



Protokoll der 73. Geschäftssitzung der Schweizerischen Gynäkologischen Chefärztekonzferenz Herbsttagung 01. Dezember 2016

1. Bericht des Präsidenten Prof. Dr. med. Michel D. Mueller

Prof. Müller begrüsst herzlich die Anwesenden in Bern und betont in seinen Begrüßungsworten die Wichtigkeit der CHG als Vertretungsgremium der den medizinischen Nachwuchs ausbildenden Chefärzte der Schweizerischen Gynäkologie.

2. Bericht der Sekretärin und Wahlen PD Dr. med. Seraina Schmid

Zunächst wird der Statuswechsel von Herrn Dr. Dieter Kölle aus Langenthal vom Aktiv- zum Frei-Mitglied kommuniziert und Dieter Kölle in seiner neuen Funktion herzlich begrüßt.

Anschliessend stellen sich fünf neue Kollegen, die ein Aufnahmegesuch zur Aktivmitgliedschaft bei der CHG gestellt haben, kurz persönlich vor:

- Frau Dr. med. Carolin Blume, Chefärztin Geburtshilfe Frauenklinik Fontana, Chur
- Herr Dr. med. Oliver Goette, Chefarzt Frauenklinik, Spital Langenthal
- Herr Prof. Dr. med. Martin Heubner, Chefarzt Gynäkologie, Kantonsspital Baden
- Herr Dr. med. Markus Kuther, Chefarzt Frauenklinik, Kantonsspital Münsterlingen
- Herr Frank Liedke, Chefarzt Gynäkologie & Geburtshilfe, SRFT Wil/SG
- Herr Dr. med. Francesco Salsano, Primario di Ginecologia-Ostetricia, Ospedale Regionale di Locarno

Die neuen Mitglieder werden durch Abstimmung im Plenum aufgenommen und herzlich begrüßt.

3. EGONE Standortbestimmung Prof. Dr. med. Gabriel Schär

Gabriel Schär berichtet in seiner Funktion als Fachrat-Präsident von EGONE über die Entwicklungen seit der letzten Geschäftssitzung im Mai.

EGONE steht am Scheideweg und kann wohl nur durch die Übernahme durch eine professionell aufgestellte Firma wie z.B. die PNN AG von Herrn Dr. Marc Otto professionalisiert, finanziell konsolidiert und in die Zukunft geführt werden (siehe Kurz-Zusammenstellung des Berichts von Gabriel Schär in der Anlage).

4. IVHSM in der Gynäkologie: was bedeutet das für uns?: Prof. Dr. med. Daniel Scheidegger

Zunächst Vorstellung der Organe der Arbeitsgruppe, das HSM-Beschlussorgan mit fünf gesetzten Kantonen der Universitätskliniken und fünf gewählten Kantonen aus der Kantonsversammlung, wobei die letztere Zusammensetzung wechselt und hier auch kleine Kantone entsprechend grosses Gewicht erhalten, dann das HSM-Fachorgan aus einem Expertengremium.

Daniel Scheidegger betont, dass in einem so grossen Projekt zu Beginn unklar ist, was nach dem komplexen Evaluations- und Entscheidungsprozess schliesslich als Empfehlung herauskommt. Als wesentliches Ziel des VHSM-Projektes wird von seiner Seite aus betont, die hoch spezialisierte Medizin nur dort anzubieten, wo auch ausgebildet wird. Ziel des Projektes ist es, auch Zahlen zu generieren, die Qualität sicherzustellen und dabei auch festzuhalten, dass es nicht notwendig ist, qualitativ an der Spitze zu stehen (Zitat Daniel Scheidegger: „*im oberen Drittel ist auch gut*“).

Auf die Frage von Christoph Honegger, was dies konkret für die Gynäkologie und Geburtshilfe bedeutet, antwortet Daniel Scheidegger, dass dies zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht klar ist, aber im Prinzip es darum geht, seltene Erkrankungen wie z.B. genitale Malformationen und auch im onkologischen Bereich (z.B. Vulva), die grosse Behandlungsteams benötigen, zu zentralisieren. Die genauen Eingriffe sind jedoch noch nicht definiert. Diese sollen durch den Input der Arbeitsgruppe der Fachgesellschaft (SGGG) und auch der CHG in der Diskussion entwickelt werden.

Die Diskussion im Plenum geht auch der Frage nach, wie das Problem der zukünftig viel weniger breit ausgebildeten Operateure vor diesem Hintergrund zu sehen ist. Daniel Scheidegger betont, dass es nicht nur um den Chirurgen gehe, sondern auch um die Teams von Anästhesie, Pflege etc. Das heisst, für die HSM muss ein entsprechendes Team da sein. Eine weitere kritische Anmerkung, u.a. von den Chirurgen, ist, dass durch ein breites Angebot von auch komplexen Eingriffen in den Kliniken und dem in Kauf nehmen eines kleinen Anteils an eventuell nicht optimal verlaufender Eingriffe, die Komplikationsbeherrschung für den Notfalleingriff, in denen das technische Know-how benötigt wird, sichergestellt wird.

Selbstverständlich stellt sich dabei in Frage, ob wir in zehn Jahren noch die Operateure zur Verfügung haben, die von ihrer Ausbildung her das HSM-Spektrum abdecken können.

Abschliessend stellt Edward Wight die Frage, ob die Krankenkassen an einer HSM-Zertifizierung aus Abrechnungs- und Qualitätsgründen interessiert sind? Die klare Antwort von Daniel Scheidegger: Nein.

6. Hebammengeleitete Geburt: Stellungnahme der CHG Barbara Stocker Kalberer, M. Haueter und Dr. med. D. Ehm

Frau Stocker Kalberer und Frau Haueter stellen ihr Konzept einer hebammengeleiteten Geburtshilfe vor. Kernanliegen sind dabei, dass Hebammen die führenden Gesundheitsfachleute für schwangere Frauen ohne Komplikationen sind und bei Schwangerschaften mit Risiken und Komplikationen die Koordinatoren der Betreuung für alle Frauen sein sollten. Dabei ist es das Ziel von Hebammen-Seite, hebammengeleitete Geburtshilfe-Angebote in den Spitälern einzuführen, die sich an gesunde Frauen mit geringem Risiko für Komplikationen richtet und hierbei die fachliche Betreuung und auch die organisatorische Leitung unter die Verantwortung der Hebammen legt. Beide Hebammen argumentieren, dass durch die Einführung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe eine kontinuierlichere und ganzheitlichere Betreuung von Frauen im Spital, im stationären und ambulanten Bereich, ermöglicht wird.

Obwohl beide Referentinnen immer wieder die Notwendigkeit einer interprofessionellen Zusammenarbeit betonen, zeigt ihr Referat doch klar auf, dass ihr Konzept einer hebammen-

geleiteten Geburtshilfe in den Spitälern doch zu einer gewissen Auseinander-Dividierung von geburtshilflichen Teams führen wird, da die Ärzteschaft von den komplikationslosen, risikoarmen Geburten weitestgehend ausgeschlossen wird. Die Argumente der beiden Hebammen, dass durch die hebammengeleitete Geburtshilfe die Fragmentierung des Betreuungsablaufs der gemäss ihnen bis zu 30 Personen von der Geburt bis zum Austritt aus dem Wochenbett beinhaltet, durch die Zurückdrängung des ärztlichen Anteils wesentlich verbessert würde, kann das Auditorium nicht ganz überzeugen.

David Ehm, als Präsident der SGGG, betont, dass für den Vorstand der SGGG ein Paradigmenwechsel grundsätzlich nicht in Frage kommt, sondern eine allfällige hebammengeleitete Geburtshilfe eine freiwillige Entscheidung der Schwangeren und nicht ein statuarisch festgelegtes Konzept sein darf. Zweitens hält er fest, dass aber offenbar ein Bedürfnis für die hebammengeleiteten Geburten besteht und wir als ärztliche Fachleute, falls wir uns nicht zur Mitarbeit entschliessend, möglicherweise in ein ähnliches Dilemma kommen, wie damals bei der Broschüre zum Kaiserschnitt. Aus politischer-nationaler Sicht ist eine Zusammenarbeit extrem wichtig. Auch betont er, dass der aktuelle Hebammen-Vorstand deutlich kooperativer ist als der frühere.

In der Diskussion wird mehrfach und dezidiert die Frage stellt, was denn von der hebammengeleiteten Geburt für positive Entwicklungen zu erwarten sind. Frau Haueter antwortet daraufhin, dass die Gebärenden bei hebammengeleiteten Geburten zufriedener seien und insgesamt weniger Interventionen erfolgen würden. Die Replik von Seiten des Plenums hierzu ist, dass durchaus gewisse Zweifel anzubringen sind, dass die Geburtshilfe von England und der Schweiz vergleichbar sind.

In der lebhaften Diskussion herrscht Einigkeit darüber, dass klare Qualitätsindikatoren bzw. Zahlen, die die Hypothese der Hebammen stützen, fehlen.

Auch wird von ärztlicher Seite betont, dass der Teamgedanke beide Berufsgruppen einbeziehen muss und nicht eine neue Trennung zwischen Hebammen und Ärzten aufgerissen werden sollte. Franziska Zen Ruffinen merkt an, dass es Tumorboards, Fetalboards etc. gibt und dass hier die Entscheidungen im Team gefällt werden. Bei Geburten ist ein rascher Wechsel zwischen Physiologie und Pathologie möglich und in diesen Situationen müssen dann auch die Verantwortlichkeiten entsprechend schnell und fliessend wechseln.

Letztlich wird von ärztlicher Seite noch die Sorge um die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses an der physiologischen Niedrig-Risiko-Geburt geäussert. Aus Sicht der Hebammen ist das kein Problem, denn diese wären selbstverständlich gerne bereit, einmal einem Assistenten oder Unterassistenten bei der Begleitung einer physiologischen Geburt dabei zu haben. Aus ärztlicher Sicht reicht dies, das machen die Voten aus dem Plenum deutlich, in keiner Weise.

Abschliessend schlägt Michel Müller eine SurveyMonkey-Umfrage zur Abfrage der Sicht der CHG-Mitglieder und zur Formulierung einer daraus abgeleiteten Stellungnahme der CHG an den SGGG-Vorstand vor. Die Ausarbeitung der Fragen übernehmen Michel Müller und Seraina Schmid.

7. Was bedeutet und umfasst die ärztliche Dokumentationspflicht? **Dr. jur. U. Pally, Rechtsanwältin**

Siehe Präsentation im Anhang.

8. Datenschutz und Berufsgeheimnis – aktuelle Problemfelder **Rebekka Kiser, Rechtsanwältin**

Frau Kiser beginnt ihren Vortrag mit dem treffenden Satz: „*Das Recht wird ihre Arbeit in Zukunft noch mehr beeinflussen... und die Komplexität nimmt weiterhin zu...*“.

Frau Kiser erläutert die Basics hinsichtlich Datenschutz (= Persönlichkeitsschutz), dem Berufsgeheimnis, das insbesondere in den kantonalen Gesundheitsgesetzen und im Strafgesetzbuch verankert ist, und die Anforderung an die Bekanntgabe von Patientendaten (siehe Präsentation im Anhang).

Für die Bekanntgabe von Patientendaten an Dritte muss mindestens einer der folgenden vier Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Einwilligung des Patienten
2. Gesetzliche Grundlage
3. Entbindung durch Aufsichtsbehörde
4. Akute Notstandssituation

Als aktuelle Problemfelder, in denen wir uns als Mediziner im Umgang mit heiklen, persönlichen Daten bewegen, wurde insbesondere die Cyber-Security angesprochen, die Patientendaten zur leichten Beute von Cyber-Kriminellen werden lassen.

Auch der In-House-Umgang mit Daten bzw. der ärztlichen Schweigepflicht wurde thematisiert.

Beim Umgang mit sozialen Medien (Facebook u.a.) ist äusserste Vorsicht angezeigt, da die Grenzen zwischen Patienten und behandelnden Fachpersonen hier verschwimmen (siehe Empfehlung der FMH zum Umgang mit sozialen Medien).

Abschliessend wurde noch das Thema sensible Daten in fremden Händen sowie die Verwendung von Patienteninformationen in Publikationen und Vorträgen angesprochen. Die Chancen und Risiken, die sich mit gesundheitlichen Daten, u.a. auch durch den Einsatz von sogenannten Gesundheits-Apps, ergeben, oder auch durch die Einführung elektronischer Patientendossiers wurden thematisiert.

In der abschliessenden Diskussion wurde von Frau Kiser darauf hingewiesen, dass beispielsweise bei Versicherungsberichten, die auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen, möglichst nur die relevanten Positionen beschrieben werden sollten. Bei kantonalen Registern (z.B. Krebsregistern) muss der Patient auf die Möglichkeit der Opt-out-Lösung hingewiesen werden. Hinsichtlich der Sicherheit einer elektronischen Krankengeschichte in einem Spital ist die Sicherheit primär die Verantwortlichkeit des Spitals als Unternehmen.

9. Genomic Medicine and Reproduction **Prof. Dr. S.E. Antonarakis, MD, DSc**

In einem hervorragenden und eindrücklichen Übersichtsreferat präsentierte Herr Prof. Dr. Antonarakis die Chancen und Möglichkeiten der genetischen Medizin auf Basis der genomischen, interindividuellen Variabilität.

10. Les bienfaits des cannabinoïdes en médecine **Prof. Dr. med. B. Broers**

Zum Thema der Cannabinoide in der Medizin hielt Frau Prof. Broers einen sehr informativen Vortrag, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt des Einsatzes von Cannabinoiden bei

gynäkologischen Leiden (Dysmenorrhoe) und den verfügbaren bzw. rezeptierbaren Präparaten in der Schweiz.

11. Weiterbildung/Formation postgraduée **Dr. med. F. Maurer**

1. Regionale Facharztprüfungen

Bei zunehmender Anzahl zu prüfender Facharztanwärter wird der Aufwand für die prüfenden Chefärzte deutlich höher. Daher schlägt Franziska Maurer vor, die Facharztprüfungen regional zusammenzufassen und so mehrere Prüfungen an einem Tag vom gleichen Prüfungsteam abnehmen zu lassen. Die erwartete Effizienzsteigerung kommt insbesondere den beruflich ohnehin stark eingespannten Chefärzten zu Gute. Das Plenum stimmt diesem Antrag zu.

2. Sind die Anforderungen an die Schwerpunkte nicht mehr zeitgerecht?

Gynäkologisch-onkologischer Schwerpunkttitel: Hier werden aktuell noch 100 Mammaoperationen, 50 axilläre Lymphonodektomien sowie 50 Sentinel-Lymphonodektomien verlangt. Der Vorschlag von Franziska Maurer ist, diese auf 20 Tumorektomien oder Mastektomien sowie 20 Sentinel-Lymphonodektomien und 5 axilläre Lymphonodektomie zu reduzieren.

Schwerpunkt operative Gynäkologie: Hier soll wiederum die Stärkung im Bereich der Mammaeingriffe erfolgen, in dem 20 Eingriffe gefordert werden, wovon 10 bei einem Karzinom erfolgen müssen und Brust- und Axillaeingriffe pro Patient und Seite nur einmal gezählt werden kann.

Über diese zahlenmässigen Fragen wurde nicht abschliessend abgestimmt und es ist ebenfalls eine SurveyMonkey-Umfrage vor der Frühjahrestagung geplant.

3. Wie steht es mit den Schwerpunkten der Chefärztinnen und Chefärzte?

Aktuell haben 17 Chefärzte, die einer Weiterbildungsklinik in der Schweiz vorstehen, keinen operativen Schwerpunkt. Dies ist insbesondere für die bei ihnen arbeitenden Assistenzärzte von entscheidender Bedeutung, da sie, sollte der Weiterbildungsstellenleiter diesen Titel auch nach der entsprechenden Übergangsfrist nicht aufweisen, die Weiterbildungszeit an dieser Klinik nicht anrechnen können. Franziska Maurer appelliert daher an die Chefärzte, denen der operative Schwerpunkt noch fehlt, die Unterlagen bei ihr einzureichen und die gemäss Anforderungen des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF) notwendige Prüfung zu machen. Eine andere Alternative wäre einen leitenden ärztlichen Kadermitarbeiter mit entsprechendem Schwerpunkttitel im Team zu haben und diesem die Weiterbildungsstellen-Leitung zu übertragen.

Insgesamt gab es bei diesem Tagesordnungspunkt eine intensive, teils auch emotional geführte Diskussion, woraus für zukünftige Tagungen der Bedarf entsprechend vertiefter und konstruktiver Diskussion abgeleitet werden muss. Gegebenenfalls wird dieser Punkt daher an der Frühjahrestagung nochmals aufgenommen.

12. Mitteilungen vom Vorstand der Gynécologie Suisse **Dr. med. Th. Eggimann**

1. Thomas Eggimann weist auf die seit 01.01.2016 im Rahmen der Facharztweiterbildung obligatorischen DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) und Mini-CEX (Clinical Examinations) der Assistenzärzte hin. Grundsätzlich besteht aber nicht eine

Bringschuld des Weiterbildners, sondern eine Holschuld des Assistenzarztes. Auch dürfen im Moment noch keine Kandidaten wegen fehlenden DOPS und Mini-CEX von der Prüfung ausgeschlossen werden.

2. Akkreditierung 2018 SIWF: Am Donnerstag, 08.09., fand in Bern der Round Table mit den beiden Gutachtern des Weiterbildungsprogramms unserer Facharztausbildung, Herrn Dr. Edi Infanger und Prof. Dr. Wolfgang Henrich, statt. Teilnehmer der SGGG waren Seraina Schmid, Michel Mueller, Roger Rytz, Jonathan Baert, Thom Eggimann, David Ehm und Franziska Maurer. Die erfolgreiche Akkreditierung unseres Weiterbildungsprogramms ist insbesondere der umfassenden Vorarbeit von Franziska Maurer zu verdanken. Der sehr positive Expertenbericht kam am 17.10. und war bis am 07.11. in der Vernehmlassung.
3. Ziel der SGGG ist eine Online-Plattform für die Prüfungskandidaten bereitzustellen, auf welcher diese ihre Logbücher, OP-Kataloge und Kursbescheinigungen hochladen können.
4. Dr. Eggimann weist darauf hin, dass die Prüfungsdauer der mündlichen Facharztprüfungen die im Weiterbildungsprogramm angegebene Zeitdauer nicht unterschreiten darf.
5. Facharztprüfungen: Es gibt immer wieder Experten und Protokollführer, die bei mehreren Prüfungen im gleichen Spital und am gleichen Tag die Wegspesen bei jedem Prüfungsprotokoll bzw. bei jeder Spesenabrechnung anfügen. Dies ist nicht zulässig.
6. Sekretariat SGGG: Frau Sabine Pfenniger hat zum 31.01.2017 gekündigt. Bewerbungsgespräche haben am 24.11. in Bern stattgefunden und die Entscheidung für die Nachbesetzung fiel auf Frau Sarah El Hamouri aus Bern.
7. Homepage SGGG: Auf dieser ist nun im öffentlichen und im Mitgliederbereich die Suchfunktion aktiv gestaltet.

13. Appel des Jungen Forums der SGGG Dr. med. C. Bronz/Dr. med. F. Winder

Die beiden Vertreter des Vorstandes des Jungen Forums stellen ihre Gruppierung und den Vorstand dem Plenum vor, ebenso einen kurzen Videoclip, der auf der Webseite aufgeschaltet ist.

Assistenzärzte bzw. Ärzte in Weiterbildung können bis zu drei Jahre nach dem Erwerb ihres Facharztstitels Mitglied im Jungen Forum bleiben. Es geht von den beiden Referenten der Aufruf an die Chefärzte, ihre Assistenten zu informieren und zur Teilnahme am Jungen Forum zu motivieren.

14. Vorstellung der CHG Frühjahrestagung 2017 PD Dr. med. A. Féki

Dr. Féki lädt uns mit wunderschönen Bildern zur Frühjahrssitzung am 04. und 05. Mai 2017 nach Charmey ein. Sie weist darauf hin, dass bei der Buchung der Frühjahrssitzung das Abendessen und die Zimmerkosten gemeinsam zu bezahlen sind.

15. Varia und Schluss der Tagung
Prof. Dr. med. Michel D. Müller

Prof. Müller bedankt sich bei allen Teilnehmern und wünscht eine gute Heimreise.

Die nächsten Sitzungen:

Frühjahrestagung 2016: 04./05. Mai 2017 in Charmey

Herbsttagung 2017: 30. November 2017 in Bern, Hotel Bellevue Palace

Herbsttagung 2018: 29. November 2018 in Bern, Hotel Bellevue Palace

Für das Protokoll Dezember 2016

PD Dr. med. Seraina Schmid
Sekretärin CHG