gewähren. Das HSM Fachorgan hat sich immerhin die Zeit von 4 Monaten genommen, um den ersten Planungsentwurf zu revidieren. Was Sie Ihren eigenen Experten einräumen, sollte fairerweise auch den nicht weniger kompetenten und seriös arbeitenden Experten in den betroffenen Spitälern zugestanden werden, zumal letztere auch noch einen ärztlichen Grundauftrag zu erfüllen haben.

Die unverhältnismässig kurzen Anhörungsfristen der GDK stellen letztlich die Glaubwürdigkeit des Planungsverfahrens im Bereich der hochspezialisierten Medizin in Frage. Was die GDK an Zeit gewinnt, verliert sie – ohne Not – an breiter fachlicher Abstützung.

Im vorliegenden Anhörungsverfahren wird mehrfach darauf hingewiesen, dass die neue Version mit Experten der SGC und der SGVC erarbeitet wurde. Wir bitten das Fachorgan um namentliche Nennung dieser Fachexperten.

1.2 Auswertung der Anhörung

Die fmCh vermisst eine Auswertung der Anhörungsantworten. Ohne Auswertung ist es für die Betroffenen nicht möglich, die eingegangenen Stellungnahmen und Kritikpunkte zu würdigen. Inwiefern die je eigenen Stellungnahmen vom HSM Fachorgan berücksichtigt wurden, lässt sich so nur vermuten oder indirekt erschliessen — eine für alle Beteiligten höchst unbefriedigende Situation. Wir bitten Sie deshalb, die Auswertung der Anhörung publik zu machen, wie dies bei Anhörungen des Bundes üblich ist.

2 Aufbau des Planungsentwurfs

Die fmCh begrüsst die bei allen Bereichen angewandte Gliederung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese Gliederung macht deutlich, dass die Konzentrationsmassnahmen im Bereich der hochspezialisierten Medizin in erster Linie der Verbesserung der medizinischen Qualität dienen sollten.

3 Methodik

3.1 Auswahl der Bereiche

Wie dem vorliegenden Planungsentwurf zu entnehmen ist, hat das HSM Beschlussorgan im Januar 2011 die fünf viszeralchirurgischen Bereiche der hochspezialisierten Medizin definiert. Da der genaue Wortlaut dieses Beschlusses nicht bekannt ist, stellt sich die Frage, welcher Interpretationsspielraum dem HSM Fachorgan bei der Umsetzung dieses Beschlusses zur Verfügung stand. Im Entwurf wird behauptet, das HSM Fachorgan habe aufgrund der Rückmeldungen die fünf Bereiche der hochspezialisierten Viszeralchirurgie restriktiver definiert.

Ob das HSM Fachorgan die Kompetenz dazu hatte oder ein neuer Entscheid des HSM Beschlussorgans nötig gewesen wäre, kann aufgrund der veröffentlichten Dokumente nicht entschieden werden. Um Klarheit in dieser Sache zu schaffen, aber auch um gängigen Transparenzregeln zu entsprechen, bitten wir Sie, den Entscheid des HSM Beschlussorgans von Januar 2011 im vollen Wortlaut publizieren zu wollen.

Gemäss Art. 4 Abs. 5 IVHSM streben die Experten des Fachorgans eine einvernehmliche Entscheidungsfindung an. Kann diese nicht erreicht werden, werden Beschlüsse mit einem einfachen Mehr der anwesenden Mitglieder gefasst, wobei mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sein müssen. Das HSM Beschlussorgan erlässt die Ausstandsregeln. Soweit zu den gesetzlichen Bestimmungen. Nun ist es offenkundig, dass das HSM Fachorgan bei der Zuteilung der hochspezialisierten Viszeralchirurgie der Tatsache, ob ein Spital ein Universitäts- oder Zentrumsspital ist, eine wichtige Rolle beimisst. Da 8 Mitglieder des 12-köpfigen HSM Fachorgans ein schweizerisches Universitäts- oder Zentrumsspital repräsentieren, stellt sich die Frage, ob diese Experten bei der Entscheidungsfindung über die hochspezialisierte Viszeralchirurgie in den Ausstand getreten sind und, falls dies der Fall war, wie unter diesen Umständen ein gültiger Entscheid gemäss Art. 4 Abs. 5 IVHSM zustande kommen konnte. Um diese Frage zu klären, aber auch aus Gründen der Transparenz, bitten wir Sie, das Stimmverhalten der Mitglieder des HSM Fachorgans bei der Entscheidung über den vorliegenden Planungsentwurf offen zu legen und die vom HSM Beschlussorgan erlassenen Ausstandsregeln publizieren zu wollen.

Die im vorliegenden Planungsentwurf aufgestellte Behauptung, der Bereich der Rektumchirurgie sei auf tiefe Rektumsektionen beschränkt worden, erweist sich bei der Prüfung der dazu verwendeten CHOP-Codes als falsch. In Tat und Wahrheit sind ausnahmslos die gleichen CHOP-Codes verwendet worden wie im ersten Entwurf. Auch der von uns beanstandete CHOP-Code 45.8, der Rektumresektionen explizit *aus*-schliesst, ist erneut aufgeführt worden. Demnach hat die behauptete Beschränkung auf tiefe Rektumresektionen in keiner Weise stattgefunden, ganz abgesehen davon, dass das „tiefe Rektum“ überhaupt nicht definiert wird. Die Behauptung des HSM Fachorgans ist nicht nur falsch, sondern auch irreführend, weil sie eine Berücksichtigung von Rückmeldungen suggeriert, die tatsächlich nicht erfolgt ist.

Die fmCh hält weiterhin daran fest, dass die gemäss vorliegendem Planungsentwurf definierte Rektumchirurgie nicht der hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM hinzuzurechnen ist und aus dem Katalog des HSM Fachorgans zu streichen ist.

3.2 Kriterien für die Zuteilungsentscheide

3.2.1 Wirtschaftlichkeit

Wie schon der erste Planungsentwurf lässt auch der vorliegende Entwurf das Kriterium der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen vollständig ausser Acht. Dies steht nicht nur im Widerspruch zum KVG, wie wir bereits in unserer ersten Stellungnahme ausgeführt haben, sondern auch zur IVHSM selbst. Gemäss Art. 4 Abs. 4 IVHSM muss das Fachorgan für den Zuteilungsentscheid das Kriterium der Wirtschaftlichkeit berücksichtigen. Im Planungsentwurf in Tabelle 1 auf Seite 13 wird immerhin festgehalten, dass die Kosten der ausgewählten Bereiche hoch seien. Aber der Planungsentwurf verzichtet in der Folge auf eine Anwendung des Wirtschaftlichkeitskriteriums. Dies ist unverständlich. Dem HSM Fachorgan könnte möglicherweise entgangen sein, dass mit der Revision des KVG, Teil Spitalfinanzierung, die Erfassung der Fallkosten zur Routine in den Schweizer Spitälern geworden ist. Zusammen mit den Fallpreisen, die Spitäler und Krankenversicherungen zu verhandeln haben, stehen damit einwandfreie Wirtschaftlichkeitskriterien zur Verfügung, die auch vom HSM Fachorgan herangezogen werden können. Die Nicht-Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitskriteriums kann zu Fehlallokationen führen. Beispiel: Ein Spital der Grundversorgung (K12), das mit schlanken Strukturen und effizienten Prozessen qualitativ gleichwertige Ergebnisse wie ein Spital der Zentrumsversorgung (K11) erzielt, erfährt aufgrund der vorliegenden Zuteilungsmethodik einen ungerechtfertigten Wettbewerbsnachteil.

3.2.2 Strukturqualität

Der Aspekt der Strukturqualität wird zu stark betont. Kriterien der Strukturqualität sind eine wichtige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für gute klinische Ergebnisse.

Wie schon in unserer ersten Stellungnahme ausgeführt, lässt der Planungsentwurf die Erfahrung des Chirurgen ausser Acht. Eine erfahrene Chirurgin wird auch bei geringen Fallzahlen exzellente Ergebnisse vorweisen können. Dies muss bei Zuteilungsentscheiden zwingend mitberücksichtigt werden.

3.2.3 Prozessqualität

Die Definition der Prozessqualität wird im Bericht nicht korrekt wiedergegeben. Prozessqualität dient unter anderem der Patientensicherheit. Patientensicherheit ist auch in der hochspezialisierten Medizin ein wichtiges Thema. Auf vielen chirurgischen Abteilungen der Schweiz werden Checklisten der Stiftung für Patientensicherheit mit Erfolg verwendet, beispielsweise die Checkliste «Safe Surgery Saves Lives». Die Verwendung dieser Checklisten sollte deshalb als einfaches, aber eindeutiges und sinnvolles Kriterium der Prozessqualität herangezogen werden.

3.2.4 Ergebnisqualität

Das gesamte Anhörungsverfahren geht von der Hypothese aus, dass Kliniken, welche die strukturellen, personellen und prozessualen Voraussetzungen sowie die Mindestfallzahlen nicht erfüllen, eine schlechte Ergebnisqualität, Kliniken jedoch, die sie erfüllen, eine gute Ergebnisqualität haben. Wir bitten das HSM Fachorgan um Offenlegung der Daten, welche diese Hypothese stützen.

Wir sind der Meinung, dass das Kriterium der Ergebnisqualität von zentraler Bedeutung ist. Wenn die Konzentrationsmassnahmen eine Wirkung entfalten sollen, dann sollten sie hauptsächlich zur Verbesserung der Ergebnisqualität dienen. Die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC) und der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC) sowie die Richtlinien der Swiss Society for the Study of Morbid Obesity sind geeignete Instrumente für die Erfassung und Kontrolle der Ergebnisqualität. Wie schon in unserer ersten Stellungnahme festgehalten, begrüsst die fmCh den Umstand, dass Zuteilungsentscheide von der Teilnahme an Registern abhängig gemacht werden. Allerdings stellt sich erneut die Frage, warum nur die Teilnahme an Registern und erneut nicht auch die tatsächlich erbrachten Langzeit-Ergebnisse berücksichtigt werden sollen. Wer heute schon ein Register führt und gute klinische Ergebnisse nachweisen kann, sollte dafür belohnt werden. Leider ist dies auch beim vorliegenden revidierten Planungsentwurf nicht der Fall.

3.2.5 Indikationsqualität

Die herausragende Bedeutung der Indikationsqualität in den operativen Disziplinen wird auch im zweiten Entwurf nicht explizit erläutert. Dies sollte dringend nachgeholt werden. Das alleinige Vorhandensein eines *tumor board* genügt dieser Voraussetzung nicht, wenn es nicht bereits bei der Indikationsstellung und Festlegung des Behandlungsablaufes in Aktion tritt. Immerhin wird in den Auflagen zu allen fünf Bereichen die Erfassung der Indikationsstellung in Registern systematisch verlangt. Dabei kommt jedoch nur die subjektive Indikationsmeinung des Operateurs zum Ausdruck. Dass durch diese Massnahme ein bedeutender Effekt auf die Verbesserung der medizinischen Qualität in der Schweiz erwartet werden kann, ist durchaus plausibel, muss aber noch durch Fakten erhärtet werden. Dieser zu erwartende Effekt wird sich unter den Bedingungen eines funktionierenden Preis- und Qualitätswettbewerbs, wie er mit der Neuen Spitalfinanzierung vorgesehen ist, zweifellos verstärken.

3.2.6 Mindestfallzahlen

Mindestfallzahlen spielen bei den vorliegenden Zuteilungsvorschlägen eine (zu) dominante Rolle. Die Festlegung dieser Zahlen sollte deshalb möglichst Evidenzbasiert erfolgen. Das Literaturverzeichnis des Planungsentwurfs wurde um 9 zusätzliche Literaturangaben ergänzt; drei als „vertraulich“ bezeichnete Quellen wurden zu recht gestrichen. Das ist gegenüber der ersten Version sicher als Verbesserung zu begrüßen. Zur korrekten Anwendung der Evidenz-basierten Medizin gehört es aber, dass alle relevanten Studien zitiert werden, das heisst auch

diejenigen, welche die eigene Vermutung *nicht* stützen. Stellvertretend für viele Studien, die einen Zusammenhang zwischen Mindestmenge und Ergebnisqualität nicht nachweisen konnten oder diesen Zusammenhang zumindest relativieren, seien folgende genannt:

- Kozower BD, Stukenborg GJ. Hospital esophageal cancer resection volume does not predict patient mortality risk. *Ann Thorac Surg* 2012;93:1690—6.
- LePar DJ, Kron IL, Jones DR, Stukenborg GJ, Kozower BD. Hospital procedure volume should not be used as a measure of surgical quality. *Ann Surg* 2012;256:606—15.
- Meguid RA, Weiss ES, Chang DC, Brock MV, Yang SC. The effect of volume on esophageal cancer resections: what constitutes acceptable resection volumens for centers of excellence? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009;137:23—9.
- Gasper WJ, Glidden DV, Jin C, Way LW, Patti MG. Has recognition of the relationship between mortality rates and hospital volume for major cancer surgery in California made a difference? A follow-up analysis of another decade. *Ann Surg* 2009;250:472—83.

3.2.7 Verwendung der CHOP-Klassifikation

Die Verwendung der Medizinischen Statistik als Datengrundlage ist problematisch. Die CHOP-Systematik ist im Antragsverfahren 2008 / 2009 wesentlich verbessert worden. Dennoch hinkt sie der medizinischen Realität hinterher. Innovative Leistungen, die einen wesentlichen Bestandteil der hochspezialisierten Medizin ausmachen, werden mit Verzögerung erfasst. Sollte sich die Planung der hochspezialisierten Medizin ausschliesslich auf die CHOP-Klassifikation abstützen, würden zwangsläufig innovative oder experimentelle Verfahren, die von einer Konzentration profitieren würden, nicht erfasst.

Warum das HSM Fachorgan beim ersten Planungsentwurf die Medizinische Statistik 2010 verwendet hat und für den zweiten Entwurf auf die Medizinische Statistik 2011 gewechselt ist, ist nicht einsichtig. Es wäre naheliegend gewesen, beide Statistiken zu verwenden. Da bei bestimmten Eingriffen geringe Fallzahlen zu verzeichnen sind, fallen normale jährliche Schwankungen stark ins Gewicht. Jährliche „Momentaufnahmen“ können aber zu falschen Beurteilungen der einzelnen Spitäler führen. Statt eine jährliche Datenbasis zu verwenden, sollte besser der Verlauf über mehrere Jahre berücksichtigt werden.

3.2.8 Übergangsregelung

Die fmCh begrüsst die im vorliegenden Planungsentwurf vorgesehene Übergangsregelung, wonach Spitäler, welche die vorgeschriebene Mindestfallzahl (noch) nicht erreicht haben, trotzdem einen provisorischen Leistungsauftrag erhalten

können.

Eine Übergangsregelung sollte aber auch jenen Spitälern gewährt werden, die ein hochspezialisiertes Angebot von Grund auf aufbauen wollen. Eine solche Situation kann beispielweise eintreten, wenn ein Spital eine Chirurgin anwirbt, die ein hochspezialisiertes Gebiet der Viszeralchirurgie in hervorragender Art und Weise beherrscht und in absehbarer Zeit überdurchschnittlich hohe Fallzahlen auf diesem Gebiet generieren wird. Die Verweigerung einer Übergangsregelung für solche Spitäler würde einen massiven Einschnitt in die unternehmerische Freiheit der Spitäler darstellen. Diese zu fördern ist aber das explizite Ziel der 2009 in Kraft getretenen Neuen Spitalfinanzierung. Wir bitten Sie deshalb, die Übergangsregelung in diesem Sinn ergänzen zu wollen.

3.2.9 Fallzahl pro Chirurg

Neben der Fallzahl pro Klinik spielt die Fallzahl pro Chirurg eine mindestens so wichtige Rolle. Verlässt ein Chirurg mit hoher persönlicher Fallzahl ein Spital, kann dies zur Folge haben, dass dieses Spital die Mindestfallzahl für einen bestimmten Bereich nicht mehr erfüllt. Damit wird aber gleichzeitig Ihre Planungsgrundlage mit sofortiger Wirkung hinfällig.

Zudem wird nicht berücksichtigt, dass durch eine Konzentration dieser Eingriffe auf wenige, grosse Kliniken, sich diese Operationen auf eine Vielzahl von Operateuren verteilt, während sie in Kliniken mit kleineren Fallzahlen notgedrungen immer vom erfahrenen Chirurgen durchgeführt werden.

3.2.10 Mengenausweitung

Die Gefahr einer Mengenausweitung bei Anwendung von Mindestmengenregelungen ist von Ihnen erkannt worden. Die Prüfung der Indikationsqualität wird dadurch noch wichtiger. Diesem Umstand wird durch die Vorschrift der Indikationserfassung angemessen Rechnung getragen.

3.2.11 Weiterbildung und Lehre

Wir gehen mit Ihnen einig, dass ärztliche Weiterbildung und Lehre wichtige Zuteilungskriterien darstellen. Inwiefern die vorliegenden Planungsvorschläge die ärztliche Weiterbildung fördern oder behindern, kann aber innerhalb der von Ihnen festgelegten, extrem kurzen Anhörungsfrist nicht seriös beurteilt werden. Warnende Stimmen, die eine Verschlechterung der Weiterbildungssituation befürchten, sollten auf jeden Fall sehr ernst genommen und im Detail geprüft werden.

3.2.12 Forschung

Zu Recht wird Forschung als Zuteilungskriterium aufgeführt. Es fehlt jedoch weiterhin eine Operationalisierung dieses Kriteriums. Da dieses Kriterium bei den

Zuteilungsentscheiden keine praktische Relevanz zu haben scheint, sollte es gestrichen werden.

4 Bereiche der hochspez. Viszeralchirurgie

4.1 Ösophagusresektion

Wie von der fmCh in der Stellungnahme zum ersten Planungsentwurf empfohlen, sind folgende Prozeduren-Codes aus der unter „Ösophagusresektion“ aufgeführten Liste gestrichen worden:

29.31 Krikopharyngeale Myotomie

29.32 Pharyngeale Divertikulotomie

29.39 Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Pharynx.

Im ersten Planungsentwurf stimmte die für diesen Bereich angegebene Fallzahl von 401 Fällen für das Jahr 2010 nicht mit den vom Bundesamt für Statistik (BFS) publizierten Zahlen überein. Gemäss Aufstellung der fmCh wurden 363 Eingriffe durchgeführt.

Im vorliegenden Planungsentwurf stimmt die angegebene Fallzahl von 434 Fällen für das Jahr 2011 wiederum nicht mit den vom BFS publizierten Zahlen überein. Gemäss Tabelle 1 Ösophagusresektionen auf Seite 16 wurden lediglich 209 Eingriffe durchgeführt.

Wir bitten das Fachorgan um Klärung dieser starken Diskrepanz.

Die Mindestfallzahl von 15 Resektionen pro Jahr und Standort ist zu hoch gegriffen. In Deutschland wurde die jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus für „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ auf 10 Fälle festgelegt⁴. Diskutiert wird zudem die Reduktion auf 5 Fälle pro Jahr⁵.

Die fmCh empfiehlt eine Reduktion der Mindestfallzahl auf 10 Fälle pro Jahr und pro Spital.

4.2 Resezierende Pankreaschirurgie

Im ersten Planungsentwurf stimmte die für diesen Bereich angegebene Fallzahl von 679 Fällen für das Jahr 2010 nicht mit den publizierten Zahlen des Bundesamtes für Statistik (BFS) überein. Gemäss Aufstellung der fmCh wurden 613 Eingriffe durchgeführt.

⁴Mindestmengenregelungen gemäss §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

⁵Abschlussbericht zur Begleitforschung Mindestmengeneinführung

Im vorliegenden Planungsentwurf stimmt die angegebene Fallzahl von 599 Fällen für das Jahr 2011 wiederum nicht mit den vom BFS publizierten Zahlen überein. Gemäss Tabelle 2 Resezierende Pankreaschirurgie auf Seite 19 wurden 513 Eingriffe durchgeführt.

Wir bitten das Fachorgan um Klärung dieser deutlichen Diskrepanz.

Die Mindestfallzahl von 20 Eingriffen pro Jahr und Standort ist zu hoch gegriffen. In Deutschland wurde die jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus für „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas“ auf 10 Fälle festgelegt⁶. Diskutiert wird zudem die Reduktion auf 5 Fälle pro Jahr⁷.

Die fmCh empfiehlt deshalb eine Reduktion der Mindestfallzahl auf 10 Fälle pro Jahr und pro Spital.

4.3 Resezierende Leberchirurgie

Die fmCh begrüsst die Bereinigung der Liste mit der Beschränkung auf Eingriffe der resezierenden Leberchirurgie.

Im ersten Planungsentwurf stimmte die für diesen Bereich angegebene Fallzahl von 603 Fällen für das Jahr 2010 nicht mit den publizierten Zahlen des Bundesamtes für Statistik (BFS) überein. Gemäss Aufstellung der fmCh wurden 516 Eingriffe durchgeführt.

Im vorliegenden Planungsentwurf stimmt die angegebene Fallzahl von 543 Fällen für das Jahr 2011 wiederum nicht mit den vom BFS publizierten Zahlen überein. Gemäss Tabelle 3: «Resezierende Leberchirurgie» auf Seite 21 wurden 429 Eingriffe durchgeführt.

Wir bitten das Fachorgan um Klärung dieser deutlichen Diskrepanz.

Die Mindestmenge von 20 Fällen pro Jahr und Spital ist nicht angemessen. Wohl sieht auch die Mindestmengenregelung in Deutschland eine Mindestfallzahl von 20 Eingriffen vor. Darunter sind aber neben den Leberresektionen auch die Lebertransplantationen aufgeführt. Soll in der Schweiz lediglich die Zahl der Leberresektionen eingeschränkt werden, empfiehlt es sich, die Mindestfallzahl von 20 auf 10 Eingriffe pro Jahr und Spital als vernünftiges Mass herabzusetzen.

4.4 Rektumresektion

Wie oben unter Punkt 3.1 bereits ausgeführt wurde das Gebiet der Rektumchirurgie, entgegen der im Planungsentwurf aufgestellten Behauptung, nicht auf tiefe

⁶Mindestmengenregelungen gemäss §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

⁷Abschlussbericht zur Begleitforschung Mindestmogeneinführung

Rektumresektionen beschränkt. Eine derart irreführende Behauptung ist stossend und hat in einem amtlichen Dokument, das obendrein Verfügungscharakter hat, nichts zu suchen.

Die Liste mit den CHOP-Codes ist mit den untergeordneten sechsstelligen CHOP-Codes zu ergänzen, ansonsten die korrekten Fallzahlen nicht wiedergegeben werden können. Wir haben dies in der Tabelle 4 «Rektumresektion» auf Seite 23 im Anhang nachgeholt.

Wie schon in unserer Stellungnahme zum ersten Planungsentwurf und eingangs der vorliegenden Stellungnahme unter Punkt 3.1. erwähnt, halten wir daran fest, dass der CHOP-Code 45.8 die Resektion des Rektums *ausschliesst*⁸ und deshalb aus der Liste gestrichen werden muss. Das Gleiche gilt auch für die abdominoperineale Rektumresektion an Kliniken mit einer hausinternen, kompetenten Stomatherapie.

Im ersten Planungsentwurf stimmte die für diesen Bereich angegebene Fallzahl von 1174 Fällen für das Jahr 2010 nicht mit den publizierten Zahlen des Bundesamtes für Statistik (BFS) überein. Gemäss Aufstellung der fmCh wurden 2056 Eingriffe durchgeführt. Im vorliegenden Planungsentwurf stimmt die angegebene Fallzahl von 695 Fällen für das Jahr 2011 wiederum nicht mit den vom BFS publizierten Zahlen überein. Gemäss Tabelle 4 «Rektumresektion» auf Seite 23 wurden, abzüglich Code 45.8 und zugehörige sechsstelligen Codes, 2266 Eingriffe durchgeführt.

Allerdings wird aus den Listen der Planungsentwürfe jeweils nicht ersichtlich, in welchen Fällen die Hauptdiagnose eine Neoplasie war. Wie bitten das Fachorgan um Klärung der diskrepanten Fallzahlen bzw. Nachlieferung einer detaillierten CHOP-Statistik mit Angabe der Hauptdiagnosen.

4.5 Komplexe bariatrische Chirurgie

Die bariatrische Chirurgie wird von den Richtlinien der Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) sowie von den Vorgaben der Krankenpflegeverordnung KLV, Anhang 1, geregelt. Damit bariatrische Eingriffe von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden, müssen sie an einem der 33 von der SMOB zertifizierten Zentren durchgeführt werden. Für die Durchführung der komplexen bariatrischen Eingriffe haben sich 27 dieser 33 Zentren beworben. Es stellt sich hiermit die Frage, ob eine Zusatzregelung der bariatrischen Chirurgie durch die IVHSM überhaupt notwendig ist. Die fmCh ist der Auffassung, dass die Richtlinien der SMOB und die Bestimmungen der KLV hinreichend sind, um eine hervorragende medizinische Qualität in diesem Bereich der viszeralen Chirurgie zu garantieren. Sie

⁸Siehe Abbildung 1 auf Seite 26 und CHOP-Klassifikation 2011.
URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4096>

empfiehlt deshalb die Streichung aus dem Katalog der IVHSM.

An dieser Stelle stellt sich die Frage, wie die Anwendungsbereiche der KLV und der IVHSM voneinander abgegrenzt werden sollen, wenn beide Gesetzeswerke das gleiche Gebiet betreffen. Welche Bestimmungen haben Vorrang? Welche Gerichte sind im Streitfall zuständig? Wir bitten das Fachorgan, diese juristischen Fragen, die von grosser praktischer Relevanz sind, abklären zu lassen und das Ergebnis zu publizieren. Solange diese Fragen nicht geklärt sind, besteht eine erhebliche Rechtsunsicherheit für die betroffenen Parteien.

5 Vorgeschlagene Leistungsaufträge

Es fällt auf, dass sich viele Spitäler erst nach Eröffnung der ersten Anhörung um einen Leistungsauftrag in der hochspezialisierten Viszeralchirurgie beworben haben. Siehe dazu die Tabelle 5 auf Seite 25. Diese Tatsache unterstreicht einerseits die Bedeutung des Anhörungsverfahrens und unsere Forderung, dass angemessene Anhörungsfristen zu gewähren sind. Andererseits stellt sich die Frage, warum diese Spitäler nicht schon im ersten Planungsentwurf erfasst wurden. War die Planungsmethodik fehlerhaft oder die Datengrundlage ungenügend?

Definitive Leistungsaufträge wurden nur in den Bereichen Ösophagusresektion, Pankreasresektion und Leberresektion erteilt. Es fällt auf, dass ausser dem St. Claraspital (BS), das seit jeher ein viszeralchirurgisches Exzellenzzentrum darstellt, ausschliesslich öffentliche Spitäler einen definitiven Leistungsauftrag erhalten haben. Ist dies Zufall oder liegt möglicherweise ein Bias bei der Zuteilungsmethodik vor? Eine Klärung dieser Frage würde viel zur Glaubwürdigkeit des HSM Fachorgans beitragen.

Im Bereich der Rektumchirurgie wurden aufgrund „der aktuell noch nicht befriedigenden Datenlage“ keine definitiven Leistungsaufträge erteilt. Diese Begründung ist einleuchtend. Aus dem gleichen Grund ist es aber nicht nachvollziehbar, warum folgenden Spitalern *einzig aufgrund ungenügender Fallzahlen* selbst ein provisorischer Leistungsauftrag verweigert wurde:

- Kantonsspital Baden
- Hirslandenklinik Aarau
- Spital Appenzell
- Spitalzentrum Biel
- Spital Thun STS AG
- Hôpital de la Tour
- Kantonsspital Glarus

- Hôpital du Jura
- Klinik St. Anna
- Kantonsspital Nidwalden
- Spital Lachen
- Kantonsspital Uri
- Hôpital du Chablais
- Hôpital intercantonal de la Broye
- Ensemble hospitalier de la Côte
- Zuger Kantonsspital, Baar
- Spital Bülach
- Stadtspital Waid
- Spital Zollikerberg.

Wenn die Datenlage als noch nicht befriedigend erachtet wird, so ist es aus Gründen der Rechtsgleichheit nicht akzeptabel, dass ein Teil der Spitäler einen provisorischen Leistungsauftrag und ein anderer Teil gar keinen Leistungsauftrag erhält. Zuerst muss die Datenlage für alle betroffenen Spitäler als befriedigend eingestuft werden, bevor überhaupt Leistungsaufträge erteilt werden können. Alternativ kann auch allen postulierenden Spitälern ein provisorischer Leistungsauftrag erteilt werden. Hingegen sind willkürliche, nicht nachvollziehbare Ungleichbehandlungen bei der Leistungszuteilung nicht akzeptabel. Dass im vorliegenden Planungsentwurf genau dies geschehen ist, muss aufgrund der publizierten Dokumente jedoch angenommen werden. Wir bitten Sie, diese äussert problematische Situation so rasch als möglich zu klären.

6 Weitere Kommentare

Die fmCh begrüsst die Tatsache, dass im ersten Planungsentwurf gemachte Äusserungen wie

„Alle diese Merkmale machen die grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe zu einem klassischen Bereich der hochspezialisierten Medizin, welche am besten an Universitätskliniken oder grossen Zentrumsspitalern mit entsprechender Infrastruktur und den spezifischen Personalressourcen durchgeführt werden sollten.“

oder:

”[...] das für die Weiterentwicklung und die fachliche Weiterbildung in den ausgewählten Eingriffen notwendige interdisziplinäre Umfeld ist in aller Regel nur in einer akademischen Umgebung vollständig vorhanden.”

im vorliegenden Entwurf entfallen sind. Diese Aussagen waren nicht zutreffend und tendenziös. Die fmCh ruft nochmals in Erinnerung, dass die Entwicklung der Viszeralchirurgie in der Schweiz auch von kleinen und privaten Spitälern massgeblich gefördert worden ist.

7 Fazit

Der vorliegende Entwurf illustriert die Grenzen und Schwächen des planwirtschaftlichen Ansatzes der IVHSM in sehr anschaulicher Weise. Die Viszeralchirurgie ist eines der innovativsten Gebiete der modernen Medizin. Die Spezialisierung schreitet unaufhörlich voran. Ein derart dynamisches Gebiet mit planwirtschaftlichen Methoden steuern zu wollen, ist und bleibt ein hoffnungsloses Unterfangen. Die Planung hinkt der Realität stets hinterher. Einer Steuerung durch Ergebnisqualität und Preise ist demgegenüber klar der Vorzug zu geben. Dazu hat die Neue Spitalfinanzierung die Grundlagen und Mittel geschaffen.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. med. Urban Laffer, Präsident
Dr. med. Markus Trutmann, Generalsekretär
fmCh
Theodor Kocher Strasse 11
CH-2502 Biel / Bienne
Tel.: 032 329 50 00
Fax: 032 329 50 01
E-Mail: sekretariat@fmch.ch




A Tabellen

Tabellenverzeichnis

1	Ösophagusresektionen	16
2	Resezierende Pankreaschirurgie	19
3	Resezierende Leberchirurgie	21
4	Rektumresektion	23
5	Zuteilung der Leistungsaufträge	25

Legende

- MS 2010 : Medizinische Statistik 2010
 MS 2011 : Medizinische Statistik 2011
 : Fallzahl-Feld eines CHOP-Codes, der im Planungsentwurf nicht verwendet wurde

Erläuterungen

Das HSM Fachorgan hat für den ersten Planungsentwurf die Medizinische Statistik 2010, für den zweiten Planungsentwurf die Medizinische Statistik 2011 verwendet.

Wenn für CHOP-Codes keine Fallzahlen in der Medizinischen Statistik aufgeführt sind, wurden die entsprechenden Felder in dieser Tabelle leer gelassen. Fallzahlen für CHOP-Codes, die im Planungsentwurf nicht berücksichtigt worden sind, werden hier nicht aufgeführt. Die entsprechenden Felder sind mit einem grauen Balken belegt.

Quellen

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist öffentlich zugänglich. Die xls-Datei «Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Anzahl Fälle und durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Altersklasse und Behandlungskode» für das Jahr 2011 steht auf der Website des Bundesamtes für Statistik zur Verfügung⁹. Das gleiche gilt für die xls-Datei «Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Anzahl Fälle und durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Altersklasse und Behandlungskode» für das Jahr 2010¹⁰.

⁹<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/data/01/05.Document.165471.xls>

¹⁰<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/data/01/05.Document.150445.xls>

Tabelle 1: Ösophagusresektionen

CHOP-Code	Bezeichnung	Fallzahl	
		MS 2010	MS 2011
Z29.31	Krikopharyngeale Myotomie	34	
Z29.32	Pharyngeale Divertikulektomie	56	
Z29.39	Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Pharynx	70	
Z31.95	Tracheoösophageale Fistulisation	6	
Z42	Operationen am Ösophagus		
Z42.1	Ösophagostomie		
Z42.10	Ösophagostomie, n.n.bez.		
Z42.11	Zervikale Ösophagostomie	1	
Z42.12	Exteriorisation einer ösophagealen Tasche		
Z42.19	Sonstige Fistulisierung des Ösophagus nach aussen		
Z42.25	Offene Biopsie am Ösophagus		
Z42.32	Lokale Exzision von anderer Läsion oder Gewebe aus dem Ösophagus	5	
Z42.4	Exzision am Ösophagus		
Z42.40	Ösophagektomie, n.n.bez.	10	2
Z42.41	Partielle Ösophagektomie	71	
Z42.41.10	Partielle Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität		5
Z42.41.20	Partielle Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität		75
Z42.41.99	Partielle Ösophagektomie, partielle		8
Z42.42	Totale Ösophagektomie	54	
Z42.42.10	Totale Ösophagektomie, ohne Wiederherstellung der Kontinuität		6
Z42.42.20	Totale Ösophagektomie, mit Wiederherstellung der Kontinuität, transmediastinal		15
Z42.42.21	Totale Ösophagektomie, mit Wiederherstellung der Kontinuität, thorakoabdominal		44

Tabelle 1: Ösophagusresektionen (Fortsetzung)

CHOP-Code	Bezeichnung	Fallzahl	
		MS 2010	MS 2011
Z42.42.29	Totale Ösophagektomie, ohne Wiederherstellung der Kontinuität, sonstiger Zugang		12
Z42.42.99	Totale Ösophagektomie, sonstige		8
Z42.5	Intrathorakale Anastomose am Ösophagus		
Z42.51	Intrathorakale Ösophagoösophagostomie	13	
Z42.51.10	Intrathorakale Ösophagoösophagostomie, Rekonstruktion der Ösophaguspassage bei Atresie u. Versorgung einer kongenitalen ösophagotrachealen Fistel		15
Z42.51.99	Intrathorakale Ösophagoösophagostomie, sonstige		1
Z42.52	Intrathorakale Ösophagogastrostomie	18	2
Z42.53	Intrathorakale Ösophagusanastomose mit Interposition von Dünndarm	2	2
Z42.54	Sonstige intrathorakale Ösophagoenterostomie	2	4
Z42.55	Intrathorakale Ösophagusanastomose mit Interposition von Dickdarm	1	1
Z42.56	Sonstige intrathorakale Ösophagokolostomie		
Z42.58	Intrathorakale Ösophagusanastomose mit anderer Interposition		2
Z42.59	Sonstige intrathorakale Ösophagusanastomose	1	
Z42.6	Prästernale Ösophagusanastomose		
Z42.61	Prästernale Ösophagoösophagostomie		
Z42.63	Prästernale Ösophagusanastomose mit Interposition von Dünndarm		
Z42.64	Sonstige prästernale Ösophagoenterostomie	1	
Z42.65	Prästernale Ösophagusanastomose mit Interposition von Dickdarm		1
Z42.66	Sonstige prästernale Ösophagokolostomie		
Z42.68	Sonstige prästernale Ösophagusanastomose mit Interposition		

Tabelle 1: Ösophagusresektionen (Fortsetzung)

CHOP-Code	Bezeichnung	Fallzahl	
		MS 2010	MS 2011
Z42.69	Sonstige prästernale Ösophagusanastomose		
Z42.8	Sonstige Rekonstruktion am Ösophagus		
Z42.83	Verschluss einer Ösophagostomie		
Z42.84	Verschluss einer Ösophagusfistel, andernorts nicht klassifiziert	3	
Z42.85	Plastische Rekonstruktion an einer Ösophagusstenose	4	3
Z42.86	Subkutane Tunnelierung ohne Ösophagusanastomose		
Z42.87	Sonstiges Transplantat am Ösophagus		
Z42.89	Sonstige Rekonstruktion am Ösophagus	7	
Z44.65	Ösophagogastroplastik	4	
Z44.65.10	Ösophagogastroplastik, Kardioplastik, offen chirurgisch		1
Z44.65.99	Ösophagogastroplastik, sonstige		2
	Total	363	209
	im ersten Planungsentwurf angegebene Fallzahl	401	
	im zweiten Planungsentwurf angegebene Fallzahl		434
	Differenz zwischen Medizinischer Statistik und Planungsentwurf	-38	-225

Tabelle 2: **Resezierende Pankreaschirurgie**

CHOP-Code	Bezeichnung	Fallzahl	
		MS 2010	MS 2011
Z51.42	Exploration des Ductus choledochus zur Behebung einer anderen Obstruktion	3	
Z51.43	Einsetzen eines choledochohepatischen Katheters zur Dekompression	17	
Z51.93	Verschluss einer anderen Gallenfistel	1	
Z51.95	Entfernen oder Wechsel einer Endoprothese aus dem Gallengang	49	
Z52	Operationen am Pankreas		
Z52.5	Partielle Pankreatektomie		
Z52.51	Proximale Pankreatektomie	94	
Z52.51.10	Proximale Pankreatektomie, pyloruserhaltend		77
Z52.51.20	Proximale Pankreatektomie, duodenerhaltend		13
Z52.51.99	Proximale Pankreatektomie, sonstige		26
Z52.52	Kaudale Pankreatektomie	113	106
Z52.53	Radikale subtotale Pankreatektomie	30	12
Z52.59	Sonstige partielle Pankreatektomie	27	27
Z52.6	Totale Pankreatektomie	17	
Z52.6X.99	Totale Pankreatektomie, sonstige		12
Z52.7	Radikale Pankreatikoduodenektomie	245	240
Z52.9	Sonstige Operationen am Pankreas		
Z52.95	Sonstige Operation am Pankreas	1	
Z52.95.60			0
Z52.99	Sonstige offene Operationen am Pankreas	3	
Z52.99.20			0
Z52.96	Anastomose des Pankreas	13	
	Total	613	513
	im ersten Planungsentwurf angegebene Fallzahl	679	

Tabelle 2: Resezierende Pankreaschirurgie (Fortsetzung)

CHOP-Code	Bezeichnung	Fallzahl	
		MS 2010	MS 2011
	im zweiten Planungsentwurf angegebene Fallzahl		599
	Differenz zwischen Medizinischer Statistik und Planungsentwurf	-66	-86

Tabelle 3: **Resezierende Leberchirurgie**

CHOP-Code	Bezeichnung	Fallzahl	
		MS 2010	MS 2011
Z50	Operationen an der Leber		
Z50.2	Lokale Exzision oder Destruktion von Gewebe oder Läsion der Leber		
Z50.22	Partielle Hepatektomie	197	
Z50.22.10			3
Z50.22.20			7
Z50.22.21			11
Z50.22.40			103
Z50.22.41			44
Z50.22.42			0
Z50.22.99			23
Z50.3	Lobektomie der Leber	18	
Z50.3X	Lobektomie der Leber (FMH)		
Z50.3X.00	Lobektomie der Leber, n.n.bez.		5
Z50.3X.01	Lobektomie / Hemihepatektomie / Resektion mehrerer Lebersegmente, ausser zur Transplantation	141	222
Z50.3X.11	Lobektomie / Hemihepatektomie / Resektion mehrerer Lebersegmente, zur Lebendorganspende	5	11
Z50.3X.18	Sonstige oder n.n.bez. anatomische Leberresektion, zur Transplantation	1	
Z50.6	Rekonstruktion an der Leber		
Z50.69	Sonstige Rekonstruktion an der Leber	2	
Z50.9	Sonstige Operationen an der Leber		
Z50.93	Lokalisierte Leberperfusion	65	
Z50.99	Sonstige Operation an der Leber	4	
Z51.42	Exploration des Ductus choledochus zur Behebung einer anderen Obstruktion	3	

Tabelle 3: Resezierende Leberchirurgie (Fortsetzung)

CHOP-Code	Bezeichnung	Fallzahl	
		MS 2010	MS 2011
Z51.43	Einsetzen eines choledochohepatischen Katheters zur Dekompression	17	
Z51.49	Inzision anderer Gallengänge zur Behebung einer Obstruktion	3	
Z51.69	Exzision eines anderen Gallengangs	6	
Z51.93	Verschluss einer anderen Gallenfistel	1	
Z51.95	Entfernen oder Wechsel einer Endoprothese aus dem Gallengang	49	
Z51.62	Exzision der Ampulla Vateri (mit Reimplantation des Ductus choledochus)	4	
	Total	516	429
	im ersten Planungsentwurf angegebene Fallzahl	603	
	im zweiten Planungsentwurf angegebene Fallzahl		543
	Differenz zwischen Medizinischer Statistik und Planungsentwurf	-87	-114

Tabelle 4: **Rektumresektion**

CHOP-Code	Bezeichnung	Fallzahl	
		MS 2010	MS 2011
CHOP-Code	Bezeichnung	Anzahl	
		MS 2010	MS 2011
Z45.8	Totale intraabdominelle Kolektomie	125	107 ¹
Z45.95	Anastomose zum Anus	2	3
Z48.49	Sonstige Rektumresektion mit Durchzugsverfahren	89	134
Z48.5	Abdominoperineale Rektumresektion	221	199 ²
Z48.61	Transsakrale Rektosigmoidektomie	14	10
Z48.62	Anteriore Rektumresektion mit gleichzeitiger Kolostomie [nur wenn ICD-Klassifikation Hauptdiagnose = C20 (Neoplasie)]	267	315
Z48.63	Sonstige anteriore Rektumresektion [nur wenn ICD-Klassifikation Hauptdiagnose = C20 (Neoplasie)]	1317	1585 ³
Z48.64	Posteriore Rektumresektion [nur wenn ICD-Klassifikation Hauptdiagnose = C20 (Neoplasie)]	6	10 ⁴
Z48.65	Rektumresektion nach Duhamel	15	10
Total		2056	2373
	Total ohne Code 45.8		2266
	im ersten Planungsentwurf angegebene Fallzahl	1174	
	im zweiten Planungsentwurf angegebene Fallzahl		695
	Differenz zwischen Medizinischer Statistik und Planungsentwurf	+882	+1571

¹CHOP-Code 45.8 sollte in dieser Aufstellung nicht aufgeführt sein, weil er Rektumresektionen explizit ausschliesst. Wird CHOP-Code dennoch aufgeführt, müssen folgende sechsstelligen Codes hinzugerechnet werden:

45.8	Totale intraabdominale Kolektomie	3
45.8X00	Totale intraabdominale Kolektomie, n.n.bez.	16
45.8X20	Totale intraabdominale Kolektomie, Erweiterte totale Kolektomie	24
45.8X30	Totale intraabdominale Kolektomie, Erweiterte totale Proktokolektomie	27
45.8X99	Totale intraabdominale Kolektomie, sonstige	37
	Total	107

²Bei CHOP-Code 48.5 müssen die untergeordneten sechsstelligen Codes hinzugerechnet werden:

48.5X00	Abdominoperineale Rektumresektion, n.n.bez.	33
48.5X10	Abdominoperineale, abdominosakrale und (sakro-) perineale Rektumresektion	79
48.5X11	Erweiterte abdominoperineale und abdominosakrale Rektumresektion	20
48.5X99	Abdominoperineale Rektumresektion, sonstige	67
	Total	199

³Bei CHOP-Code 48.63 müssen die untergeordneten sechsstelligen Codes hinzugerechnet werden:

48.6300	Sonstige anteriore Rektumresektion, n.n.bez.	458
48.6310	Sonstige anteriore Rektumresektion, Erweiterte anteriore Resektion	239
48.6399	Sonstige anteriore Rektumresektion, sonstige	888
	Total	1585

⁴Bei CHOP-Code 48.64 müssen die untergeordneten sechsstelligen Codes hinzugerechnet werden:

48.6400	Posteriore Rektumresektion, n.n.bez.	2
48.6410	Posteriore Rektumresektion, Posteriore Rektumresektion mit Enterostoma und Blindverschluss	3
48.6499	Posteriore Rektumresektion, sonstige	5
	Total	10

Tabelle 5: **Zuteilung der Leistungsaufträge**

Bereich	Anzahl Spitäler gemäss Planungsentwurf von Juni 2012	Anzahl Spitäler, die sich zusätzlich beworben haben
Ösophagus- resektion	7	20
	davon def. LA: 7	davon def. LA: 1
	davon prov. LA: 0	davon prov. LA: 8
Pankreas- resektion	15	16
	davon def. LA: 7	davon def. LA: 3
	davon prov. LA: 8	davon prov. LA: 5
Leber- resektion	9	17
	davon def. LA: 6	davon def. LA: 2
	davon prov. LA: 2	davon prov. LA: 8
Rektum- resektion	12	34
	davon def. LA: 0	davon def. LA: 0
	davon prov. LA: 12	davon prov. LA: 15
Komplexe bariatr. Chirurgie	9	30
	davon def. LA: 0	davon def. LA: 0
	davon prov. LA: 8	davon prov. LA: 16

prov. LA: provisorischer Leistungsauftrag, def. LA: definitiver Leistungsauftrag

B Abbildung

45.8 **Totale intraabdominelle Kolektomie**
Resektion von Zäkum, Kolon und Sigmoid
EXKL. *Abdominoperineale Rektumresektion (48.5)*
Rektokolektomie (48.41-48.69)
Sonstige Rektumresektion (48.6)
45.8X **Totale intraabdominelle Kolektomie**
45.8X.0 **Detail der Subkategorie 45.8X**
45.8X.00 **Totale intraabdominelle Kolektomie,**
n.n.bez.

Abbildung 1: **Auszug aus CHOP-Systematik, Code 45.8**