

In der Diskussion

Gynäkologische Endokrinologie 2010 · 8:286–290
 DOI 10.1007/s10304-010-0383-9
 Online publiziert: 13. Oktober 2010
 © Springer-Verlag 2010

M. Birkhäuser

Prof. em. für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
 der Universität Bern, Founding-President der AGER, Basel

Redaktion

T. Strowitzki, Heidelberg

Zur Situation des 3-Säulen-Prinzipes in der Frauenheilkunde

Ein Schweizer Kommentar

Der von Ricardo Felberbaum in seinem Beitrag zur Situation in Deutschland zitierte Satz von Josef Zander „Die ganze Frauenheilkunde ist Reproduktionsmedizin“ hätte auch von Hubert de Watteville, Genfer Pionier der Reproduktionsmedizin und Gründer von FIGO und IFFS, stammen können. Hubert de Watteville hat für die Schweiz zusammen mit gleichgesinnten Kollegen an anderen Fakultäten einen Aufbruch in die Wege geleitet, der dazu führte, dass in der Schweiz innerhalb jeder universitären Frauenklinik neben den Standbeinen „operative Gynäkologie/gynäkologische Onkologie“ und „Geburtshilfe/fetomaternal Medizin“ ein selbstständiger Bereich „gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ aufgebaut wurde. Dieses 3-Säulen-Prinzip ist heute im Artikel 1 zum Weiterbildungsprogramm zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe klar festgeschrieben: „Die Frauenheilkunde umfasst die Kerngebiete Gynäkologie, Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie.“

Die günstigere Entwicklung des Faches „gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ in der Schweiz im Vergleich zu einigen Nachbarländern mag einerseits mit dem unterschiedlichen politischen System zusammenhängen, andererseits damit, dass sich die Schweizer Universitätskliniken in der Auswahl und der Ausbildung ihrer Fachspezialisten durch die Situation in den ersten Nach-

kriegsjahren überwiegend nach der angelsächsischen Tradition richteten. Gerade in Großbritannien und den USA kam und kommt der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ein hoher Stellenwert zu. Zudem ist auch der Einfluss der Romandie (französisch-sprechende Schweiz) mitentscheidend, in den Anfangsjahren unseres Fachgebietes „gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ insbesondere derjenige von Genf mit Hubert de Watteville.

Zum besseren Verständnis der folgenden Übersicht über die Faktoren, welche die Entfaltung und feste Etablierung des Faches „gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ an den Schweizer Universitäten erlaubt haben, muss darauf hingewiesen werden, dass alle Schweizer Universitätskliniken gleichzeitig die Funktion eines Kantonsspitals haben, also des medizinischen Dienstleistung-Zentrums ihrer Region und ihres Kantons (ein Kanton entspricht rechtlich gesehen einem Bundesland) für die Spitzenmedizin. Somit besitzt eine Universitätsklinik immer 2 Träger: das kantonale Departement (= Ministerium) für Erziehung (Universität) und das kantonale Departement für das Gesundheitswesen (Dienstleistung). Die Universitätskliniken sind in der Regel als öffentlich-rechtliche Stiftungen aus der Verwaltung ausgegliedert oder im Begriff, ausgegliedert zu werden. Dies darf aber nicht mit einer Privatisierung verwechselt werden, wie dies an-

dernorts teilweise geschehen ist. Universitätskliniken bleiben auch nach der Ausgliederung voll in staatlichem Besitz.

Struktur der Universitätskliniken in der Schweiz

Die Schweiz besitzt 5 klinische medizinische Fakultäten mit je einer Universitäts-Frauenklinik. Auch wenn zeitweise punktuell die Versuchung bestand, zum alten Allein-Ordinariat unter Leitung eines Operateurs zurückzukehren, überwog langfristig die bewusste Förderung der beiden anderen Säulen, der Geburtshilfe und der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Als Beispiel sei hier der begnadete „pelvic Surgeon“ Otto Kaeser in Basel erwähnt, der ganz bewusst auch die dritte Säule aufgebaut hatte, da ihm klar war, dass endokrinologische Probleme in der gynäkologischen Praxis einen wesentlichen Teil der täglichen Arbeit ausmachen. An den anderen Universitätskliniken verlief die Entwicklung ähnlich. Zürich richtete bereits früh eine Klinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ein, die viel zur Etablierung unseres Faches in der Schweiz beigetragen hat. In den letzten 10 Jahren wurde an allen Universitätskliniken mit Ausnahme von Genf, wo der Prozess noch nicht abgeschlossen ist, von den lokalen Strukturkommissionen in Übereinstimmung mit der heute gültigen Weiterbildungsord-

nung (s. unten) die Berechtigung einer Klinik oder Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin innerhalb des Faches Frauenheilkunde bestätigt, zuletzt wieder kürzlich in Basel.

Je nach Universität ist das Gesamtgebiet Frauenheilkunde als „Departement“ oder als „Klinik“ für Geburtshilfe und Gynäkologie definiert. Dementsprechend werden die 3 Säulen Geburtshilfe, Gynäkologie und gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin entweder als „Kliniken“ oder als „Abteilungen“ bezeichnet. Unabhängig von der offiziellen Bezeichnung verfügt deren Leiter über ein eigenes Budget, hat Einsitz in der Klinikleitung und ist am Honorar-Pool-System beteiligt. Ein gut funktionierendes Pool-System mit einem gewissen Ausgleich der unterschiedlichen Honoraransätze zwischen Operateuren und konservativ tätigen Spezialisten darf in seiner Bedeutung für das Funktionieren des „3-Säulen-Prinzips“ nicht unterschätzt werden. Die Entscheide der Klinikleitung, die sich in der Regel aus den Leitern der 3 Säulen Gynäkologie, Geburtshilfe und gynäkologischer Endokrinologie/Reproduktionsmedizin sowie der Leiterin des Pflegedienstes zusammensetzt, werden nach dem Mehrheitsprinzip gefasst, praktisch gesehen aber in der Regel im Konsens. Ein Träger des Schwerpunkttitels „gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ kann Vorsitzender der Klinikleitung sein (vor Kurzem in Zürich, zurzeit in Basel)

Rolle der Fachgesellschaften

Die politische Vertretung der Ärzteschaft und die Reglementierung der medizinischen Weiterbildung liegt in den Händen der FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum), dem Dachverband der medizinischen Fachgesellschaften, zu denen auch die „gynécologie suisse“ (Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) gehört. In der Schweiz gibt es keine Dualität zweier Ärzte-Gesellschaften, einer mehr „gewerkschaftlich“ und einer mehr „wissenschaftlich“ orientierten, wie dies in anderen Ländern der Fall ist. Diese eine Fachgesellschaft pro Spezialgebiet, für die Frauenheilkunde die „gynécologie suisse“, küm-

Gynäkologische Endokrinologie 2010 · 8:286–290 DOI 10.1007/s10304-010-0383-9
© Springer-Verlag 2010

M. Birkhäuser

Zur Situation des 3-Säulen-Prinzips in der Frauenheilkunde. Ein Schweizer Kommentar

Zusammenfassung

Das sog. „3-Säulen-Prinzip“ wurde für das Fach Frauenheilkunde in der Schweiz im Verlaufe der letzten 30 Jahren mit Erfolg eingeführt und in den für 4 der insgesamt 5 Universitäts-Frauenkliniken kürzlich abgeschlossenen Strukturanalysen verankert. Damit und mit der Annahme des neuen Reglements zur Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und den darin definierten Schwerpunkten, zu denen auch der Schwerpunkt „Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie“ gehört, darf das 3-Säulen-Prinzip heute in der Schweiz als gut etabliert und gesichert gelten. An allen Fakultäten verfügen die zuständigen Kliniken oder Abteilungen über selbstständige Budgets und über eine eigenständige Forschungstätigkeit. Problematisch ist heute das Fehlen von genügend Nachwuchs. Dies gilt aller-

dings in der Schweiz für alle medizinischen Fachrichtungen und beruht auf einem Planungsfehler des Bundes, also des Schweizer Staates. Dazu haben v. a. 3 Punkte beigetragen: 1. ein verfehlter Numerus clausus bei der Zulassung zum Medizinstudium, 2. eine an sich gerechtfertigte gesetzliche Reduktion der früher sehr hohen Arbeitszeiten von Spitalärzten ohne ausreichende Kompensation durch Schaffung neuer Stellen und 3. ein vermehrter Wunsch nach Teilzeitstellen, der auch mit der zunehmenden Attraktivität unseres Faches für Ärztinnen zusammenhängt.

Schlüsselwörter

3-Säulen-Prinzip · Frauenheilkunde · Schweiz · Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie · Gynäkologie und Geburtshilfe

On the situation of the three pillars of gynaecology. A Swiss commentary

Abstract

The conclusion to be drawn from the evolution of the field of “reproductive medicine and gynaecological endocrinology” in the last 30 years in Switzerland is a positive one: within the Swiss Medical Faculties, the “principle of the three pillars” gynaecology/obstetrics/reproductive medicine and gynaecological endocrinology has been introduced with success and has proved itself. With the acceptance of the new guidelines of the postgraduate education of gynaecologists and obstetricians, including the subspecialty reproductive medicine and gynaecological endocrinology, and with the firm establishment of this subspecialty in all university clinics, this “principle of the three pillars” can be considered to definitely accepted. Today, all medical faculties possess a division (or clinic) of reproductive medicine and gynaecological endocrinology. All these divisions have their own budgets and their own research programme.

The main remaining problem is the insufficient number of young specialists. However, in Switzerland, this problem is common to all fields within medicine. It is the consequence of a planning error made by the Swiss State. The main reasons for this difficult situation are: (1) an unnecessary numerus clausus for the admission to the medical schools, (2) the (in itself justified) reduction of the maximal working hours for hospital doctors without sufficient compensation by the creation of new jobs and (3) an increased demand for part-time jobs, linked to an increased attraction of our speciality for female doctors.

Keywords

Principle of three pillars · Gynecology · Switzerland · Reproductive medicine and gynecological endocrinology · Gynecology and obstetrics

mert sich um die klinischen, die wissenschaftlichen, die politischen und die ökonomischen Belange ihres Faches. Innerhalb der „gynécologie suisse“ finden wir die Schweiz. Menopausen-Gesellschaft und die Schweiz. Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (mit ihrer Sektion Kontrazeption), die zusammen, ähnlich einer „Holding“, in der AGER (Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin) zusammengefasst sind. Die AGER wiederum ist mit einem festen Sitz im Vorstand der SGGG vertreten.

Gesundheitspolitische und gesetzgeberische Voraussetzungen

Gesundheitspolitische Entscheide und gesetzgeberische Erlasse können ein Fachgebiet blockieren oder fördern. Mit dem Aufkommen der medizinisch assistierten Reproduktionsmedizin entstand auch in der Schweiz der politische Druck zu einer gesetzlichen Regelung dieser neuen therapeutischen Möglichkeiten. Bei der Ausarbeitung des späteren Bundesgesetzes über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung waren Vertreter unseres Fachgebietes am Vernehmlassungsverfahren zum Gesetzesentwurf und als Experten in den Kommissionen beider Kammern unseres Parlamentes eng mit einbezogen. Das aus heutiger Sicht restriktive Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) vom 18.12.1998 und die dazu passende Fortpflanzungsmedizinverordnung (FMedV) vom 04.12.2000 (beide in Kraft getreten auf den 01.01.2001) haben sich dennoch für unser Fachgebiet positiv ausgewirkt, indem darin festgehalten wird, dass die Bewilligung zur Anwendung von Fortpflanzungsverfahren nur Ärztinnen und Ärzten erteilt wird, die nachweisen können, dass sie über die nötige Ausbildung und Erfahrung in den Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung verfügen. Daraus haben die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften zusammen mit den Universitäts-Frauenkliniken den Auftrag des Gesetzgebers abgeleitet, gemeinsam eine entsprechende Ausbildung anzubieten und sicherzustellen.

Weiterbildung zum Schwerpunkt „Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie“

Die AGER (Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin) hat daher im Auftrag der „gynécologie suisse“ das zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nötige Weiterbildungsprogramm ausgearbeitet, das – nach Annahme durch die FMH – am 31.05.2005 durch das Eidgenössische Departement des Innern akkreditiert worden ist. In der zuständigen Kommission waren universitäre und nicht-universitäre Spitalärzte, Ärzte in freier Praxis, alle medizinischen Fakultäten, alle betroffenen Fachgebiete und alle Sprachregionen vertreten. Im Artikel 1 des Weiterbildungsreglements wird festgehalten: „Mit der Weiterbildung für den Schwerpunkt Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie soll der Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben, die ihn befähigen, im erweiterten speziellen Fachgebiet in eigener Verantwortung im reproduktionsmedizinischen und gynäkologisch-endokrinologischen Bereich tätig zu sein.“

Die vertiefte Weiterbildung zur Erlangung des Schwerpunktes Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie dauert 3 Jahre und wird mit einer mündlichen Prüfung abgeschlossen. Sie besteht aus einem praktischen und einem theoretischen Teil und wird von 3 von der „gynécologie suisse“ bezeichneten Experten abgenommen. Zwei der 3 Jahre müssen an einer Universitätsklinik oder einer großen öffentlichen Klinik mit einer spezialisierten Abteilung oder Einheit unter Leitung eines Titelträgers mit Schwerpunkt Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie absolviert werden. Auf das Weiterbildungsreglement gestützt, müssen die Universitätskliniken auch die entsprechenden Ausbildungsstellen bereithalten.

Die spezifische Weiterbildung für den Schwerpunkt Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie ist in Module gegliedert. Die 4 Grundmodule sind für alle Kandidaten obligatorisch, von den 6 Zusatzmodulen ist eine Weiterbildung in 2 der 6 Module nachzuweisen. Zu

den 4 Grundmodulen gehören gynäkologische Endokrinologie im engeren Sinne, Sterilitätsdiagnostik und ursachenbezogene Sterilitätsbehandlungen (inklusive assistierter Reproduktionsmedizin), Beratung und Behandlung in der Peri- und Postmenopause sowie Kontrazeption. Die 6 Zusatzmodule, von denen ein Kandidat 2 auswählen muss, sind: Andrologie, Kinder- und Jugendgynäkologie, Sexualmedizin, Psychosomatik und Counselling, Women's Health und operative Sterilitätstherapie.

Es darf hier nicht unerwähnt bleiben, dass auch der Ausbildungskatalog der allgemeinen Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe präzise Lernziele aus dem Fachgebiet Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie umfasst.

Tarifwesen

Der Schwerpunkt „Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie“ ist überwiegend ein ambulantes Fachgebiet, da auch in der Schweiz alle therapeutischen Maßnahmen der medizinisch assistierten Reproduktionsmedizin ambulant vorgenommen werden. Für die Abgeltung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen gilt ein Taxpunktssystem (TARMED), das auf Zeiteinheiten beruht. TARMED gilt gleichermaßen für universitäre Zentren und für private Institute und Praxen, sodass ambulante Leistungen den Universitätskliniken das gleiche Einkommen bringen wie einem privaten Zentrum. Nicht von TARMED erfasst sind die nicht-kassenpflichtigen Leistungen der medizinisch assistierten Reproduktionsmedizin, die nach oben (und unten) nicht durch vorgegebene Tarife beschränkt sind. Da die TARMED-Leistungen tiefer abgegolten werden als die nicht-kassenpflichtigen Leistungen aus der medizinisch assistierten Reproduktionsmedizin, schneidet finanziell eine Praxis mit überwiegend konservativen (TARMED-)Leistungen (klassische gynäkologische Endokrinologie, Menopausenmedizin/Women's Health und Kontrazeptionsberatung) gegenüber reinen „Kinderwunschzentren“ finanziell schlechter ab. Die schlechtere Abgeltung der nichtapparativen und nichtoperativen Leistungen und somit des ärztlichen Gesprächs

Hier steht eine Anzeige.



und der klassischen ärztlichen Anamnese und klinischen Untersuchung beeinflusst die Entwicklung unseres Faches mit. Dies führt dazu, dass nichtuniversitäre einnahmenorientierte Zentren die medizinisch assistierte Reproduktionsmedizin ausweiten und die gynäkologische Endokrinologie, die Medizin der Peri- und Postmenopause und die Kontrazeptionsberatung als weniger rentabel vernachlässigen.

Es bleibt zu erwähnen, dass auch in der Schweiz für die stationäre Medizin ein Systemwechsel auf DRG bevorsteht, dessen Konsequenzen noch schwer abzuschätzen sind, doch den Schwerpunkt Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie naturgemäß zumindest direkt weniger treffen (indirekte Folgen: s. unten).

Lehre und Forschung

Lehre und Forschung sind weitgehend, aber nicht ausschließlich Sache der Universitätskliniken: Auch große nichtuniversitäre Kliniken beteiligen sich am Unterricht und an klinischen Forschungsprogrammen. Grundlagenforschung wird hingegen fast ausschließlich an den Universitäten betrieben, meist innerhalb eines interdisziplinären Departements Forschung. In Lausanne ist zudem eine private Stiftung auf dem Gebiet Reproduktionsmedizin wissenschaftlich aktiv. Alle Abteilungen/Kliniken für Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie haben die Möglichkeit, gleichberechtigt zu den anderen beiden Säulen des Faches „Gynäkologie und Geburtshilfe“ innerhalb ihres fakultären Departements „Forschung“ Labors zu erhalten, sofern ihre Grants bewilligt werden und damit die Finanzierung gesichert ist. Es werden auch zunehmend multizentrische internationale Projekte durchgeführt, wobei hier nicht die Multicenterstudien der Pharmaindustrie gemeint sind. Mit der EU ist eine enge Zusammenarbeit dank der geschlossenen bilateralen Verträge zu Lehre und Forschung möglich geworden. Insgesamt hat sich die Forschungstätigkeit innerhalb des Schwerpunkts Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie dadurch sehr positiv entwickeln können und darf sich angesichts der im Vergleich zu Deutschland oder Frank-

reich geringeren Größe der Schweiz auch international sehen lassen: Leider fehlt hier der Platz, auf die Forschungsschwerpunkte der 5 Universitätskliniken einzugehen. Doch sind diese auf deren Webseiten einsehbar.

Resümee

Mit der Annahme des neuen Reglements zur Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und seinen Schwerpunkten, zu denen auch der Schwerpunkt „Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie“ gehört, darf das 3-Säulen-Modell heute in der Schweiz als gut etabliert und gesichert gelten: Dank der kürzlich (außer Genf) abgeschlossenen Strukturanalysen an allen Universitäts-Frauenkliniken ist es fester Teil des Auftrages für Klinik, Lehre und Forschung geworden. Zwar ist das Ziel von 3 gleichwertigen Ordinariaten innerhalb der Frauenheilkunde noch nicht durchwegs umgesetzt, doch verfügen an allen Fakultäten Kliniken oder Abteilungen des Schwerpunktes „Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie“ bereits heute über eigene Budgets, eigene Sprechstunden und eine selbstständige Forschung. Zu Schließung von Kliniken und Abteilungen für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin aus kurzfristigen gesundheits- und finanzpolitischen Überlegungen ohne Berücksichtigung des Problems der wegfallenden Ausbildungsplätze kam es in der Schweiz nicht. Solche Schließungen in Nachbarländern wurden mit Unverständnis aufgenommen.

Problematisch ist das Fehlen von genügend medizinischem Nachwuchs, ein Problem, das allerdings für alle medizinischen Fachrichtungen gilt und auf einem Planungsfehler des Bundes (des Schweizer Staates) vor ca. 20 Jahren beruht: Anstelle der damals befürchteten „Ärztenschwemme“ besteht heute ein Ärztemangel, so dass gerade in der Frauenheilkunde und auch im Schwerpunkt „Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie“ bis zu 30% der Spitalärzte aus den Nachbarländern rekrutiert werden müssen. Zur falschen Prognose hinsichtlich des benötigten Nachwuchses haben v. a. 3 Punkte beigetragen:

1. ein aus heutiger Sicht verfehlter Numerus clausus bei der Zulassung zum Medizinstudium,
2. eine (an sich gerechtfertigte) gesetzliche Reduktion der früher sehr hohen Arbeitszeiten von Spitalärzten ohne ausreichende Kompensation durch Schaffung neuer Stellen und
3. ein vermehrter Wunsch nach Teilzeittstellen, der auch im Zusammenhang mit der zunehmenden Attraktivität unseres Faches für Ärztinnen steht.

Insgesamt ist das Fazit der letzten 3 Jahre für das 3-Säulen-Prinzip im Fach Frauenheilkunde in der Schweiz positiv: Das 3-Säulen-Prinzip wurde mit Erfolg eingeführt, es bewährt sich, und es hat – trotz einiger offener Probleme – keine schlechtere Zukunft vor sich als die heutige Medizin insgesamt. Mittelfristig besteht leider die Gefahr, dass die Kostenträger (Krankenkassen und politische Behörden) für die Ausbildungskliniken eine strikte Auftrennung in direkte Ärzte- und Pflegekosten und indirekte Kosten der Aus- und Weiterbildung durchsetzen, ohne gleichzeitig einen Träger für die den Ausbildungs- im Gegensatz zu den Privatkliniken entstehenden Zusatzkosten zu definieren. Zurzeit liegt noch kein brauchbarer Ansatz zu einer Lösung vor, doch scheint das Problem von den Politikern erkannt zu sein.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Birkhäuser

Prof. em. für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin der Universität Bern, Founding-President der AGER
Gartenstr. 67, 4052 Basel
Schweiz
martin.birkhaeuser@balcab.ch

Interessenkonflikt. Keine Angaben.