

Frühjahrstagung

Die Frühjahrsfortbildung der gynécologie suisse vom 13.3. bis zum 19.3.2016 in St. Moritz war erneut voller wertvoller Inhalte. Die Seminarleiter haben einige zentrale Wissensinhalte kurz zusammengefasst.

Endokrinologie (Prof. J. Huber)

- Die Pubertät ist eine epigenetische Prägephase – unter anderem wird der Stoffwechsel umgestellt, um ausreichend Energie für die Reproduktion zu speichern – dies gelingt mit einer kurzzeitigen physiologischen Insulinresistenz. Ein Überangebot in dieser Lebensphase kann später zu Problemen, vor allem zu einem persistierenden PCO führen. Zur alleinigen Zyklusregulierung – wenn kein Kontrazeptionswunsch besteht – ist die Pille nicht geeignet.
- Gewichtsprobleme spielen in der Frauengesundheit nach wie vor eine große Rolle. Ein neues, an das Glucagon like Peptid angelehntes Präparat scheint als Abnehmhilfe Bedeutung zu erlangen.
- Xenoöstrogene kommen in unserer Umwelt immer häufiger vor. Die EU hat hier bereits eine Liste vorgelegt: Global 2000 welche Kosmetika unter diesem Gesichtspunkt untersucht. Für die Entstehung der endocrine related cancer scheint dies eine neue wichtige Perspektive zu sein.
- In der Altersforschung hat das Zusammengehen von Google und Genentech ein neues wissenschaftliches und klinisches Kapitel aufgeschlagen.

Senologie (Prof. R. Brun del Re, Dr. Ch. Baumann, PD Dr. M. Körner, Prof. A. Günthert)

- Die meisten Frauen, die sich mit Brustsymptomen zur Untersuchung melden, leiden an gutartigen Veränderungen der Mamma und nur wenige an einem Mammakarzinom.
- Am Senologie-Seminar werden deshalb die typischen Beschwerdeschilderungen, die Symptome, die klinischen, apparativen und histopathologischen Abklärungsmöglichkeiten und die Therapieoptionen nicht nur bei bösartigen, sondern vor allem auch bei gutartigen Erkrankungen besprochen.
- Die meisten juristischen Klagen wegen einer verpassten Diagnose betreffen die ersten Kontakte mit der Patientin, also in der Regel ausserhalb einer speziellen Mammaspreekstunde und ohne das „Sicherheitsnetz“ eines Tumorboards.
- Selbst in einem Brustzentrum ist es oft schwierig, die gefassten Beschlüsse immer optimal umzusetzen. Ohne engste Zusammenarbeit, und dies nicht nur am Konferenztisch, der Fachpersonen der Gynäkologie, Radiologie, Plastischen Chirurgie, Radioonkologie und Onkologie nützt der beste Abklärungs- und Behandlungsplan wenig.

- Unser Ziel ist es nicht, den Teilnehmenden Wissen zu vermitteln, das sie sich an den anderen Senologie-Fortbildungsveranstaltungen erwerben können, sondern sie zu befähigen, ihr neu erworbenes Wissen am nächsten Arbeitstag in der Klinik oder in der Sprechstunde praktisch umzusetzen.

Antikonzeption (Prof. Petra Stute)

- Als Grundlage für die Kontrazeptionsberatung im Allgemeinen und bei Komorbiditäten sind folgende Guidelines zu empfehlen: Expertenbrief (No 35) der Schweizer Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), WHO 2015, UK Eligibility Criteria for contraceptive use (UKMEC) 2009 und Canadian Contraception Consensus 2015/2016.
- Das Basisrisiko für eine venöse Thromboembolie (VTE) beträgt bei 15–49-jährigen Frauen ca. 3–4 pro 10000 Frauenjahre. Reine Gestagenpräparate zur Kontrazeption erhöhen das VTE-Risiko (soweit bekannt) nicht oder kaum. Kombinationspräparate mit Ethinylestradiol und Levonorgestrel sind in Abhängigkeit vom Alter mit einem mässig erhöhtem VTE-Risiko verbunden. Kombinationspräparate mit Ethinylestradiol und Gestagenen der 3. Generation, Drospirenon oder Cyproteronacetat erhöhen das VTE-Risiko bei 15–49-jährigen Frauen auf ca. 6–14 pro 10000 Frauenjahre.
- Kombinierte hormonale Kontrazeptiva haben keinen klinisch relevanten Einfluss auf den Kohlenhydratstoffwechsel (auch nicht beim PCOS). Kombinierte hormonale Kontrazeptiva beeinflussen den Fettstoffwechsel (Anstieg von HDL-Cholesterin und Triglyzeriden, kein relevanter Einfluss auf LDL-Cholesterin), wobei die klinische Relevanz unklar ist.
- Für die Therapie des Hirsutismus wird empfohlen:
 1. Niedrig-dosiertes neutrales oder antiandrogenes kombiniertes orales Kontrazeptivum als Monotherapie bei mildem Hirsutismus (Androgen Excess and PCOS Society 2012),
 2. Hormonale Kontrazeptiva (ohne Präferenz) zur Zyklusregulierung und bei Androgenisierung beim PCOS (Endocrine Society 2013) oder
 3. Kombinierte orale Kontrazeptiva (ohne Präferenz) bei mildem Hirsutismus (Cochrane Analyse 2015).

Zervixpathologie (Prof. Mathias Fehr)

- Bezüglich Nomenklatur der Zytologie wurde mit „München III“ eine weitgehende Kongruenz mit der Bethesda Nomenklatur geschaffen, sodass klar zwischen plattenepithelialen und glandulären zytologischen Abnormitäten unterschieden wird. In den in der Vernehmlassung befindlichen S3 Leitlinie „Prävention des Zervixkarzinoms“ wird die Nomenklatur der histologischen Befunde, im Gegensatz zur WHO Nomenklatur, bei der CIN

1–3 Einteilung belassen, um Verwechslungen mit zytologischen Befunden zu vermeiden und einer Uebertherapie der CIN 2 entgegenzuwirken.

- Vier grosse europäische Studien sowie eine schweizerische Studie konnten zeigen, dass die Sensitivität eines validierten HPV-Tests bezüglich CIN 2/3 und Karzinom dem Zytologie-basierten Screening überlegen ist, sodass die Inzidenz des Zervixkarzinoms in der zweiten Screening-Runde nach 3–5 Jahren von 20 / 100 000 auf 6 / 100 000 gesenkt werden konnte. Somit muss gefolgert werden, dass Screening-Programme mit Intervallen von 3 oder 5 Jahren, die auf HPV-Testung allein oder HPV-Kotestung mit Zytologie basiert sind, bei Frauen, die älter als 30 Jahre sind, nach drei oder fünf Jahren in der zweiten Screening-Runde zu einer signifikant deutlicheren Senkung der Neuerkrankungen am Zervixkarzinom führen, als Programme, die auf einem alleinigen organisierten zytologischen Screening mit Intervallen von 3 oder 5 Jahren basieren.

Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe (Prof. S. Tercanli, Prof. Luigi Raio)

- Der Trend geht immer mehr zu Frühdiagnostik. Eine Vielzahl von fetalen Anomalien können pränatal bereits zwischen 11–14 SSW und 20–24 SSW festgestellt werden. Das Ultraschall-screening in der Schwangerschaft wird damit zunehmend komplexer.
- Die meisten Kinder weisen keine angeborenen Anomalien auf. Um aber die 3–4% von schweren fetalen Fehlbildungen korrekt zu erkennen, helfen Checklisten zur Sicherstellung einer strukturierten Untersuchung.
- Der nicht-invasive Pränataltest (NIPT) ersetzt nicht den Ultraschall, erlaubt aber eine deutliche Riskoreduktion für die 3 häufigsten Chromosomenstörungen. Dabei wird die Beratung und Betreuung von Risiko-Schwangerschaften zunehmend anspruchsvoller und individueller. Wo liegen die Vorteile und wo die Risiken?
- Die Geburtsmedizin kommt in vielen Fällen mit Risikoschwangerschaften kaum noch ohne Ultraschall aus. In der Betreuung von Risikoschwangerschaften mit Plazentationsstörungen und Wachstumsstörungen wird das Vorgehen in erheblichem Umfang vom sonographischen Befund geprägt.
- Der Ultraschallkurs hat unter dem Motto „Neues und Bewährtes“ zum Ziel, die Standards in der Pränataldiagnostik zu vermitteln und gleichzeitig Tipps und Tricks für den klinischen Alltag zu vermitteln.

Urogynäkologie (Prof. G. Schär)

- In der Urogynäkologie gilt die Hauptverantwortung der Ärztin der partnerschaftlichen Beratung der betroffenen Frau. Die Patientin trifft angesichts der benignen Pathologie schliesslich die Entscheidung, ob sie ihre Lebensqualität anhand der vorgeschlagenen Therapie verbessern will. Im Zentrum liegen dabei das Abwägen zwischen Nutzen und Risiko einer Therapie sowie die adäquate Aufklärung
- Die Schlingenoperation ist bei der Belastungsinkontinenz die wirksamste Massnahme mit geringer Morbidität. Bei der Dranginkontinenz gibt es neben den lang bekannten Anticholinergica neu auch ein Betamimeticum als medikamentöse Option. In zweiter Linie kommen die Botulinumtoxininjektion in den Detrusormuskel wie auch die Tibialis- Nervenstimulation und in dritter Linie die Neurostimulation zum Zug.
- Vaginal eingelegte Netze bei Deszensusoperationen kamen in Mode um die Rezidivrate zu verringern. Wegen erhöhter Morbidität mussten wir lernen, vaginale Netze strenger zu indizieren und auf Frauen ohne vaginalen Geschlechtsverkehr zu beschränken. Die laparoskopische Sacrocolpopexie gilt heute als Goldstandard beim apikalen Deszensus, mit oder ohne Zysto-Rektozele.

Kreative Erholung

Zwischen die morgendlichen und abendlichen Seminare eingebettet, bieten sich die Mittagsstunden zur Erholung an. Schneewandern, Skifahren, Langlauf, spazierend St. Moritz erkunden und viele andere Beschäftigungen machen den Kopf frisch für die dichten Informationen. Am Mittwoch findet jeweils das traditionelle Skirennen statt. Dem gesellschaftlichen Teil gebührt dabei gegenüber dem sportlichen Erfolg der Vorrang. Das Essen auf der Corviglia im Restaurant Marmite von Reto Mathis und vor allem die humorvolle Siegerehrung, wo mitmachen wichtiger ist als gewinnen, sind die gesellschaftlichen Höhepunkte, welche jährlich tolle Erinnerungen schaffen. Der diesjährige Höhepunkt zeigte sich im gesanglichen Höhenflug von Prof. Franz Kainer. Joe Cocker und sein Frauenchor waren schlichtweg umwerfend (Foto).

Merken Sie sich die nächste Frühjahrsfortbildung der gynécologie suisse vor! Sie findet vom 18. bis zum 25.3.2017 im Hotel Kulm in St. Moritz statt. Neben den standardmässigen Themen der Geburtshilfe, Endokrinologie und Senologie bieten wir wiederum die Kurse mit Zertifikat an. Dazu gehören das Seminar der minimal invasiven Brustbiopsie MIBB sowie das Ultraschallseminar. Das Kongress-Komitee hat sich entschieden zwei neue Seminare anzubieten, medizinische Genetik und Gynäkologische Geriatrie; beides Themen mit zunehmender Bedeutung, wo wir als Gynäkologinnen



und Gynäkologen Verantwortung übernehmen und Wissen anbieten müssen. Kommen Sie eine Woche oder nur wenige Tage, je nach Ihren Weiterbildungswünschen. Genießen Sie Top-Wissensvermittlung in einem wunderbaren Ambiente und knüpfen Sie Kontakte zu den hervorragenden Referenten, zu erfahrenen oder Nachwuchs-Gynäkologinnen und -Gynäkologen und genießen Sie die erholsamen Pausen in der Winterlandschaft des Engadins. Ein unschlagbares Gesamtpaket beruflicher Weiterbildung!

*Prof. Dr. Gabriel Schär,
Tagungspräsident Frühjahrstagung und Vorstandsmitglied
gynecologie suisse SGGG*

Aktuelle Projekte der gynécologie suisse

Praxisnachfolge

Der zunehmende Fachkräftemangel betrifft auch das Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe und viele, in Pension gehende Fachärzte finden keine Nachfolger mehr für ihre Praxen. Nun hat die gynécologie suisse eine Arbeitsgruppe gebildet, um dem Problem auf den Grund zu gehen. Dr. David Ehm, Präsident der Fachgesellschaft, weiss mehr über das Projekt und die Hintergründe dazu.

Der Vorstand der SGGG beschäftigt sich mit dem Thema der Praxisnachfolge. Warum?

Dr. Ehm: Seit drei bis vier Jahren sehen wir, dass es nicht nur für Spitäler schwieriger wird, Nachwuchs zu finden, sondern auch für die Praxen. Im Austausch mit den anderen Fachgesellschaften beispielsweise den Hausärzten, zeigte sich schnell, dass das Thema nicht nur unser Fachgebiet betrifft. Wir vom Vorstand wollten es genauer wissen und haben deshalb im vergangenen Jahr eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich vertiefter mit dem Thema Praxisnachfolge auseinandersetzte, den Handlungsbedarf klärte und nun mögliche Massnahmen vorschlagen soll.

Erste Erkenntnisse liegen inzwischen vor. Woran liegt es, dass junge Ärztinnen und Ärzte heute keine gynäkologische Praxis mehr übernehmen wollen?

Dr. Ehm: Wir sehen vor allem zwei Faktoren, die bewirken, dass unsere Nachwuchskräfte keine selbstständigen Praxisinhaber mehr sein wollen: Zum einen spielt die veränderte Einstellung zur Arbeitszeit eine zentrale Rolle. Junge Ärztinnen und Ärzte sind nicht mehr bereit, Wochenpensen von 60–80 Stunden zu arbeiten. Zum zweiten nimmt die Feminisierung zu, was zur Folge hat, dass junge Ärztinnen Familienaufgaben übernehmen und während einer bestimmten Lebensphase oft nur Teilzeit arbeiten. Wenn wir die Ärztedemografie der FMH anschauen, zeigt sich, dass der Anteil Ärztinnen stetig steigt: Im Moment werden 55.7% der Staatsexamen von Frauen gemacht, auch gehen knapp 52% der Facharzt-titel an Ärztinnen. Dazu kommt, dass gerade wir Gynäkologen und Geburtshelfer in einer Fachdisziplin arbeiten, die geradezu animiert, selber Kinder zu haben.

Warum ist der Nachwuchs heute weniger leistungsbereit als noch vor 20 Jahren?

Dr. Ehm: Sie wollen einfach nicht mehr so viel arbeiten, wie Einige von uns das heute immer noch tun. Sie setzen andere Prioritäten und sind deswegen auch durchaus bereit, auf Lohn zu verzichten. Wir haben gesehen, dass bei der Einstellung zur Arbeit und auch der immer grössere Spardruck, beispielsweise im Zusammenhang

mit den aktuellen Tarifdiskussion, und die immer geringere Wertschätzung unserer Arbeit eine grosse Rolle spielen. Der Arztberuf hat generell an Renommee verloren und die Haltung der Gesellschaft und auch der Politik uns gegenüber ist schlechter geworden. Obwohl ich meinen Beruf mit allen Diensten und Notfällen sehr gerne mache, stört mich das aber zunehmend. Als Ärztinnen und Ärzte tragen wir ein sehr grosses persönliches Risiko. Machen wir Fehler, hat dies eine grosse Tragweite. Die Bereitschaft, dieses Risiko auf sich zu nehmen, ist nicht selbstverständlich und lastet auf jedem von uns. Es gibt sicher auch in unserer Berufsgruppe schwarze Schafe, die nur ans Geld denken. In meinem Umfeld versuchen die meisten Kolleginnen und Kollegen eine solide Arbeit zu leisten und behandeln ihre Patientinnen nach bestem Wissen. Dies muss wieder vermehrt anerkannt werden.

Nun ist das Thema der Feminisierung in der Medizin seit Mitte der Neunziger Jahre bekannt. Wäre nicht genug Zeit gewesen, um besser zu planen?

Dr. Ehm: Ich glaube nicht, denn es waren nicht alle Entwicklungen zu antizipieren. In unserer Region ist beispielsweise ein Praxisgynäkologe in Pension gegangen, der am Tag 50–60 Patientinnen gesehen hat. Er hat viel gearbeitet, sicher auch viel verdient. Obwohl wir über diese Konsultationsfrequenz diskutieren können, brauchen wir bis zu drei Ärzte, um ihn zu ersetzen. Wir sehen heute, dass die Anzahl Patientenkonsultationen pro Arzt sinkt. Hier spielen aber auch Themen wie der zunehmende Aufwand für Administratives oder Notfalldienste eine Rolle.

...ist mehr Zeit nicht auch ein Bedürfnis der Patientinnen?

Dr. Ehm: Auf jeden Fall, die Erwartungs- und Anspruchshaltung steigen. Das betrifft unsere Verfügbarkeit. Aber auch die Terminplanung in einer Notfallsituation, die dann prioritär zur eigenen Agenda passen muss und nicht nur zur medizinischen Dringlichkeit.

Die SGGG-Arbeitsgruppe hat in einer ersten Situationsanalyse die Bedürfnisse geklärt. Was haben Sie herausgefunden?

Dr. Ehm: Zum einen haben wir eben bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen Anliegen bei der Organisation der Notfalldienste identifiziert. Hier sehen wir aber auch unsere Grenzen als Fachgesellschaft, denn dieses strukturelle Thema liegt oft im Bereich der Regionen oder Kantone. Als zweites Handlungsfeld haben wir gesehen, dass junge Ärztinnen heute nicht mehr darauf angewiesen sind, bestehende Praxen mit einem Patientenstamm zu übernehmen. Viele starten bei Null und haben nach drei Monaten eine volle Praxis. Als dritten Bereich stellten wir fest, dass vor allem die jungen gutausgebildeten Ärztinnen lieber in ihrem Lehr-

spital bleiben, als eine Praxis zu übernehmen. Dies belegt auch die FMH-Statistik: Der Frauenanteil im stationären Sektor liegt bei 45%, im ambulanten Sektor aber nur bei 36% Prozent.

Welche Massnahmen haben Sie also ergriffen?

Dr. Ehm: Aktuell ist das Brainstorming dazu noch im vollen Gang. Prioritär sind wir aber bereits daran, Plattformen zu schaffen, in denen wir junge und ältere Ärztinnen und Ärzte zusammen bringen. Viele ältere Kollegen haben auch falsche Vorstellungen. Nehmen wir das Beispiel der elektronischen Krankengeschichten. Viele Praxen sind nicht digitalisiert, weil sich diese teure Investition kurz vor der Pensionieren für viele nicht mehr lohnt. Nun kommen aber junge Nachwuchskräfte aus der Generation „Digital Natives“, die es gewohnt sind, mit iPad zu visitieren. Da prallen dann schnell mal zwei Welten aufeinander. Die Plattformen, die wir an unseren Kongressen einbauen, sollen dabei helfen, solche unterschiedlichen Vorstellungen anzugleichen. Im Weiteren sind auch kleinere Angebote geplant: So wollen wir in Zukunft einen Kinderhütendienst am SGGG-Kongress anbieten und so mehr Kolleginnen die Möglichkeit geben, Kinder und Beruf in Einklang zu bringen.

Braucht es nicht einfach mehr Ärztinnen und Ärzte?

Dr. Ehm: Dies ist inzwischen auch von der Politik unbestritten. Es braucht mehr Studienplätze und die Diskussion über den Numerus Clausus muss intensiviert werden. Als Arzt befremdet es mich auch zunehmend, dass wir als reiches Land, immer noch ausgebildete Ärzte aus dem Ausland „einkaufen“. Im Jahr 2015 gingen 41%,

der insgesamt 1 743 verliehenen Facharzttitle an Ärzte mit einem ausländischen Diplom. In Europa bewirkt dies einen Ost-West-Shift, was zur schlussendlich zur Folge hat, dass z.B. in Rumänien Spitäler schliessen müssen, weil es dort keine Ärzte mehr gibt.

Politik und Behörden setzen nun auf Interprofessionalität, um das Thema des Fachkräftemangels anzugehen – was sagen Sie dazu?

Dr. Ehm: Für uns Gynäkologen und Geburtshelfer ist die Zusammenarbeit mit den Hebammen sehr wichtig. Aber auch dort hat es zu wenige Fachkräfte. Dazu kommen Probleme beim Abrechnen der Leistungen, wie wir das bei der Diskussion um die Motion Joder bei den Pflegefachkräften im Moment sehen. Interprofessionalität scheint vorerst noch ein gutes politisches Schlagwort – so lange es nichts kostet. Zusammengefasst kommen wir aber nicht umher, unseren Beruf wieder attraktiver zu machen, mehr Wertschätzung einzufordern, Vorstellungen und Erwartungen unserer Berufsgenerationen anzugleichen und vor allem rasch mehr Ärztinnen und Ärzte auszubilden.



Dr. David Ehm,
Präsident gynécologie suisse SGGG

Aktuelle Projekte der gynécologie suisse

Die Perspektive des Jungen Forums

Wie in vielen anderen Fachgebieten mangelt es auch in der Gynäkologie und der Geburtshilfe an Nachwuchs in den Praxen. Immer wieder werde ich von Bekannten gefragt, ob ich ihnen eine gute Frauenarztpraxis empfehlen könne. Wenn ich mich dann nach einiger Zeit erkundige, ob man denn nun zufrieden sei mit dem neuen Arzt bzw. der neuen Ärztin, erhalte ich oft die Antwort, dass die Praxis – da restlos ausgebucht – keine neuen Patientinnen mehr annehme. Es scheint somit klar: die Nachfrage übersteigt das Angebot. Doch nicht nur dies – viele der aktuell geöffneten Praxen werden in Zukunft keinen Nachfolger haben.

Vor einigen Monaten hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) deshalb eine Arbeitsgruppe für die Nachwuchsförderung in der Praxis unter der Leitung von Präsident Dr. med. David Ehm ins Leben gerufen. Auch das Junge Forum (JFOR) ist aktiv in dieses Projekt involviert. An der Frühjahrsweiterbildung in St. Moritz im vergangenen März wurde durch Lina Sperschneider-Looser, bis vor kurzem Vizepräsidentin des JFOR, erstmals ein Anlass organisiert, der als Kontaktplattform zwischen niedergelassenen und jungen Ärzten/-innen, welche an einer Praxisübernahme interessiert sind, fungierte. Dort entstand erfreulicherweise eine angeregte Diskussion. „Das Problem, dass viele Niedergelassene keine Nachfolge finden, lässt sich nicht so leicht lösen, da die Ursachen überwiegend soziodemografischer Natur sind“, meint Lina Sperschneider-Looser. „Aber wir versuchen zumindest durch Kontaktvermittlung und Informationsaustausch zu helfen. Denn Seminare und Consultants sind gut und recht, aber nichts macht mehr Mut und ist hilfreicher, als wenn man einen niedergelassenen Kollegen findet, der einem ein paar ehrliche Zahlen nennen kann und von seiner befriedigenden Tätigkeit berichtet“, so Sperschneider-Looser, welche dies selbst so erlebt hat. Am diesjährigen Jahreskongress fand im Rahmen eines Workshops nun bereits die zweite JFOR-Diskussionsrunde zum Thema statt, weitere sollen folgen.

Eigentlich klingt das Angebot doch verlockend: selbständig und ganz den eigenen Vorstellungen folgend arbeiten, die Möglichkeit haben, einen eigenen Patientenstamm zu pflegen und so Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung erleben. Zudem ist die finanzielle Perspektive deutlich attraktiver als im Angestelltenverhältnis. Warum also das Nachfolgeproblem?

Sind es möglicherweise die Ideen der Generation Y, die da einen Einfluss haben? Die Bevölkerungskohorte, die im Zeitraum von etwa 1980 bis 1999 geboren wurde, zeichnet sich unter anderem

durch folgende Charakteristiken aus: die Forderung nach mehr Freiräumen und einer optimalen Work-Life-Balance, sowie die Sinnsuche und Selbstverwirklichung. Die Übernahme einer Praxis zieht eine örtliche und auch finanzielle Bindung nach sich. Macht das dieser freiheitsliebenden Generation Angst? Oder liegt das Problem anderswo?

Die Hauptgründe dafür, dass Einzelpraxen verwaisen, sind vermutlich zu einem grossen Teil ganz praktischer Natur: So besteht die Gruppe der nachfolgenden Fachärzte in der Gynäkologie und Geburtshilfe überwiegend aus Frauen, welche nebst dem Arztberuf auch noch junge Mütter sind. Das Berufsmodell des 120 Prozent arbeitenden Praxisalleininhabers kommt da natürlich nicht in Frage und es liegt auf der Hand, dass die Gemeinschaftspraxis eher das Modell der Zukunft darstellt. Diese ähnelt ein bisschen einem „melting pot“ der Ideen und Arbeitsstile, was meiner Meinung nach aber durchaus auch viele Vorteile mit sich bringen kann, so zum Beispiel der Austausch in fachlich kniffligen Angelegenheiten.

Ein Niedergelassener, der die eigene Praxis aufgebaut und zahlreiche Jahre geführt sowie viel Zeit und Herzblut investiert hat, würde diese natürlich gerne in gute Hände weiter geben, wenn die Pension näher rückt. Doch vielleicht kann eine neu gegründete Gemeinschaftspraxis die Patientinnen von mehreren Einzelpraxen in einer Region weiter betreuen? So würden zwar die Räumlichkeiten nicht weiter genutzt aber zumindest könnte die Weiterbetreuung der Patientinnen gewährleistet werden.

Last but not least spielen auch die Ausbildungsstätten eine grosse Rolle in der Nachwuchsförderung. So ist es heute leider nicht selten der Fall, dass den Assistenzärzten/-innen oft noch zu wenig Einblick in die Sprechstunden-Welt gewährt wird und gewisse wichtige Skills für die Praxistätigkeit nicht oder zu wenig erlernt werden können. Ein Beispiel hierfür sind die Ultraschallscreenings in der Schwangerschaft. Die für das SGUMGG-Zertifikat nötigen Zahlen können in vielen Häusern in der regulären Weiterbildungszeit nicht erreicht werden. Als Assistenzarzt verbringt man seine Zeit überwiegend im OP, mit Notfällen und mit administrativer Arbeit. Erst nach Erlangen des Facharztstitels, was mehrheitlich mit dem Antritt der ersten Oberarztstelle einhergeht, tastet man sich langsam an die Themen der regulären Vorsorge heran. An dieser Stelle muss aber betont werden, dass dies den erst kürzlich durchgeführten Änderungen am Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe widerspricht. Absichtlich wurden dabei die operativen Anforderungen gekürzt, mit der Idee, dass die frischgebackenen Fachärzte/-innen nach Erhalt ihres Diploms einen genügend fundierten Wissensstand erlangt haben, um selbständig in einer Praxis arbeiten

zu können. Eine frühe Triage in zukünftige Praxisgynäkologinnen auf der einen und Anwärter für die verschiedenen Subspezialitäten auf der anderen Seite macht für alle Beteiligten Sinn. Jemand, der sich früh für die Praxis entscheidet, sollte aber nicht nur die Förderung im OP „verlieren“ sondern muss dafür eine gezielte und vollständige Ausbildung im Hinblick auf die Grundversorgung „dazu gewinnen“. Mit dem (Selbst-) Bewusstsein über eine ausreichende Ausbildung zu verfügen wagt man den Schritt in die Praxis nach dem Facharzt auch eher.

Das Nachwuchsproblem besteht wohlbemerkt nicht nur in den Praxen. Tatsächlich werden die jungen Fachkräfte an den Kliniken ebenfalls dringend gebraucht. Um diese halten zu können, werden hier nun immer mehr Teilzeitstellen geschaffen – eine positive Entwicklung. Doch die Freiberuflichkeit ist ein wertvolles Gut der Ärzte und es wäre schade, wenn der Arztberuf in 20 Jahren nur noch dem eines Angestellten in Spitälern und Gesundheitszentren entsprechen würde. Der Schritt ins Unternehmertum erfordert zwar etwas Mut – man kann diesen jedoch mit der Gewissheit wagen, dass bei der momentan herrschenden starken Nachfrage schnell schwarze Zahlen in der Jahresendabrechnung erscheinen werden. Abschliessen sollten wir uns darauf besinnen, dass die qualitativ hochstehende frauenärztliche Betreuung der Patientinnen unser wichtigster Anspruch sein muss – in welcher Einrichtung auch immer sie betreut werden. Um dies auch in Zukunft gewährleisten zu können, ist von uns allen Einsatz gefordert.



Dr. Martina Knabenhans
Mitglied Redaktionskommission
Rubrik SGGG,
Frauenheilkunde Aktuell



Lina Sperschneider-Looser
Vorstandsmitglied Junges Forum

Programm der AUG zur Nachwuchsförderung

Neuer Schwerpunkttitle Urogynäkologie / Urologie der Frau

Am 01.01.2016 trat der neue Schwerpunkt Urogynäkologie/ Urologie der Frau in Kraft. Dieser hat zum Ziel, Kompetenzen im Gebiet der Beckenbodenpathologien und ihrer Folgeerkrankungen zu stärken. Die Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie der gynécologie suisse SGGG stellt hiermit ihr Nachwuchsförderungsprogramm vor, welches in Zusammenarbeit mit dem jungen Forum der gynécologie suisse SGGG und in Absprache mit der Chefärztekonzferenz erarbeitet wurde.

Der Bedarf an Gesundheitsleistungen steigt in vielen Bereichen der Medizin, so auch auf dem Gebiet der Beckenbodenerkrankungen. Beckenbodenbeschwerden korrelieren global mit dem Anstieg der Lebenserwartung. Aus Untersuchungen der USA geht hervor, dass in den nächsten 30 Jahren der Bedarf an urogynäkologischen Operationen um 45 % ansteigen wird (1). Diese Zahlen dürften ähnlich sein für die Schweiz, wo hohe sozioökonomische Verhältnisse eine gute Lebensqualität bis ins betagte Alter ermöglichen. Den steigenden Ansprüchen von Frauen jeden Alters an Erhalt von Lebensqualität, Mobilität und ganzheitlicher Gesundheit gilt es gerecht zu werden. Diese noch nie zuvor dagewesenen Veränderungen tragen zur Erhöhung des Bewusstseins für Beckenbodenerkrankungen und zur Zunahme des Bedarfs an profund ausgebildeten Akteuren in verschiedenen Berufsgruppen bei.

Mit der Einführung des neuen Schwerpunkttitle Urogynäkologie / Urologie der Frau per 1.1.2016 konnte die Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie (AUG) der gynécologie suisse SGGG in Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft für Urologie den Grundstein für eine strukturierte und Qualität sichernde Weiterbildung legen. Die Anforderungen für den Schwerpunkt sind auf der Homepage der FMH zu finden (2).

Nun gilt es interessierte und engagierte Nachwuchskräfte, nach abgeschlossenem Facharzt für Urologie oder Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt interventionelle Gynäkologie und Geburtshilfe für dieses interessante, vielseitige und zukunftsorientierte Fach zu gewinnen und auszubilden. Unter dem Überbegriff „Urogyn Akademie“ soll ein Angebot an interdisziplinären und interprofessionellen Hospitationen und Kursen geschaffen werden, das potentiellen Nachwuchslernenden Einblicke in das vielseitige und spannende Fach bietet und gleichzeitig den Zugang und die Vernetzung mit diversen Erfahrenen Spezialistinnen und Spezialisten im Bereich ermöglichen.



Der Start des neuen Nachwuchsprogrammes (*Urogyn Basis Training*) mit einer Pilotphase von 1 Jahr ist auf Frühjahr 2016 vorgesehen. Ein umfangreiches Angebot an Hospitationsmöglichkeiten und Kursen in verschiedenen fachärztlichen und paramedizinischen Bereichen wird erfahrenen Assistenzärztinnen und jungen Oberärztinnen auf der Homepage der AUG (<http://urogyn.ch/de/urogyn-akademie/nachwuchsfoerderung>) angeboten. Ziel ist es, Einblicke in die Diversität des Faches Urogynäkologie zu bieten, Kontakte zu knüpfen und interessierte, geeignete Nachwuchskräfte in den verschiedenen Landesregionen gezielt zu unterstützen und in die Weiterbildung aufzunehmen. Die Hospitationstage bieten Einblicke in diagnostische Bereiche (Urodynamik, Perinealultraschall,...), sowie konservative und operative Therapien. Auch haben Vertreter verschiedener verwandter Bereiche, z.B. Proktologie, Neurourologie, Physiotherapie oder Kontinenzsprechstunden aus den Netzwerken der Beckenbodenzentren ihre Türen zu Hospitationen geöffnet.

Unkompliziert können Interessierte direkt mit den Anbietenden Kontakt aufnehmen und Termine für die Hospitationen vereinbaren. Die Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie der gynécologie suisse SGGG stellt eine Bestätigung für besuchte Hospitationen aus. Die Mitglieder der AUG unterstützen interessierte und geeignete Kandidatinnen und Kandidaten für den Schwerpunkt auch in der zielorientierten Planung von Weiterbildungsschritten, Auslandsaufenthalten und in der gezielten Karriereplanung. Nach 1 Jahr erfolgt eine Evaluation des Programmes unter Einbezug des jungen Forums der gynécologie suisse, welches das Programm sehr be-

grüsst hat und als die hauptsächliche Zielgruppe seine Bedürfnisse einbringen soll.

Um einer Spezialisierung im Sinne einer Fragmentierung oder Zersplitterung der bisherigen FMH-Facharzttitle vorzubeugen (3) soll die Patientinnenversorgung sinnvoll erweitert und im Verlauf ein umfassendes, niederschwelliges Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten für Niedergelassene und Paramediziner (Pflegefachfrauen in Uro- und Kontinenzpflege, Physiotherapeutinnen für Beckenbodenrehabilitation) aufgebaut werden, was die Versorgungskompetenz nachhaltig und integrativ gewährleisten soll. Durch direkten Kontakt mit Kolleginnen und Kollegen, welche bereits vertieft in diesem Gebiet arbeiten, soll ein Netzwerk diverser Kompetenzen entstehen mit Fokus auf interdisziplinäre und interprofessionelle Ansätze.

Ausblick:

Der Bedarf an kompetenten Fachleuten zur Behandlung von Beckenbodenerkrankungen wird in Zukunft kaum alleine durch ärztliches Personal abgedeckt werden können. Neben kompetenten Physiotherapeutinnen wird es auch im Pflegebereich ein Angebot der vertieften Weiterbildung in Beratung und Behandlung von Inkontinenz und Prolapserkrankungen brauchen. Im Rahmen der Urogyn Akademie unterstützt und hilft die AUG in der Weiterentwicklung entsprechender Kursangebote.

Struktur Urogyn Basis Training zur Nachwuchsförderung

- Fortbildungstage (2 theoretische Tage): z.B. Jahreskongress der gynécologie suisse, Urogynäkologie Symposien Aarau/Frauenfeld/Zürich, Romandie, Internationale Urogynäkologische Kongresse, Blockkurse Urogynäkologie Aarau, Dammrisskurs, EUGA/MPIS/ICS/IUGA, etc.
- Hospitationstage (4 praktische Tage) in verschiedenen Fachgebieten (<http://urogyn.ch/images/hospitationsplaetze.pdf>) Urodynamik, konservative Therapien (Pessare, Instillationen, Physiotherapie), operative Therapien, Bildgebung/Perinealultraschall, Neurourologie, Proktologie, Sexualtherapie, Physiotherapie.
- Zertifikat: AUG-Diplom für Basis-Urogynäkologie-Training. Wird nach Nachweis der obigen Hospitations- und Fortbildungstage ausgehändigt (contact@urogyn.ch).
- Das Basis-Urogynäkologie-Diplom ist nicht zwingend für die Anmeldung zur Schwerpunktprüfung.

Am. J. Obstet. Gynecol. 2001 Jun;184(7):1496–501. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. Luber KM¹, Boero S, Choe JY
<http://www.fmh.ch/bildung-siwjf/fachgebiete/facharzttitle-und-schwerpunkte/gynaekologie-geburtshilfe.html>
Schweizerische Ärztezeitung Editorial von Werner Bauer 2015;96(50–51):1833.

Für die Ausbildungskommission der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie

*Dr. med. Sonja Brandner, Dr. med. Cornelia Betschart,
Dr. med. Daniel Faltin*

Am. J. Obstet. Gynecol. 2001 Jun;184(7):1496–501. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. Luber KM¹, Boero S, Choe JY
Schweizerische Ärztezeitung Editorial von Werner Bauer 2015;96(50–51):1833.

Link zu den Bestimmungen für den neuen Schwerpunkt:
<http://www.fmh.ch/bildung-siwjf/fachgebiete/facharzttitle-und-schwerpunkte/gynaekologie-geburtshilfe.html>

Résumé français

La formation approfondie en Urogynécologie/Urologie de la femme est reconnue depuis le premier janvier 2016. Les détails se trouvent sur le site de la FMH (2). L'association pour l'Urogynécologie de la Société Suisse de Gynécologie Obstétrique (AUG, urogyn.ch) présente un programme d'encouragement à la relève, préparé en collaboration avec le Forum des jeunes gynécologues de Gynécologie Suisse et la Conférence des médecins-Chef de service. « Urogyn Akademie » est destinée à de jeunes gynécologues ou urologues en formation opératoire motivés. Ce programme est composé de journées de formation théoriques et de stages de découverte auprès d'experts en urogynécologie (consultations, examens complémentaires, urodynamique, périnéosonographie, traitements conservateurs et chirurgicaux) ainsi que dans les spécialités impliquées dans l'approche multidisciplinaire des pathologies du plancher pelvien (proctologie, urologie, neuro-urologie, physiothérapie). L'offre complète est détaillée sur le site (<http://urogyn.ch/l-academie-urogyn/jeunes-talents>). L'AUG délivre un certificat de participation. Les membres de l'AUG sont à disposition les candidats pour planifier leur formation approfondie et leur projet de carrière en Suisse et à l'étranger.

Neue Expertenbriefe



Expertenbrief No 45

Kommission Qualitätssicherung
Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek

Pränatales genetisches Screening: Neues Modell (Ergänzungen zum Faktenblatt des BAG vom 15.7.2015*)

Arbeitsgruppe der Akademie für feto-maternale Medizin und Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik
Autoren: S. Fokstuen, S. Tercanli, T. Burkhardt, Y. Vial, L. Raio Bulgheroni

In den frühen 1970er Jahren war ein maternales Alter über 35 Jahre die führende Indikation für eine invasive Abklärung. Die dabei erzielbare relativ niedrige Detektionsrate und die relativ hohe Rate an invasiven Abklärungen (bei einem eingriffsbedingten Abortrisiko von etwa 0.5-1% hat dazu geführt, dass bessere Screeningverfahren gesucht wurden. Über das AFP-plus-Screening der 1980er und frühen 1990er Jahren ist man zum aktuell immer noch gültigen Nackentransparenz-basierten Screening (Ersttrimestertest, ETT) übergegangen. Dadurch konnte die Detektionsrate speziell für Down-Syndrom gesteigert und die Anzahl an Amniozentesen bzw. Chorionzottenbiopsien verringert werden. Trotzdem liegt selbst beim ETT der positive Vorhersagewert eines auffälligen Testresultates (Wahrscheinlichkeit einer Trisomie 21 bei positivem Screeningbefund) nur bei 4.5%. Ein weiterer Vorteil des ETT war die Nutzung der Sonographie nicht nur zur Aneuploidie-Risikobestimmung, sondern auch zur Entdeckung schwerwiegender Fehlbildungen bereits im ersten Trimenon. Die Ersttrimestersonographie ist integraler Bestandteil der Schwangeren-Betreuung mit messbarem Erfolg.

Evidenz-
Level IIb

Mit der Einführung des nicht-invasiven pränatalen Tests (NIPT) hat eine neue Ära des pränatalen Screenings auf Aneuploidien begonnen. NIPT ist das beste Screeningverfahren für die häufigsten Trisomien und speziell für Trisomie 21. Der NIPT weist heute eine Detektionsrate (DR) für Trisomie 21 von 99.5% bei einer falsch-positiv Rate (FPR) von 0.08% auf. Die Testperformance für Trisomie 13 und 18 ist etwas niedriger. Entscheidend für die Durchführbarkeit des NIPT ist eine ausreichende Menge an freier fetaler DNA (ffDNA) im mütterlichen Blut. Der Anteil der ffDNA ist abhängig vom Gestationsalter und vom Körpergewicht der Schwangeren (weniger ffDNA bei früherem Gestationsalter und/oder höherem Gewicht der Schwangeren). Ab der 10. SSW kann von einer genügenden Menge an ffDNA ausgegangen werden.

Seit dem 15. Juli 2015 wird der ETT wie auch der NIPT für die Trisomien 21, 18 und 13 unter bestimmten Voraussetzungen von den Krankenkassen übernommen. Die Arbeitsgruppe der AFMM und auch die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik (SGMG) haben zusammen mit Vertretern des Bundesamts für Gesundheit (BAG) an den Beratungen, die zu diesem Entscheid führten, mitgewirkt. Einzelne Punkte werden hier separat hervorgehoben:

1. Jede Schwangere muss umfassend über die Möglichkeiten, Vor- und Nachteile der verschiedenen Testverfahren (ETT, NIPT, invasive Abklärungen) und deren Testperformance informiert und dieses Gespräch auch dokumentiert werden.
2. Falls die Schwangere ein Trisomiescreening zu Lasten der Grundversicherung wünscht, muss als erstes der ETT korrekt durchgeführt werden. Bei einem Risikowert für Trisomie 21, 18 oder 13 von $\geq 1:1000$ und normalem Ultraschallbefund wird der NIPT von den Krankenkassen übernommen. Beträgt das Risiko für eine Trisomie 21, 18 oder 13 von $\geq 1:380$ am Termin, ist die Krankenkasse zur Kostenübernahme einer invasiven Diagnostik (CVS, AC) weiterhin verpflichtet.
3. NIPT bei Mehrlingen ist weniger gut dokumentiert und wird von der Krankenkasse – im Gegensatz zum ETT – nicht übernommen. Beträgt das Risiko für eine Trisomie 21, 18 oder 13 $\geq 1:380$ am Termin, ist auch bei Mehrlingen die Pflicht zur Kostenübernahme einer invasiven Diagnostik (CVS, AC) gegeben.
4. Weisen auffällige Ultraschallbefunde auf eine Chromosomenstörung hin, ist ein NIPT primär nicht indiziert, da eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, dass auch andere Chromosomenstörungen als Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegen könnten. Entsprechend sollte eine invasive Abklärung diskutiert bzw. der Schwangeren die Einholung einer „Expert Opinion“ angeboten werden.
5. Jeder pathologische NIPT Befund muss durch eine invasive Diagnostik bestätigt werden, bevor man z.B. einen Abbruch der Schwangerschaft diskutiert. Eine Chorionzottenbiopsie ist akzeptabel unter der Voraussetzung, dass Zellen des Zottenmesenchyms (z.B. mittels QF-PCR oder FISH) untersucht werden.

6. Die Labors müssen die fDNA Fraktion angeben.
7. Falsch positive NIPT-Testresultate (auffälliger NIPT und normaler Karyotyp) bedürfen einer gesonderten Betrachtung, da sie auf einem Mosaizismus in der fetoplazentaren Einheit, einem vanishing twin oder anderen seltenen Ursachen (z.B. Mosaizismus bei der Mutter, Tumore, Transplantationen) beruhen können. Biologisch und/oder technisch bedingt sind falsch-positive Befunde häufiger, wenn seltene Chromosomenanomalien (z.B. Mikrodeletionen) oder numerische Anomalien der Geschlechtschromosomen in die Untersuchung eingeschlossen werden. Ein deutlich reduzierter positiver Vorhersagewert gilt auch für die häufigen Trisomien bei sehr niedrigem Ausgangsrisiko.
8. Falls der NIPT kein Resultat ergeben hat und ein erhöhtes Risiko für Aneuploidien besteht, empfiehlt sich eine Fachperson für fetomaternalmedizin hinzuzuziehen, um die beste Methode zur weiteren Pränataldiagnostik zu bestimmen.
9. Eine routinemässige Untersuchung auf Mikrodeletionen mittels NIPT ist zur Zeit nicht indiziert, da noch ungenügende Daten und Erfahrungen dazu vorliegen.
10. Die neuen NIPT sind wie die invasive Diagnostik dem Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) unterstellt, und bedürfen deshalb einer ausführlichen Aufklärung, einer angemessenen Bedenkzeit und einer schriftlichen Einverständniserklärung. Die Aufklärung sollte auch die Möglichkeit seltener unerwarteter Befunde (mütterliche Krankheiten) enthalten.

Das Wichtigste in Kürze:

Nicht-Invasiver Pränataler Test (NIPT) für Einlingsschwangerschaften

Bedingungen zur Kostenübernahme des NIPT für die Trisomien 21, 18 und 13 durch die Krankenkassen :

- vorangegangener Ersttrimester-Test mit einem Risiko $\geq 1:1000$ (z.B. 1: 520)

Ersttrimestertest:

Bedingungen:

- Zertifizierung der Ärztinnen und Ärzte (Inhaber Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall SGUM, Teilnahme an einem US-Kurs 11-14 SSW, Einsendung von 5 NT Messungen mit Teilnahme am Audit, s. Homepage SGUMGG)
- Verwendung anerkannter Software zur Risikokalkulation (aktuell gültig: von FMF Deutschland oder FMF London zertifiziert)

Zeitpunkt:

- ETT ab SSW 11+0 – SSW 13+6 (SSL 45-84mm) als Combined Test
- Blutentnahme für PAPP-A und freies beta-HCG auch möglich ab SSW 9+0 bei zweizeitigem Vorgehen. Dabei ist zu beachten, dass die SSL und NT-Messung nachträglich dem Labor mitgeteilt werden muss, wenn Sie nicht selbst die Berechnung durchführen

Allfällige Zusatzkosten einer Untersuchung auf Anomalien der Geschlechtschromosomen oder anderer Chromosome als 21,13 und 18 mittels NIPT werden nicht übernommen.

Datum: 11.2.2016

*siehe Anhang und Link:

http://www.baq.admin.ch/themen/krankenversicherung/06368/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t.Inp6i0NTU042i2Z6in1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuuq2Z6gpJCMexT5f2vm162epYbq2c_JiKbNoKSn6A--

Evidenzlevel	Empfehlungsgrad
Ia Evidenz durch die Meta-Analyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen	A Es ist in der Literatur, die gesamthaft von guter Qualität und Konsistenz sein muss, mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung vorhanden, die sich auf die konkrete Empfehlung bezieht (Evidenzlevel Ia, Ib)
Ib Evidenz durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung	B Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierte klinische Untersuchungen (Evidenzlevel IIa, IIb, III)
IIa Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung	C Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertengruppen basiert und / oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV)
IIb Evidenz durch mindestens eine gut angelegte andere, quasi-experimentelle Studie	Good Practice Punkt Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief / Guideline herausgibt
III Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien	<input checked="" type="checkbox"/>
IV Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute	

Übersetzt aus dem Englischen (Quelle: RCOG Guidelines Nr. 44, 2006)

Referenzen: Bei den Autoren

Deklaration von Interessenkonflikten:

- S. Fokstuen: Keine
- S. Tercanli: Keine
- T. Burkhardt: Keine
- Y. Vial: Mitglied "Scientific Board of Gene Support"
- L. Raio Bulgheroni: Keine

Die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG erarbeitet Guidelines und Expertenbriefe mit der größtmöglichen Sorgfalt - dennoch kann die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Die Angaben der Hersteller sind stets zu beachten, dies gilt insbesondere bei Dosierungsangaben. Aus Sicht der Kommission entsprechen Guidelines und Expertenbriefe dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Zeit der Redaktion. Zwischenzeitliche Änderungen sind von den Anwendern zu berücksichtigen.