



Schweizerische Gynäkologische Chefärztekonzferenz

Conférence suisse des médecins-chefs de service de gynécologie

Protokoll der 71. Geschäftssitzung der Schweizerischen Gynäkologischen Chefärztekonzferenz, Herbstsitzung 3. Dezember 2015

1. Bericht des Präsidenten: Prof. Michel Müller

Prof. Müller begrüsst in Französisch und Deutsch die Chefärzte zur Sitzung. Er begrüsst speziell die Kolleginnen aus der Suisse romande mit besonderem Vermerk auf mehrere Neueintritte aus der Romandie.

Die Weiterbildung zum Facharzt / zur Fachärztin für Gynäkologie sowie die Subspezialisierungen in der Gynäkologie sind an der heutigen Sitzung zentrale Themen. Die Kosten der Ausbildung und das Engagement der Chefärzte werden von den öffentlichen Spitälern geleistet. Die Kosten belaufen sich auf ungefähr Fr. 90'000.00 pro Assistent pro Jahr. Die Problematik nimmt neue Dimensionen an, die niedergelassenen Gynäkologen finden keine Nachfolger und wenden sich an die Chefärzte, mehr Gynäkologen auszubilden ohne Berücksichtigung der enormen Kosten, die eine Weiterbildung zum Facharzt beinhaltet. Die FMCH verschickt Flyer zur freien Spitalwahl ohne Berücksichtigung der Ausbildungsverantwortung der öffentlichen Spitäler.

Traktandenänderung:

Dr. Dieter Stöckli, Vorstandsmitglied junges Forum, Assistenzarzt in Sursee: Weiterbildungsproblematik aus der Sicht des jungen Forums.

2. Bericht der Sekretärin: Dr. Zen Ruffinen Franziska

Viele Kolleginnen und Kollegen haben sich wegen Terminkollision mit dem Perinatologiekongress in Berlin entschuldigt.

Neue Mitglieder:

Frau Dr. Claudia Canonica, Chefärztin Bellinzona, Götti Prof. D. Fink Zürich

Frau Dr. Sylvie Rouiller – Cornu, Chefärztin Morges, Götti Dr. F. Dreher Nyon

Herr Dr. David Girardin, Chefarzt Hopital Riviera Chablais Vaud Valais und Vevey, Götti Dr. Stamm Hans

Herr Dr. Lukas Martin Kaufmann, Chefarzt Bülach, Götti Dr. Hess (in Abwesenheit)

Herr Dr. Plamen Kostov, Chefarzt Spital Horgen, Götti Prof. M. Mueller

Herr Prof. Volker Viereck, Co-Chefarzt Kantonsspitals Frauenfeld, Götti PD Dr. M. Fehr

Alle neuen Mitglieder werden mit Applaus aufgenommen, es gibt keine kritischen oder negativen Stimmen aus dem Plenum.

Neues Freimitglied:

Herr Dr. Hans Stamm

Dr. Stamm bedankt sich für die Zeit in der Chefärztekonzferenz, bedankt sich im Besonderen bei Prof. Mueller für die Anstrengungen, die Kollegen der Suisse romande wieder besser einzubeziehen. Im Gegenzug bedankt sich Prof. Mueller bei Hans Stamm, der immer ein Vermittler zwischen der Deutschschweiz und der Romandie war und die Wichtigkeit einer geschlossenen CHG aller Landesteile und Sprachregionen betonte und förderte. Dr. Stamm wird als Freimitglied, frei in der Zusammenarbeit und frei von Verpflichtungen weiter in der CHG aktiv bleiben.

3. Wie viele Subspezialisten braucht die Schweiz.

Dr. Dieter Stöckli Vorstandsmitglied junges Forum, Assistenzarzt in Sursee, Weiterbildungsproblematik aus der Sicht des jungen Forums.

Demographische und politische Veränderungen, Veränderungen in der Tarifstruktur, die medizinische Entwicklung, Veränderungen der Arbeitnehmer, Feminisierung, veränderte Arbeitsauffassung und Arbeitsstrukturen verlangen Anpassungen an die Weiterbildung.

Bei einer Umfrage bei Schweizer Medizin Studenten nach dem angestrebten Facharztstitel liegt Gynäkologie und Geburtshilfe auf Platz 6 (nach allgemein Medizin, innerer Medizin, Pädiatrie, Psychiatrie u.a.)

Herr Stöckli zitiert 2 Umfragen: eine 2009 bei allen Assistenten und eine 2014 bei den Assistenten der Zentralschweiz über die Zukunftsziele: Viele Assistenten wollen später eine Teilzeitanstellung, niemand strebt eine Chefarztstelle an.

Mit dem jetzigen Kurrikulum für einen Facharztstitel und den jetzigen Arbeitszeitmodellen braucht ein Gynäkologe 7 Jahre für die Ausbildung zum Schwerpunkttitel operative Gynäkologie. Ein Schwerpunkttitel kann somit erst mit ca. 35 Jahren erreicht werden. Im Vergleich wird bei der Ausbildung innere Medizin bereits nach 3 Jahren Grundausbildung die Ausbildung zur Subspezialisierung schon in der Assistenzzeit begonnen. Die Weiterbildung zum Gynäkologen soll erhalten bleiben, die operative Tätigkeit soll nicht von anderen Disziplinen, allgemeine Chirurgie und Urologie, Radiologie, Endokrinologie etc. übernommen werden.

2014 haben 75 Assistenzärzte das Facharztexamen abgeschlossen.

2014 haben 40 Gynäkologen einen operativen Facharzt abgeschlossen.

Folgende Berechnungen werden vorgeschlagen:

In der Schweiz gibt es 12 A Kliniken davon 5 Unikliniken und 54 B Kliniken.

Pro A Klinik wären je 2 d.h. für die ganze CH 24 Subspezialisten für fetomaternalen Medizin, für Gynäkoonkologie, und Urogynäkologie notwendig.

Pro B Klinik bräuchte es 8 operative Fachärzte d.h. 96, pro B Klinik 2 operative Fachärzte d.h. 108. Insgesamt wären 202 Subspezialisten für operative Gynäkologie für die ganze CH notwendig.

Fazit Weiterbildung in der Gynäkologie aus Sicht des jungen Forums: Weiterbildung soll gut organisiert und interdisziplinär sein, mehr Skills und weniger Zahlen. Die Weichen zur Subspezialisierung sollen früh gestellt werden, im Bewusstsein auf Kosten einer weniger breiten Ausbildung.

Assistenten möchten eine sichere Arbeitszeit, Arbeitsstelle und eine interessante Arbeit garantiert haben.

Wie viele fetomaternal Mediziner braucht die Schweiz?

Prof. Luigi Raio, Universitätsfrauenklinik Bern

Wo sind Perinatal Mediziner situiert, was können sie, ihr Schwerpunkt liegt in Diagnostik und Therapie.

Voraussetzungen für die Überlegungen: Die Zahl der SS Abbrüche stagniert, Geburten nehmen zu, somit auch die Frühgeburten. Alter und BMI der Schwangeren, SS und Geburten nach reproduktionstechnischen Massnahmen bis Eizellspende und Mehrlinge nehmen zu.

Geburtenzahl in der Schweiz zurzeit 80`000 pro Jahr.

Die Betreuung bei niedergelassenen Gynäkologen muss gut sein.

In den USA gibt es drei Kategorien fetomaternal Mediziner (MFM)

MFM mit nur einzelnen Konsultationen, MFM mit Co Management mit anderen Fachrichtungen oder niedergelassenen Gynäkologen, MFM mit Schwangerschaftsbetreuung bis zur Geburt.

In der Schweiz wie auch in anderen Ländern USA oder GB gibt es keine Daten über die notwendige Zahl an fetomaternal Mediziner.

Prof. Raio geht von 2 Hypothesen aus mit der Annahme ein fetomaternal Mediziner betreut 100 Schwangerschaften.

Annahme 1: Basierend auf älteren Schweizer Zahlen 2002 – 2004 12 % Problem SS (7 % maternale Probleme, 5% kindliche Probleme) ergibt 9600 Problem SS, bei 100 SS pro Subspezialist wären 96 fetomaternal Mediziner notwendig.

Annahme 2: Annahme die Problem SS nehmen zu auf 30 % entsprechend oben beschriebener Probleme ergibt 24`000 Problem SS, bei 100 SS pro Subspezialist wären 240 fetomaternal Mediziner notwendig.

Wie viele Urogynäkologen braucht die Schweiz?

Prof. Annette Kuhn, Universitätsfrauenklinik Bern

Die Frage wurde im AUG Vorstand diskutiert, die Zahlen basieren auf hypothetischen Überlegungen.

Gemäss ASF Statistik werden ca. 5000 – 6000 urogynäkologische Eingriffe durchgeführt in der Schweiz.

Die alte und sehr ältere Bevölkerung nimmt zu.

Gemäss BAG Webseite beträgt die Lebenserwartung 92 Jahre für die jetzt Geborenen. Eine jetzt 100 jährige lebt noch weitere 4 Jahre.

Prolaps und Belastungsinkontinenz nehmen im Alter zu, auch die Eingriffe im hohen Alter nehmen zu. Die Einwohnerzahl nimmt zu, im Jahr 2030 werden 9.5 Mio. Einwohner in der Schweiz leben.

In den USA bräuchte es gemäss Publikationen 1 Urogynäkologe pro 100`000 Einwohner, umgerechnet auf die Schweiz bräuchte es im Jahr 2030 100 Urogynäkologen. In der Schweiz wird allerdings ein Teil der Eingriffe durch Urologen oder durch urogynäkologisch versierte Gynäkologen durchgeführt.

Somit würde es in der Schweiz 70 – 100 in Urogynäkologen oder urogynäkologisch ausgebildete Gynäkologen mit operativem Schwerpunkt benötigen.

Das Interesse am interdisziplinären Schwerpunkttitel Urogynäkologie ist im Moment gering. Gemäss Auflage der FMH ist der Schwerpunkttitel für Urogynäkologie interdisziplinär. Das Programm wird im Januar 2016 auf der Home Page der SIWF aufgeschaltet.

Die Urogyn Akademie in der Schweiz fördert Nachwuchs, organisiert Blockkurse, fördert eine Netzwerkbildung der Kliniken. Zielgruppe sind urogynäkologisch interessierte Oberärzte und Assistenzärzte.

Wie viele Gynäkoonkologen braucht die Schweiz

Prof. Viola Heinzelmann-Schwarz

Der Schwerpunkt für gynäkologische Onkologie dauert 3 Jahre (sportliches Ziel), Voraussetzung ist der Schwerpunkt für operative Gynäkologie, der Schwerpunkt kann bereits 1 Jahr während der Ausbildung zum operativen Gynäkologen beginnen, die Operationen müssen als Erstoperateur durchgeführt werden.

Prof. Heinzelmann hat die Ausbildung zum Schwerpunkt in Australien absolviert.

Gynäkoonkologie Ausbildung am Beispiel Australien:

Einwohner in Australien 23.5 Mio., in der Schweiz 8.2 Mio. Die australischen Zahlen können im Verhältnis 1/3 für die Schweiz berechnet werden.

In Australien gibt es 39 Gynäkoonkologen und 12 Fellows. Verteilt auf 13 Zentren.

Ein Fellow besitzt einen operativen Schwerpunkttitel entsprechend einem FMH Titel, hat Erfahrung in psychosozialer Medizin, verpflichtet sich zu Lehrtätigkeit, Forschungstätigkeit, Bereitschaft zur Mobilität und Verpflichtung zu gynäkoonkologischen Referenzen, Verpflichtung zu Auslandjahr.

Die Ausbildung dauert 3 Jahre in 2 Zentren, erstes Jahr Vollzeit, 1 Jahr kann in Chirurgie oder Urologie absolviert werden. Die Bewerbung richtet sich ans College in Melbourne, dort werden die Kandidaten für die nächsten drei Jahre ausgewählt. Es werden gleichviele Kandidaten zur Ausbildung zugelassen wie Titelträger pro Jahr diplomiert werden.

Die Ausbildung ist kostenpflichtig. Alle drei Monate findet ein Assessment statt mit Kontrolle des Logbuchs. Die Forschungsarbeit muss publiziert werden, am Ende gibt es ein schriftliches und mündliches Examen, schriftl. Intensiv care, Radiologie, Operationen im kleinen Becken, Pharmakologie und Chemotherapie sind eingeschlossen.

Der Supervisor kontrolliert alle 6 Monate die Erfolge, ein konstantes Teaching ist gewährleistet. Bei ungenügenden Erfolgen wird die Ausbildungszeit verlängert. Die OP Zahlen entsprechen denen der Schweiz.

Das Erreichen der Zahlen ist kein Problem, die Operationen sind mit der Zulassung garantiert ohne Kampf um die OP Zahlen. Die Qualität wird höher gewertet als die Zahlen. Nach jeder Operation wird ein systematisches Assessment durchgeführt über die OP, Instrumentenlehre, Abläufe, Sicherheit, Sterilität etc.

Frau Prof. Heinzelmann schlägt für die Schweiz 1/3 der Australischen Zahlen vor:

13 Gynäkoonkologen, 4 Fellows, 4 Zentren.

Werden die Senologen eingeschlossen:

26 – 39 Gynäkoonkologen/Senologen, 4-12 Fellows (verteilt auf GynOnk- und Brustzentren), 4-13 Zentren (4 rein GynOnk- und 9 Brustzentren).

Wie viele Reproduktionsmediziner braucht die Schweiz?

Frau Dr. Sabine Steimann kann an der Sitzung nicht teilnehmen. Prof. Mueller übernimmt das Thema.

Er hat dem Vorstand die Anfrage gestellt. Zurzeit gibt es 93 Personen mit dem Schwerpunkttitel Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie. Es sind nicht mehr alle Titelträger aktiv, oder arbeiten in Teilzeitarbeit. Es wurden nicht alle Titelträger in der Schweiz ausgebildet.

16 Gynäkologen sind in der CH zur Zeit in Ausbildung.

Der Vorstand sieht im Moment keine Indikation für eine Änderung der Weiterbildung.

Diskussion der vier Vorträge:

Der Präsident schlägt vor, einen Brief an den Präsidenten der SGGG zu formulieren mit den vorgebrachten Zahlen und Vorschlägen und der Aufforderung, dass wir uns als Gesellschaft um die Ausbildung kümmern müssen und das junge Forum sich aktiv einbringen muss.

Die Hausärzte werden geplant, wir müssen den Politikern erklären, dass wir auch die Gynäkologen planen müssen.

Dr. Hümer: Es ist Vorsicht geboten, politischen Druck zu machen, die Folge kann sein, dass nur noch wenige Zentren anerkannt sind und gewisse Leistungen abrechnen dürfen. Zudem braucht es Geld, um diese Assessments durchzuführen.

Prof. Hornung: Es geht darum, den Nachwuchs zu fördern und nicht darum, Angst vor der Konkurrenz zu schüren. Subspezialisten dürfen nicht zu früh in die Ausbildung, es braucht gute und breit ausgebildete Subspezialisten, die weiter allgemeinen GynGeb Dienst machen können.

Dr. Schmid Sereina: Es braucht gut ausgebildete Leute für Dienste und Management von Komplikationen, parallel muss in die Spezialisierung investiert werden. Es braucht eine landesweite Planung.

Prof. Müller wünscht, dass der Präsident der SGGG sich dafür einsetzt, dass die Kliniken Fr. 50'000.00 pro Assistent für die Ausbildung erhalten. Das SWIF macht zunehmend mehr Vorlagen, die erfüllt werden müssen.

PD Dr. Fehr Mathias: Die Ausbildung in den B Spitälern sollte verlängert werden, die Assistenten möchten länger bleiben und haben früh Interesse für ein Spezialfach. Die Assistenten in den A Kliniken sollten nicht zu lange in den A Spitälern bleiben. A Spitäler sollten Chefärzte ausbilden.

Prof. Müller: Assis, die gut eingearbeitet sind, werden viel billiger. Sie sollen auch für längere Zeit in den A Spitälern bleiben können.

Prof. Petignac Patrick: Er befürwortet eine nationale Bedarfsanalyse, damit sich Assistenten und junge Oberärzte für Subspezialitäten entscheiden können.

4. Wie können alle Kliniken der CHG besser angesprochen werden und zur Teilnahme an den Sitzungen mobilisiert werden? How to empower the conference, how to empower B-Clinics.

Nach einem intensiven e mail Verkehr bezüglich der Verordnung der neonatologischen Versorgung an den Geburtshilflichen Kliniken wurde die Problematik der genügenden und aktiven Teilnahme an der CHG diskutiert.

Die B Kliniken haben keinen Einfluss, weil sie keinen Einfluss nehmen. Es gab in den letzten Jahren viele Chefarztwechsel. Grosse Kliniken in sind in der Personalstruktur stabiler. Grosse und kleine Kliniken haben gleiche Verantwortungen in Ausbildung, Einhalten der Budgets, technischem Fortschritt, Bestehen in der Konkurrenzsituationen. Jedoch haben sie unterschiedliche Leistungsangebote, Zertifizierungen sind für die B Kliniken sehr aufwändig, es besteht eine grosse Tendenz zur Zentralisation. Grosse Klinken können im Konkurrenzkampf besser bestehen, big ist beautiful und powerful. Die B Kliniken kommen dadurch mehr ins Hintertreffen, haben eher eine schlechtere Nachwuchsförderung, Assistenten und Patientinnen suchen das Zentrum.

Die CHG wünscht von den B Kliniken dennoch Motivation, Mobilisation und Mitgestaltung.

Es werden mehrere Möglichkeiten einer Umgestaltung der CHG diskutiert:

A Status quo beibehalten, e mail Informationen verbessern, modifizieren, Themen der A Kliniken und B Kliniken im Voraus besprechen, Zeit für Antworten und zum Einlesen in die Thematiken.

B 2 getrennte Konferenzen abhalten, Konferenz A Klinik und Konferenz B Klinik. Oder Konferenz am gleichen Tag mit separaten Blöcken.

C Konferenz rein über e mail ohne persönliches Treffen.

D Keine Konferenz, aber Delegiertenversammlung mit z.B. Delegierten von definierten Regionen der Schweiz, Grosskliniken.

Diskussion:

Allgemeiner Konsensus: Es braucht eine gemeinsame Konferenz der A und B Kliniken, es braucht eine Gesamtstimme der Kliniken und der CHG. Chefarzte mit engerer Zusammenarbeit sollen sich persönlich zur Sitzungsteilnahme motivieren.

Prof. Müllers Probleme bleiben dieselben, wie kann man die Leute zum reagieren bringen. Informationen müssen schneller disponibel und benutzerfreundlich sein. Die Landessprachen müssen gepflegt werden, die Präsentationen sollten evtl. in Englisch ein. Die Disziplin unter Chefarzten muss verbessert werden. Ein Traktandum soll immer aus eine B Klinik eingegeben werden. Es braucht Themen, die zu Spannungsfeldern führen. A und B Kliniken sollten zusammen diskutieren, z.B. Gutachterprobleme, Ausbildungsprobleme, Kurrikula. Neue Medien funktioniert gut in kleinen Gruppen, Treffen und sich sehen ist sehr wichtig.

Prof. Schär: Die Interessengruppen junges Forum, CHG, SGGG, sollen aktiv zusammenarbeiten.

Beispiel für das Arbeitspapier der Neugeborenenbetreuung in Geburtshilflichen Kliniken gab es 20 Vernehmlassungen. A Klinken haben für administrative und politische Arbeit evtl. mehr Zeit? B Kliniken sollten dennoch an den Sitzungen teilnehmen

Abstimmungen über die Form der weiteren Konferenzen:

- a. Können sich die Chefs von Leitenden Ärzten vertreten lassen?
Chefs sollen selber da sein: 37 ja, 5 nein, Vertretung ist auch möglich.
- b. 1 oder 2 Sitzungen pro Jahr: Grossteil findet 2 Konferenzen ideal.
- c. Soll die Mai Sitzung weiter an 2 Tagen durchgeführt werden: 28 ja, 5 nein (nur ein Tag)
- d. Vorschlag Prof. Hornung: die Sitzung findet an 2 Tagen statt, am Donnerstag entfällt das Seminar, am Donnerstagabend gibt es nur ein Nachtessen: 16 ja ab 18 h, 21 nein: bereits am Nachmittag mit Seminar.

5. **Schwerpunkttitel, Bericht aus dem Sekretariat:**

Diplom Gynäkoonkologie

Diplom Senologie

Dr. Thomas Eggimann

Im Vorstand wurden die Diplome der Schwerpunkttitel diskutiert:

Senologie: Seit Juli 2014 gibt es ein Diplom für Senologie, das Diplom kostet Fr. 200.00, es gibt keine Änderungen, eine Prüfung ist nicht vorgesehen.

Gynäkoonkologie: Prof. Petiniac:

Der Schwerpunkttitel für Gynäkoonkologie ist in der CH schwierig zu erreichen wegen der Konkurrenz zum Diplom des Urogynäkologen-Titels. Es gibt kein Diplom für Beckenchirurgie in der CH, ausländische Diplome für Beckenchirurgie sind vom SIWF nicht anerkannt. Der Schwerpunkt für Urogynäkologen verlangt 2 Publikationen, für fetomaternal Medizin 3 Publikationen, der Vorstand der SGGG verlangt für den Titel für Gynäkoonkologie 2 Publikationen als Erstautor.

Für die SGGG werden die **Statuten** angepasst, es soll eine Amtszeit Beschränkung geben.

An der **Tarifunion** sollten 4 Gynäkologen teilnehmen, die Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ist die grösste Basisgesellschaft. Das Büro der Tarifunion in Olten wollte eine eigene Verhandlungsdelegation und wollte selber mit den KK verhandeln. Die Tarife für die Operationen sollten reduziert werden da Operationen keine Intellektuelle Leistung seien. Pierre Villars ist immer noch sehr engagiert, hat alle Forderungen der Gynäkologen erreicht: Tarife für Operationen und Konsultationen bleiben erhalten

Personaländerungen im SGGG Sekretariat:

Zur Zeit Frau Sara Arnold, ab Februar 2016 Frau Pfenninger, sie ist perfekt bilingue.

Im Moment gibt es mehrere Austritte aus der Gesellschaft wegen persönlichen Befindlichkeiten, die Nicht-Mitglieder dürfen als Gynäkologen weiter nach Tarif abrechnen, nützen die Leitlinien, alle Arbeiten und Leistungen der Gesellschaft stehen ihnen zur Verfügung. Es muss überlegt werden, ob eine obligatorische Mitgliedschaft gefordert werden soll.

6. EGONE

Stand der interdisziplinären Empfehlungen zur Betreuung von Neugeborenen in geburtshilflichen Einrichtungen.

Prof. Schär Gabriel Präsident SGGG

EGONE:

Es bestehen weiter die bekannten Risiken im Bereich Finanzen und Personal.

Bis Ende 2016 soll der Lernzielkatalog beibehalten und die Finanzierung, Budgetierung und Personalstruktur festgelegt werden. Die nächste Fachratssitzung findet im Januar 2016 statt. Ende 2016 und 2017 folgt eine neue Grundsatzdiskussion, ob EGONE weiter gehen soll. Für 2017 ist die neue Version mit Erschliessen der Sprachregionen geplant. 2017 soll abgestimmt werden, ob die Kliniken weiter bezahlen.

Fr. 107'000 Fr. kommen von den Weiterbildungskliniken, 5 Kliniken bezahlen bis jetzt nicht. Die SGGG bezahlt Fr. 20'000 Fr. Falls kein Interesse der Kliniken besteht, kann EGONE nicht weitergeführt werden. Die Autoren wurden bis jetzt nicht honoriert, verlangen aber eine Honorierung, was die Motivation für die Mitarbeit stärken würde.

Die Inhaltbewirtschaftung wird durch Frau Dr. Adé-Damilano beibehalten. Die MC Fragen werden ab Mai 2016 abgeschlossen sein.

Die Benutzerbewirtschaftung wurde neu definiert.

Es wurde eine Kooperation mit dem Unternehmen „pnn“ für internetbasiertes Lernen eingegangen, Dr. Marc Otto übernimmt die Benutzerbewirtschaftung. Die Benutzerbewirtschaftung muss effizienter gestaltet werden, für 10'000 Studenten und 500 FMH Anwärter.

Stand der interdisziplinären Empfehlungen zur Betreuung von Neugeborenen in geburtshilflichen Einrichtungen.

Die letzte Vernehmlassung ist abgeschlossen.

Für B Klinik ohne Neonatologie: Die Übernahme durch die perinatologischen Kliniken muss gewährleistet sein. Die Neonatologischen Kliniken übernehmen die Verteilung der freien Plätze.

Dr. Schmid Sereina fordert, dass die neonatologischen Kliniken verpflichtet sein sollen, die neonatologische Betreuung der Peripherie zu übernehmen, allein die Pflicht, die Kinder abzuholen, reicht nicht aus.

Prof. Schär: Einzelprobleme können im Dokument nicht gelöst werden, das Dokument kann keine Personallücken decken. Das Dokument soll den geburtshilflichen Kliniken helfen, sich zu organisieren und organisatorische Lücken personell und finanziell gegenüber den Spitalverwaltungen entsprechend des interdisziplinären Dokumentes zu fordern.

Ab Januar 2017 wird das Dokument neu angepasst.

Prof. Hornung spricht grosses Lob an Prof. Schär und bedankt sich für die grosse Energie, mit der die komplexe Angelegenheit angepackt und zu Ende geführt wurde.

7. Wie soll der Bayer Schering Preis in Zukunft aussehen? Prof. David Stucki

Seit 1999 wird der Bayer Gynäkologie Award mit Fr. 20'000 von der Gynäkologie suisse verliehen für abgeschlossene Forschungsarbeiten. Seit 2014 wurde kein Preis verliehen, 2016 ist offen.

Weiterbildung und Forschung gleichzeitig ist schwierig. Auch ist es schwierig, einen Grand z.B. einen Nationalfond, zu erhalten.

Die Jury der SGGG zur Preisverleihung schlägt daher eine Erneuerung des Preises ab 2018 vor: Neu würde der jährliche Preis von Fr. 20'000 von Bayer mit Fr. 20'000 der SGGG ergänzt. Der Preis würde alle 2 Jahre mit Fr. 80'000 für Leute mit einem Forschungsprojekt im In- oder Ausland aufgewendet, analog einem Nationalfond Projekt, mit Ziel, nach einem Auslandsaufenthalt in die Schweiz zurückzukehren. Der Fond ist für Ärzte in Ausbildung für Gynäkologie gedacht.

Chefärztinnen und Chefärzte sollen ihre Leute für Projekte ermutigen, unter Berücksichtigung, dass Forschungsaufgaben oft von den aus- oder inländischen Labors bestimmt werden. Leute mit Potenzial sollen unterstützt werden.

Bayer bejaht die Änderung unter Voraussetzung, dass die SGGG und CHG mitmachen.

Prof. Heinzemann ergänzt: Der Preisträger sollte seine Studie präsentieren. Forschung in der Schweiz soll gefördert und unterstützt werden.

Dr. Honegger: Junge Leute sollen wissenschaftlich gefördert werden, obwohl es nicht Kernaufgabe der Gesellschaft ist.

Abstimmung:

Die CHG unterstützt das Projekt mit Fr. 20'000 pro Jahr.

3 dagegen, 28 dafür, 14 Enthaltungen.

8. Klinische Ethik - was kann sie bieten?

PD Dr. phil. Rouven Porz, Leiter Fachstelle für klinische Ethik Inselspital

Herr Dr. Porz erläutert seine Arbeit als klinischer Ethiker im Gegensatz zu den Ethikkommissionen. Ethikkommissionen entscheiden über Forschungsanträge. Die klinische Ethik beschäftigt sich mit ethischen Problemen im klinischen Alltag.

Die Ethik ist eine geisteswissenschaftliche Disziplin, nicht evidence based.

Sie beschäftigt sich mit Fragestellungen: Wie argumentieren Leute, welche Werte stehen hinter den Argumentationen. Sie beleuchtet Situationen aus dem Blickpunkt eines Perspektivenwechsels, sie bringt Transparenz bei Fragestellungen, was entspricht der eigenen privaten Moralvorstellung mit entsprechender Begrenzung und was wird von mir aus der Berufsrolle erwartet.

Fragestellungen sind unterschiedlich, sie betreffen aber insbesondere Situationen am Lebensanfang und Lebensende, zum Beispiel bei der Suizidbeihilfe oder beim medizinischen Schwangerschaftsabbruch. Die Herangehensweise ist aber immer ähnlich.

Die klinische Ethik kommt erst ins Spiel, wenn Diagnose und die Rechtslage klar ist, arbeitet im Sinne eines Konsiliardienstes als neutrale, nicht unmittelbar betroffene Person.

Es geht darum, Werte und Normen zu analysieren und zu verstehen, mit Werten zu arbeiten, ein Dilemma oder ungutes Gefühl bei einer Entscheidung zu analysieren. Die klinische Ethik soll bei Wertekonflikten und Gewissenskonflikten beratend und unterstützend sein und Transparenz bei Entscheidungsfindung und bei Interessenkonflikten aufzeigen.

Sie kann keine Entscheidungen treffen, ist keine Beschwerdeinstitution und erteilt keine Absolution.

Die klinische Ethik kann Institutionen beraten im Erstellen von Richtlinien, bei institutionellen Fragen bezüglich Patientenverfügungen, bei Fallbesprechungen, in Aus- und Weiterbildung.

9. Entwicklung der Fachhochschulausbildung von Hebammen.

Michelle Pichon Dozentin HES SO (haute école spécialisée de Suisse occidentale, Fachhochschule Westschweiz) Genf

Die Hebammen in der HES SO machen einen Ausbildungsgang zum Bachelor.

Frau Pichon hat ein Pädagogik Mandat zur Einführung von neuen Ausbildungsstrukturen und neuen Pädagogik Methoden innerhalb der HES SO Zentren für Gesundheit. Die Methoden sind noch nicht in allen Zentren und Ausbildungsgängen umgesetzt.

Ziel ist es eine neue professionelle Kultur in Weiter- und Fortbildung einzuführen.

Arbeitsinstrumente sind standardisierte Simulationsübungen, Team Steps, Team Kompetenz, Struktur der interdisziplinären Kommunikation, Kommunikation und Leadership, Kommunikationstraining.

10. Mission impossible: Eviter l'accouchement prématuré.

Dr. Begona Martinez de Tejada Weber, Genf.

Verweis auf die Original Präsentation auf der Homepage der SGGG.

7-12 % der Geburten finden vor der 37. SSW statt. Die späten Frühgeburten werden stark unterschätzt. Ursachen sind Infekte, Stress, Überdehnung des Uterus, Genetik. Frau Dr. Begona stellt eine grosse Schweizerisch-Argentinische Studie zur Analyse von Frühgeburten vor. Fazit: Ruhe erhöht das Risiko und den Prozess einer FG. Progesteron hat kein Benefit gezeigt zur Verhinderung von FG. Pessartherapie zur Verhinderung von FG in 2 Studien ohne Evidenz.

11. Operationen und End-of-Life-Überlegungen bei betagten, gynäkologisch-onkologischen Patientinnen - Indikationsstellung im Spannungsfeld zwischen Machbarkeit, Patienten-Wunsch und Ethik.

PD Dr. Edward Wight

Verweis auf die Originalpräsentation auf der Homepage der SGGG.

Die zunehmende Überalterung weltweit erhöht die Krebsfälle insgesamt. Wie alt ist eine alte Frau, Alter ab 75 Jahren? Bei älteren Menschen wird häufiger die Diagnose Krebs verspätet gestellt, das Staging ist nur suboptimal und die Therapie nicht vollständig durchgeführt. Alter ist somit per se ein Risiko für eine schlechtere Behandlung.

Mamma Karzinom: weniger häufig BET, weniger axilläre Lymphonodektomien, weniger systemische Therapien.

Eine adjuvante Therapieplanung sollte nicht aufgrund des chronologischen Alters geplant werden, sondern soll sich am biologischen Alter, an Komorbiditäten, am Wunsch der Patientin und mit Rücksicht auf die Toxizität oder Nebenwirkungen einer Therapie orientieren (Kardiotoxizität).

Medikamentöse Therapien haben bei jüngeren Frauen eine bessere Wirkung, eine antihormonelle Therapie ist auch bei älteren Frauen hoch wirksam (Achtung Osteoporose).

Ovarial Karzinom:

Sicherung der Diagnose, Frage nach maximalem oder optimalem Debulking. Resttumor über 2 cm vermindert das 5 Jahresüberleben um ¼.

Ältere Frauen werden weniger komplett operiert, erhalten weniger adjuvante Therapien, erhalten eher eine unterdosierte adjuvante Therapie und erhalten weniger Schmerztherapien.

Bei einer über 80 jährigen ist die Mortalität nach einer Ovar Karzinom Operation 9 % in den ersten 30 Tagen nach OP. Das Albumin korreliert mit der 30 Tage Mortalität.

Vulva Karzinom:

Ziel ein Inguinales Rezidiv zu vermeiden. Bei inguinalem Befall oder Rezidiv ist die Mortalität innert einem Jahr sehr hoch.

Prätherapeutische Evaluation:

Zur Risikoevaluation einer Über- oder Untertherapie und zur Vermeidung eines frühen Todes innerhalb von 6 Monaten nach Therapie, soll bei der älteren Frau prätherapeutisch ein geriatrisches Assessment durch einen Geriater oder eine strukturierte, standardisierte gynäkologische Beurteilung mittels eines Score durchgeführt werden zur Beurteilung von Profit und Schaden durch eine Krebsbehandlung.

Bei einer strukturierten Beurteilung soll einfließen:

Der funktionelle Status: Mobilität, Schwindel, Rollstuhl, Inkontinenz, nächtliches Aufstehen, Lebensunterhalt, Selbstständigkeit, Schmerzen, medikamentöse Interaktion und Toxizität, Ernährungsstatus, Osteoporose, Muskelkraft, Kachexie, Albumin.

Der kognitive Status: Demenzzzeichen, Hören, Sehen, Kommunizieren unter Berücksichtigung eines kognitiven Verlustes nach Chemotherapie.

Der emotionale Status: Depression, soziale und ökonomische Situation.

In 40 % wird nach einer geriatrischen Exploration das Therapiekonzept geändert. Es besteht eine Korrelation zwischen Gebrechlichkeit und Krebserkrankung mehr als bei Herzkrankheiten.

Ziel bei der Therapie im Alter: Heilung, um einen frühzeitigen Tod zu verhindern, Erhalt von Selbstkontrolle, Erhalt des aktuellen Lebens, Symptombekämpfung, Schmerzbekämpfung und Ermöglichen eines würdigen Sterbens.

Die Arzt-Patientinnen Beziehung ist besser und stressfreier, wenn der Fokus auf Lebensqualität des Individuums gelegt ist und wenn individualisierte, interdisziplinäre Therapiepläne erstellt werden unter Berücksichtigung der Wünsche der Patientin. Der Rea Status im Spital soll mit der Patientin besprochen und festgelegt sein. Die Abmachungen sollen gut dokumentiert sein.

12. Varia

Die nächsten Sitzungen:

Frühjahrstagung 2016: 28. / 29. April in Neuenburg

Herbsttagung 2016: 1. Dezember 2016 Bern Hotel Bellevue Palace

Herbsttagung 2017: 30. November Bern Hotel Bellevue Palace

Für das Protokoll Dezember 2015

Dr. med. Franziska Zen Ruffinen
Sekretärin CHG