

DGGG 2022

Freitag
14.10.2022

Kongress

Journal

3

Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2022



Der DGGG-Kongress – ein Kongress für den Nachwuchs

Die Gynäkologie und Geburtshilfe ist das schönste Fach der Medizin! Darüber sind sich alle Frauenärzte und Frauenärztinnen einig. Das sollen aber vor allem auch Assistenz-ÄrztInnen und Medizin-Studierende erfahren. Innerhalb der DGGG e.V. ist das Junge Forum die Anlaufstelle für alle, die sich für den Weg ins Fach interessieren. Der Kongress hält über das wissenschaftliche Programm hinaus für den Nachwuchs eine Menge attraktive Möglichkeiten bereit:

Dafür steht das Junge Forum in der DGGG e.V.

„Besonders wichtig ist uns, die Aus- und Weiterbildung in unserem Fachbereich fortlaufend zu verbessern und weiterzuentwickeln. Hierzu braucht es einen generationsübergreifenden Wissens- und Erfahrungsaustausch und Diskussionsräume, in denen über Möglichkeiten, Ausrichtung und Außenwirkung unserer Fachdisziplin diskutiert werden kann.“

Einen besonderen Stellenwert haben für uns außerdem die Themen Geschlechtergerechtigkeit, die Schaffung von flexiblen Arbeitszeitmodellen sowie die Verbesserung von Familienvereinbarkeit in unserem Beruf. Wir sind überzeugt, dass substantielle Verbesserungen in diesen Bereichen einen wichtigen Beitrag dazu leisten können, unseren Fachbereich noch zukunftsfähiger auszurichten.“

Vergabe von Wissenschafts- und Posterpreisen

Wer ein Abstract eingereicht hat, kann einen Posterpreis gewinnen. Dr. André Franken freut sich über die Urkunde zum Vortragspreis, die ihm Prof. Wolfgang Janni überreicht. Zahlreiche renommierte Wissenschaftspreise werden zu jedem DGGG-Kongress ausgeschrieben.



Posterausstellung

ForscherInnen – auch junge! – können im Saal 14b ihre Ergebnisse präsentieren. In den Posterbegehungen wird diskutiert.



Veranstaltungen des Jungen Forums

In einer eigenen Veranstaltungsreihe widmet sich das Junge Forum den Themen, die junge ÄrztInnen besonders bewegen.



Freier Vortrag – in einer Hauptsitzung sprechen

Die besten der eingereichten Abstracts werden für die Präsentation als Freier Vortrag ausgewählt. Das ist eine aufregende Sache. Dr. Janine Zöllkau zum Beispiel referierte ihr Thema „COVID-19-Impfung und Schwangerschaft“.



Gut vernetzt

Das Junge Forum ist auf Instagram und Facebook aktiv. Hier kann sich ausgetauscht werden und die SprecherInnen des Jungen Forums berichten „live“ vom Kongress. Auf www.dggg.de/weiterbildung-nachwuchs/junges-forum finden sich eigene Weiterbildungsangebote, FAQs für den Berufseinstieg u.v.m..



Dr. Martin Göpfert



Seminare und Hands-on-Kurse

Hier kann man sich im Thema seiner Wahl fortbilden.

Kinderbetreuung – damit die Vereinbarkeit von Beruf und Familie selbstverständlich wird

Mit Kinderwagen zum Kongress? Hier kein Problem. Für etwas ältere Kinder wird eine Betreuung angeboten.



Die Industrieausstellung

Eine beeindruckende Vielfalt. Hier kann man sich umfassend informieren und medizinische Geräte anschauen und ausprobieren.



Junior meets Senior

Heute 13:00 – 14:00 Uhr im ICM Bistro stehen 40 gestandene GynäkologInnen für eure Fragen zur Verfügung!



Der ärztliche Arbeitsalltag im Wandel

Generationskonflikt im Krankenhaus – Wie kann das funktionieren?

„Können Sie mir einen KiTa-Platz anbieten?“ oder „Kann ich auch spontan bei Ihnen frei nehmen, da ich Windsurfer bin und da nach den Winden gehen muss?“ oder „Am Wochenende möchte ich nicht arbeiten, da mein Freund da auch frei hat, kriegen Sie das hin?!“ – mit solchen und ähnlichen Fragen konfrontieren junge ÄrztInnen ihre zukünftigen Vorgesetzten. Wie sollen diese sich verhalten, wie umgehen mit den Forderungen, wenn die eigenen Wertvorstellungen womöglich ganz anders sind?

„Können Sie mir einen KiTa-Platz anbieten?“ oder „Kann ich auch spontan bei Ihnen frei nehmen, da ich Windsurfer bin und da nach den Winden gehen muss?“ oder „Am Wochenende möchte ich nicht arbeiten, da mein Freund da auch frei hat, kriegen Sie das hin?!“ – Wer hätte das vor Jahren gewagt zu fragen?

Was wurde aus dem großen Wunsch, als Arzt tätig zu sein?

Heute reiben sich jene, die in verantwortlicher Position sind, die Augen, wenn sie in Gesprächen mit der jungen MedizinerInnen-Generation solche Fragen zu hören bekommen. Der eine oder andere der älteren Ärztgarde ist immer noch sprachlos. Fakt ist, die jungen Ärztinnen und Ärzte heute ticken anders als ihre Chefs und Oberärzte. Dieses unterschiedliche Ticken bewirkt vielschichtige Konflikte im Krankenhaus.

Was waren das noch für Zeiten für Chefärzte, als auf eine frei

gewordene Arztstelle ungezählte Bewerbungen ins Haus flatterten. Heute sind qualifizierte medizinische Fachkräfte echte Raritäten geworden. Um Ärzte von der eigenen Klinik zu überzeugen bzw. Kolleginnen auch zu behalten, müssen sich die Häuser und ihre Chefs und Oberärzte einig einfallen lassen. Die stille Revolution der jungen Ärzte und Ärztinnen für bessere persönliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus ist in vollem Gange.

Bedingungen der jungen ÄrztInnen-Generationen

Es zählt in der Medizin nicht mehr allein der große Wunsch, als Arzt tätig sein zu wollen. Viele andere Dinge sind dazugekommen beziehungsweise haben sich in den Vordergrund geschoben:

- Geregelte Arbeitszeiten,
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- möglichst viel Freizeit,
- die Möglichkeit von Kinderbetreuung während der Arbeitszeit,
- das Ausüben einer abwechslungsreichen und sinnvollen Tätigkeit.

Dies sind die wichtigsten Arbeitsbedingungen, die von den MitarbeiterInnen verlangt werden, und zwingende Voraussetzungen, um die junge

ÄrztInnen-Generation für die eigene Abteilung zu gewinnen und sie zu halten.

Kliniken müssen ein überzeugendes Komplettangebot zur Verfügung stellen, damit es gelingen kann, zumindest die eigenen freien Arztstellen mit jungen engagierten ÄrztInnen zu besetzen. Die jungen KollegInnen sind rasch wechselbereit und gehen, wenn das Stimmungsbarometer in der Klinik ein Tief signalisiert. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass Führung und die Art der Kommunikation erheblich dazu beitragen, ob es zu einem Generationskonflikt kommt.

Neuer Führungsstil nötig

Das Auftreten der jungen ÄrztInnen hat sich nicht nur verändert, weil sie es sich aufgrund des Personalmangels aktuell leisten können. Die junge Generation ist auch selbstbewusster, klarer und anspruchsvoller, weil sie mit anderen Wertvorstellungen in ihrer Kindheit und Jugend sozialisiert worden ist. Wer als Kind schon gewohnt ist, dass er/sie an allen Entscheidungen zu Hause beteiligt wurde, wird dies dann auch in der Klinik einfordern.

In dem Vortrag werden die unterschiedlichen Wertvor-

Wissenschaftliche Sitzung
Der Arbeitsalltag im Wandel
Freitag, 14.10.22, 10.15 Uhr
Saal 22

stellungen dargestellt und es wird auf mögliche Spannungsfelder zwischen den Generationen hingewiesen. Zielführend ist aber nicht der Blick nach hinten, sondern die Frage, wie stellt sich Führungskultur heute auf die neuen Gegebenheiten ein?

Wie sich auf die neuen Gegebenheiten einstellen?

Chefs/Chefinnen und OberärztInnen müssen sich darüber klar werden, dass sich die Ansprüche an Führung, Betreuung und Kontinuität deutlich erhöht haben. Sie sollten sich einer klaren Kommunikation bedienen, die auf Transparenz auch in komplizierten Situationen setzt. Agiles Führen und Empowerment können helfen, die neue Ärztegeneration zu begeistern und auch unter schwierigen Rahmenbedingungen zu halten.

So klappt's: Gegenseitige Wertschätzung und Fokus auf Gemeinsamkeiten

Autoritäre und hierarchische Strukturen müssen abgebaut bzw. reduziert werden. Vertrauen, dienende Führung und Wertschätzung des einzelnen, auch wenn seine/ihre Wertvorstellungen nicht geteilt werden können, sind die neuen Turbos für den Umgang im ärztlichen Miteinander. Ziel muss es sein, die Gemeinsamkeiten zwischen den Generationen im Blick zu haben.


In den Kliniken werden Chefärzte, aber auch Oberärzte benötigt, denen es Freude macht, jungen KollegInnen zum Auf-

blühen in ihren vielfältigen Rollen zu verhelfen, und die Führung als eine dienende Aufgabe akzeptieren. Diese neuen Führungstugenden sind teaching von ärztlichen Kompetenzen durch generationsgerechte Kommunikation, das Sicherstellen zeitgemäßer Arbeitsbedingungen, praxisnahe und gelebte Weiterbildungscurricula und die Akzeptanz dessen, dass Karriere und Familie bei den jungen Kollegen vereinbar sein müssen – und zwar für beide Elternteile.

Zeit für sich haben, schon vor der Rente – auch Ältere profitieren

Die sogenannte Generation y hat eine interessante und hoch anziehende „Droge“ mit wohlklingenden Namen wie Teilzeit, Freizeit, Auszeit oder Sabbatical in den ärztlichen Berufsalltag eingebracht.

Die zweite stille Revolution bei der Generation der sogenannten Babyboomer ist bereits im Gange. Auch unter denen fragen sich inzwischen manche: „Muss ich bis zum Eintritt in mein Rentenalter so weiter arbeiten wie bisher? Oder kann ich nicht auch Teile der neuen Wertvorstellungen für mich und mein Leben nutzen, indem ich Veränderungen akzeptiere, die bisher für mich unvorstellbar waren?“



Autor
Prof. Dr. Wolfgang Kölfen
Kinder- und Jugendarzt
Neonatologe und Neuropädiater
Coach und Trainer
Generalsekretär und
Pressesprecher Verband Leitender
Kinderärzte Deutschlands, Berlin
kontakt@wolfgangkoelfen.de

Inhalt	
Der DGGG-Kongress – ein Kongress für den Nachwuchs	1
Generationskonflikt im Krankenhaus – Wie kann das funktionieren? W. Kölfen	2
HPV-Screening im Ko-Test – eine Herausforderung für die Kolposkopie O. Reich	4
Abruptio-Daten – Versorgungsrealität in Deutschland M. David	6
Laparoskopietraining für Studierende M. Neubacher	7
Impressum	2

Impressum

<p>Verlag Akademischer Verlag München GmbH Lindberghstraße 17 80939 München Fon (089) 516161-51 Fax (089) 516161-99 avm@avm-dm.de www.avm-dm.de Geschäftsführung: Berthold Clewing</p>	<p>Redaktion Stephanie Mohr (verantwortlich) Tel. (089) 51 61 61-51</p> <p>Anzeigen Damian Binger (verantwortlich) Tel. (02421) 994 69 39</p>	<p>Kontakt vor Ort während des Kongresses Damian Binger Tel. (0160) 678 01 01</p> <p>Herstellung dm druckmedien 80939 München</p>
---	---	---

Alle Rechte, wie Nachdruck, auch von Abbildungen, Vervielfältigungen jeder Art, Vortrag, Funk, Tonträger und Fernsehsendungen sowie die Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlags.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in den Texten mitunter maskuline Personenbezeichnungen wie „Arzt“ oder „Gynäkologe“ verwendet, womit gleichermaßen Personen jeden Geschlechts gemeint sein können.

Zervixkarzinom-Früherkennung

HPV-Screening im Ko-Test – Herausforderung für die Kolposkopie

Die Abklärungskolposkopie ist Kern des State-of-the-Art-Managements von Frauen mit auffälligen Screening-Befunden. Daraus die richtigen Konsequenzen zu ziehen, ist im Ko-Test ab dem Alter von 35 Jahren herausfordernd, insbesondere dann, wenn Kolposkopie, HPV-Test und/oder Zytologie scheinbar widersprüchliche Befunde aufweisen.

Im deutschsprachigen Raum und in Lateinamerika stand die Kolposkopie bereits in ihren Anfängen im Zentrum der Früherkennung des Zervixkarzinoms. Stand der Wissenschaft war es, möglichst jede Patientin und Wöchnerin zu kolposkopieren. Zwischen 2–10% der Frauen hatten auffällige Befunde. Oft zeigten sich damals aufgrund fehlenden Screenings große Läsionen. Heute wird die Kolposkopie in Deutschland zur Abklärung eingesetzt.

Bei negativem HPV-Test keine HSIL – oder doch?

Erste Datenauswertungen zum neuen Zervixkarzinom-Screening-Programm zeigen, dass im Ko-Test etwa 10% der Frauen mit HSIL (CIN3) HPV-negativ sind. Dies widerspricht der weit verbreiteten Annahme, HSIL (CIN 3) könnten bei negativen klinischen HPV-Tests nicht vorkommen. Folgende Gründe erklären möglicherweise eine derartige Situation:

- HSIL (CIN3) werden nicht durch high-risk-HPV-Genotypen (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 52, 58), die mit klinischen HPV-Tests detektiert werden, sondern durch non-high-risk-HPV-Genotypen (z.B. HPV 26, 53, 67, 70, 73, 82) induziert. Diese Frauen haben negative klinische HPV-Tests. Eigene Untersuchungen an umfangreichem Material zeigen, dass ca. 5% aller HSIL (CIN 3) mit non-high-risk-Genotypen assoziiert sind. Es ist anzunehmen, dass zukünftig im Kollektiv der HPV-geimpften Frauen der Anteil von non-high-risk-HPV-assoziierten HSIL (CIN 3) zunehmen wird, da diese „non-Vakzin-Genotypen“ nicht in den prophylaktischen Impfstoffen enthalten sind.
- Echt HPV-negative HSIL: Ein sehr kleiner Anteil der Plattenepithelkarzinome der Zervix entsteht HPV-unabhängig. Die präinvasiven Läsionen zeigen zum Teil eine basaloide Morphologie oder sie erinnern morphologisch

- an eine d-VIN. Der Terminus d-CIN wurde hierfür vorgeschlagen. Diese hoch differenzierten Läsionen sind zytologisch und histologisch schwierig zu erkennen. Obwohl lange angezweifelt, kommen echte HPV-negative HSIL vereinzelt vor.
- Falsch-negative HPV-Tests infolge Abnahmefehler oder unzureichender HPV-DNA/RNA-Menge bzw. Qualität: Eigene systematische Untersuchungen zeigen, dass Frauen mit sehr kleinen HSIL (CIN 3) mit einer Ausdehnung im nur Millimeter-Bereich negative klinische HPV-Tests haben können.
- Negativer HPV-Test bei falsch-positiver Zytologie/Histologie: Überinterpretationen von benignen Veränderungen in Zytologie und Histologie kommen in der Praxis vor.

Herausforderungen bei der Befund-Abklärung

Eine Schwierigkeit für den abklärenden Kolposkopiker, die abklärende Kolposkopikerin

Wissenschaftliche Sitzung
Goldstandard
Abklärungskolposkopie
Freitag, 14.10.22, 10.15 Uhr
Saal 12

kann sein, dass vergleichbare kolposkopische Bilder durch verschiedene biologische Prozesse mit unterschiedlicher Histologie und biologischer Wertigkeit hervorgerufen werden können. Als Beispiel: Kolposkopische Grad-2-Befunde (major changes) korrelieren in der Regel gut mit behandlungswürdigen Läsionen. Grad-1-Befunde (minor changes) hingegen entsprechen zumeist einer unreifen Metaplasie als Normalbefund oder einer LSIL. Es findet sich jedoch in der Gruppe von Grad-1-Befunden auch ein signifikanter Anteil von HSIL (CIN 3). Dies bedeutet, dass bei auffälliger Zytologie/positivem HPV-Test auch bei Grad-1-Befunden (minor changes) eine histologische Abklärung indiziert ist.

Eine weitere Herausforderung ist die Diagnostik von subklinischen HPV-Infektionen. Diese Frauen haben einen positiven HPV-Test, die Kolposkopie ist aber normal. Man kann mitteilen: „Sie haben einen positiven HPV-Test, aber keine Läsion.“ – eine Information, die oft sehr erleichternd für die betroffene Frau ist. Im Einzelfall kann es jedoch schwierig sein, Normalität zu bestätigen. Sichere Kenntnisse des Spektrums von kolposkopischen Normalbefunden sind hier nötig.

Frühere Proliferation als bisher angenommen?

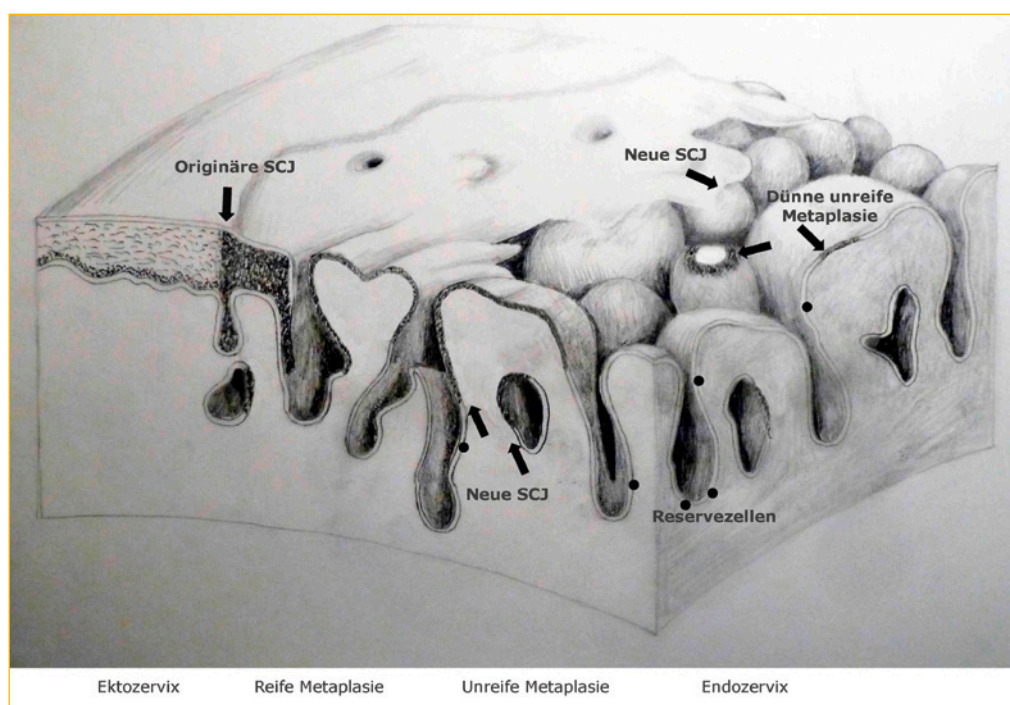
Es ist fundamental, dass in Dysplasie-Sprechstunden/Dysplasie-Einheiten und Krebszentren nach dem Stand der Wissenschaft gearbeitet wird. Dieser entwickelt sich ständig – daher ist eine kontinuierliche Fortbildung von KursleiterInnen in Vorbereitung. Das bisherige Verständnis der HPV-assoziierten zervikalen Karzinogenese z.B. basierte im Wesentlichen auf Beobachtungen am mehrschichtigen Plattenepithel nach HPV-Infektion von Basalzellen, was vertrautes Wissen darstellt. Nach einem neuen Konzept kann HPV aber bereits sehr früh proliferierende Reservezellen des Zylinderepithels infizieren.

Dieses Konzept richtet den Fokus auf das Zylinderepithel der Zervix (vgl. Abbildung). Transformierende HPV-Infektionen führen im Zylinderepithel zunächst zu mikroskopisch kleinen dünnen full-thickness HSIL (< 9 Zell-Lagen), die oft bereits im frühen Stadium chromosomale Variationen zeigen. Dünne HSIL sind zumeist nahe der SCJ lokalisiert. Sie können sich durch Wachstum zu dicken HSIL (> 10 Zell-Lagen) entwickeln.

Dünne HSIL können sich kolposkopisch als Grad-1-Befunde (minor changes) manifestieren. Als Frühbefunde sind sie jedoch kolposkopisch oft nur zu vermuten. Auch zytologisch und histologisch werden dünne HSIL derzeit häufig noch falsch interpretiert. Reservezellen kommen in höherer Zahl nahe der SCJ vor und können bis zum Isthmus nachgewiesen werden. Dieses Wissen könnte in Zukunft auch für die Prävention von Rezidiven im Rahmen der Therapie von HSIL (CIN 3) von Frauen mit abgeschlossener Familienplanung Bedeutung erlangen.

Mit der bestehenden Zertifizierungsstruktur hat die AGCPC eine wesentliche Grundlage dafür geschaffen, dass die Kolposkopie in Deutschland die Herausforderung im Ko-Testing meistert. Die Kolposkopie steht neuerlich im Zentrum der Krebsfrüherkennung – nicht nur an der Zervix, sondern auch an Vagina, Vulva und Perianum. Die Auswertung des neuen Zervixkarzinom-Screening-Programms wird wichtige Erkenntnisse liefern. Diese könnten mit Grundlage für einen Vorschlag zur Adaptation der internationalen kolposkopischen Nomenklatur der IFCPC werden. Hierzu wurde bereits eine Nomenklatur-Kommission mit Mitgliedern der AGCPC (D), AKOL (CH) und AGK (A) gegründet.

Literatur beim Autor



Neues Konzept zur zervikalen Karzinogenese mit Fokus auf das Zylinderepithel: Nahezu alle HSIL und Plattenepithelkarzinome entstehen im Bereich des metaplastischen, nicht des originären Plattenepithels. Kolposkopische Grad-2-Befunde (major changes) entwickeln sich zumeist im Bereich des reifen mehrschichtigen metaplastischen Plattenepithels zwischen der originären und neuen SCJ. Ein signifikanter Anteil von HSIL ist jedoch im dünnen unreifen metaplastischen Plattenepithels lokalisiert. Dünne HSIL können sich als Grad-1-Befunde (minor changes) präsentieren. Sie können zu einem kleinen Anteil auch proximal der neuen SCJ lokalisiert sein. HPV-infizierte proliferierende Reservezellen des Zylinderepithels können die Ursache für Rezidive nach operierten HSIL sein, was zukünftig in der Therapie von Frauen mit HSIL und abgeschlossener Familienplanung Berücksichtigung finden könnte.

Autor

Prof. Dr. Olaf Reich
Vorsitzender der AGK (Österreich)
Abteilung für Gynäkologie der
Medizinischen Universität Graz
olaf.reich@medunigraz.at

Beim HR+/HER2- lokal fortgeschrittenen
oder metastasierten Mammakarzinom¹

Starke Wirksamkeit, die sich mit dem Leben verträgt²⁻⁵

Besuchen Sie uns
am **Stand B 143!**

IBRANCE[®] in der Erstlinie¹

**STARK – über 2 Jahre
mPFS in der Erstlinie^{2,\$}**

**EINFACH – 1 Tablette täglich,
unabhängig von den Mahlzeiten^{1,#}**


**LEBENSWEIT – hohe
Patientinnenzufriedenheit^{6,\$}
und Erhalt der Lebensqualität⁴**

Mehr Informationen finden Sie unter www.ibrance.de

REFERENZEN: **1.** Fachinformation IBRANCE[®], aktueller Stand.; **2.** Rugo HS et al. Breast Cancer Res Treat. 2019;174(3):719-729.; **3.** Turner NC et al. N Engl J Med. 2018;379(20):1926-36.; **4.** Rugo HS et al. Ann Oncol. 2018;29(4):888-894.; **5.** Harbeck N et al. Ann Oncol. 2016;27(6):1047-54.; **6.** Darden C et al. Future Oncol. 2019;15(2):141-150.

AI = Aromatase-Inhibitor; **CDK4/6i** = CDK4/6-Inhibitor; **HR+/HER2-** = Hormonrezeptor-positiv, humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor 2-negativ

\$ in Kombination mit AI; **#** 3 Wochen anwenden, 1 Woche pausieren, Therapieschema gemäß Fachinformation; **§** In einer Beobachtungsstudie mit Querschnittsdesign wurden 604 erwachsene Patientinnen mit selbstberichtetem HR+/HER2- metastasiertem Brustkrebs aus 6 Ländern in einer webbasierten Umfrage befragt (Zeitraum: September 2017 bis Januar 2018). Zum Zeitpunkt der Umfrage mussten die Patientinnen für mindestens 2 Monate IBRANCE[®] in Kombination mit einem AI oder Fulvestrant eingenommen haben.

IBRANCE[®] 75 mg Filmtabletten; IBRANCE[®] 100 mg Filmtabletten; IBRANCE[®] 125 mg Filmtabletten; Wirkstoff: Palbociclib **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 1 Filmtabl. enth. 75 mg/100 mg/125 mg Palbociclib. **Sonst. Bestandteile:** *Tablettenkern:* mikrokristalline Cellulose, hochdisperses Siliciumdioxid, Crospovidon (Ph.Eur.), Magnesiumstearat, Bernsteinsäure. *Filmüberzug:* Hypromellose (E 464), Titandioxid (E 171), Triacetin, Indigocarmin-Aluminiumsalz (E 132), Eisen(III)-oxid (E 172) (nur 75 mg u. 125 mg Tabletten), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172) (nur 100 mg Tabletten). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandl. v. Hormonrezeptor (HR)-pos., humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-neg. lokal fortgeschr. od. metastasiertem Brustkrebs; i. Komb. m. e. Aromatasehemmer od. i. Komb. m. Fulvestrant b. Frauen, d. zuvor e. endokrine Ther. erhielten. B. prä- od. perimenopausalen Frauen sollte d. endokrine Ther. m. e. LHRH-Agonisten komb. werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichk. gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. Die Anw. v. Arzneim., d. Johanniskraut enthalten. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Infektionen; Neutropenie (Neutrophilenzahl vermindert), Leukopenie (Leukozytenzahl vermindert), Anämie (Hämoglobin erniedrigt, Hämokrit vermindert), Thrombozytopenie (Thrombozytenzahl vermindert); vermind. Appetit; Stomatitis (Stomatitis aphthosa, Cheilitis, Glossitis, Glossodynie, Mundulzeration, Schleimhautentzünd., Mundschmerzen, Beschwerden i. Oropharynx, Schmerzen i. Oropharynx), Übelk., Diarrhö, Erbrechen; Ausschlag (Ausschlag makulo-papulös, Ausschlag m. Juckreiz, Ausschlag erythematös, Ausschlag papulös, Dermatitis, Dermatitis acneiform, toxischer Hautausschlag), Alopezie, trockene Haut; Fatigue, Asthenie, Pyrexie; ALT erhöht, AST erhöht. *Häufig:* febrile Neutropenie; Dysgeusie; verschwommenes Sehen, verstärkte Tränensekretion, trockenes Auge; Epistaxis, ILD/Pneumonitis. *Gelegentlich:* Kutaner Lupus erythematodes. Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformatio. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:**  **Repräsentant in Deutschland:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** Juli 2021.

Schwangerschaftsabbruch

Abruptio-Daten – Versorgungsrealität in Deutschland

Aktuelle Analysen von Versorgungsdaten beim Schwangerschaftsabbruch für die Bundesrepublik Deutschland sind rar. Die Auswertung von Routinedaten des Statistischen Bundesamtes zeigt interessante Entwicklungen.

Beim Schwangerschaftsabbruch handelt es sich um einen in der modernen Medizin einzigartigen Eingriff, der mit keiner anderen ärztlichen Handlung zu vergleichen ist, auch wenn „vom technischen Ablauf her“ das operative Vorgehen mittels Saugkürettage bei einer Abruptio vollkommen dem bei Missed abortion oder anderen Fehlgeburtsformen entspricht.

Die Beratung bei Schwangerschaftskonflikten sowie die Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung gesundheitlicher einschließlich psychischer Risiken wird in der Weiterbildung vermittelt [Bundesärztekammer 2021]. Es gibt eine Reihe von Pro- und Kontra-Argumenten bezüglich eines Schwangerschaftsabbruchs aus Patientensicht, aus ethisch-moralischer und aus ärztlicher Perspektive (Zusammenstellung siehe Findeklee 2022). Sie spiegeln wider, warum einige Frauenärztinnen und -ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen und andere

nicht. Dieses verbriefte Weigerungsrecht ist eine wichtige Errungenschaft, die letztlich auch auf die bundesdeutsche Kompromissneuregelung des §218 nach der Wiedervereinigung vor fast dreißig Jahren zurückgeht [David 2020].

Abruptiones rückläufig?

Vergleichende Betrachtungen von Versorgungszahlen beim Schwangerschaftsabbruch sind erst seit 1996 möglich, da ab dem 1. Januar 1996 eine neue Erhebungsmethodik seitens des Statistischen Bundesamtes angewendet wird. Um Veränderungen dieser Versorgungszahlen festzustellen, werden international die „abortion rate“ und die „abortion ratio“ herangezogen. Beide Maßzahlen finden sich in modifizierter Form auch in den amtlichen Statistiken des deutschen Statistischen Bundesamtes. Sie sind hier wie folgt definiert: „Die Quote der Schwangerschaftsabbrüche bezogen auf die Frauen im gebärfähigen Alter (von 15 bis unter 45 Jahren) wird international als ‚abortion rate‘ bezeichnet. Diese Quote berücksichtigt den

demografischen Faktor. Damit lässt sich z.B. feststellen, ob eine Veränderung von einem zum anderen Berichtszeitraum tatsächlich vorliegt, oder ob diese auf eine Zu- oder Abnahme der Bevölkerung in der Altersgruppe zurückzuführen ist. [...] Für die Berechnung der Quote wird die mittlere Bevölkerung des entsprechenden Jahres verwendet. [...] Die Quote der Schwangerschaftsabbrüche bezogen auf die Geborenen (Lebend- und Totgeborene), international ‚abortion ratio‘ [...], vergleicht die Geburten mit den Schwangerschaftsabbrüchen. So kann festgestellt werden, ob sich die Zahlen der Geburten und der Schwangerschaftsabbrüche parallel oder unterschiedlich entwickeln [...]“ [Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021].

Beide Raten bzw. Quoten sind in der Abbildung 1 im zeitlichen Verlauf dargestellt, während die Abbildung 2 Veränderungen der Quote für die Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland je 10.000 Frauen im (reproduktionsfähigen) Alter von 15 bis 49 Jahren für die Dekade 2012 bis 2021 mit einem Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche in der Altersgruppe der 18- bis 30-Jähri-

Wissenschaftliche Sitzung
Schwangerschaftsabbruch in Deutschland
Freitag, 14.10.22 10.15 Uhr
Saal 13a

gen wiedergibt [Statistisches Bundesamt 2022]. Die Abbildung 3 zeigt eine Gegenüberstellung von Geburten- und Abruptiozahlen sowie das Verhältnis zwischen beiden für die Jahre 2011 bis 2020: Offenbar nehmen die Geburten zu und die Abruptiozahlen ab. Man wird sehen, ob sich dieser günstige Trend auch 2022 und in den folgenden „postpandemischen“ Jahren verstetigt.

Die amtlichen deutschen Statistiken speisen sich aus der Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen, einer sogenannten Totalerhebung mit Auskunftspflicht, durch die Inhaberinnen und Inhaber der Arztpraxen und LeiterInnen der Krankenhäuser bzw. medizinischen Einrichtungen, in denen Abbrüche vorgenommen werden.

Abbrüche im Ausland statistisch nicht erfasst

Frauen mit Wohnsitz in Deutschland, respektive mit deutscher Staatsangehörigkeit, die ihren Schwangerschaftsabbruch im Ausland durchführen lassen, sind nicht enthalten. Für die Vermutung, dass dafür hauptsächlich in die Niederlande eine größere Zahl von Frauen aus Deutschland reist, gibt es keine veröffent-

lichten belastbaren Daten. Den der Internetseite der niederländischen Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugendfürsorge [Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 2022] zu entnehmenden Zahlen zufolge ist die Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen in den Niederlanden relativ und absolut um einiges höher als in Deutschland. Die Abbildung 4 zeigt, dass für die Niederlande ein schon vor der Corona-Pandemie einsetzender Trend einer Abnahme des Anteils von Schwangerschaftsabbrüchen von Frauen mit ständigem Wohnsitz im Ausland an der Gesamtzahl der Abbrüche zu konstatieren ist. Leider liegen weder für Deutschland noch für die Niederlande oder Frankreich konkrete Zahlen dazu vor, aus welchen Ländern die ausländischen Frauen stammen, bzw. in welchem (europäischen?) Land sie ihren ständigen Wohnsitz haben.

Detailliertere Daten

Für zukünftige datenbasierte Diskussionen über die epidemiologische Lage beim Schwangerschaftsabbruch in Deutschland ist zu fordern, dass 1.) die Datenerhebung detaillierter wird, um die immer wieder diskutierten oben erwähnten Fragestellungen in den nächsten Jahren substantiell beantworten zu können. 2.) wäre dies mit einer Ergänzung der quartalsweisen Meldungen an das Statistische Bundesamt durch die Ärztinnen, Ärzte und medizinischen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, mit wenig Aufwand und relativ schnell umsetzbar. 3.) Eine auf diesem Kongress erstmals vorgestellte, kartographisch-raumbezogene Analyse regionaler Versorgungsdaten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland zeigt im Übrigen praktisch keine unterversorgten Gebiete.

Literatur beim Autor

Autor

Prof. Dr. Matthias David

Klinik für Gynäkologie
Campus Virchow-Klinikum
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
matthias.david@charite.de

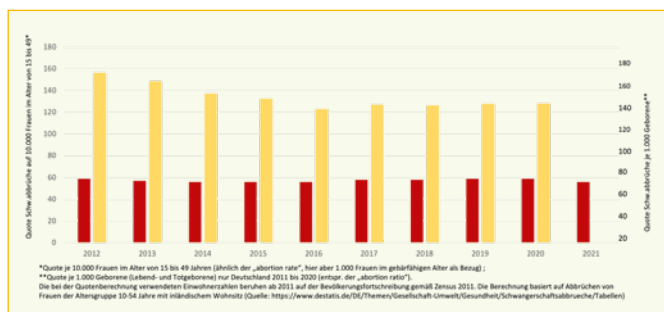


Abb. 1: Modifizierte abortion rate* und abortion ratio** in Deutschland für die Jahre 2012 bis 2021

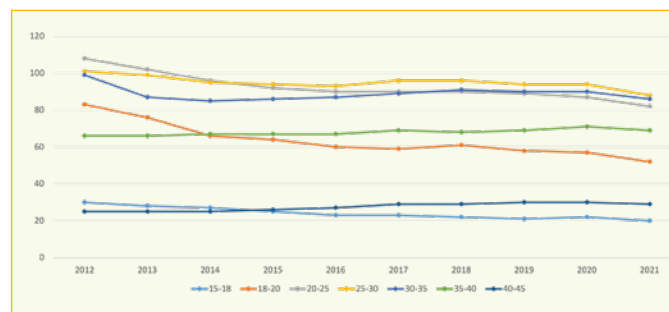


Abb. 2: „Quote“ für Abruptiones in Deutschland je 10.000 Frauen im Alter 15 bis 49 Jahre von 2012 bis 2021 (altersgruppiert)

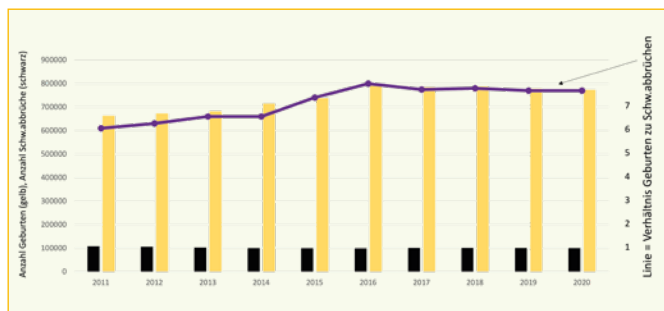


Abb. 3: Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche (schwarze Säulen) und der Geburten in Deutschland (gelbe Säulen) sowie das Verhältnis zwischen beiden für die Jahre 2011 bis 2020

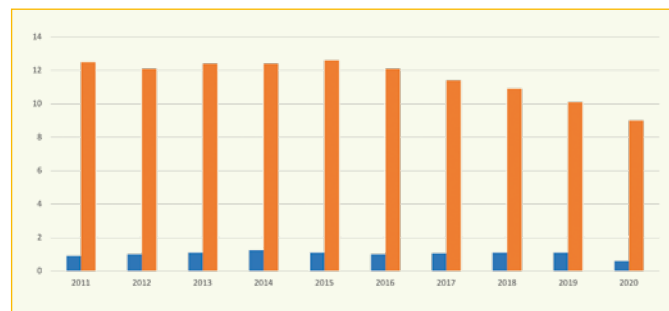


Abb. 4: Anteil der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland (blau) und in den Niederlande (orange) von 2011 bis 2020 von Frauen mit ständigem Wohnsitz im Ausland an der Gesamtzahl der Abbrüche je Land (in %)

Operative Gynäkologie

Laparoskopietraining für Studierende

Mit der Etablierung des Wahlfachs Operative Gynäkologie – eines praktischen Laparoskopietrainings für Studierende analog der zertifizierten Ausbildungscurricula der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie (AGE) und European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) – startete an der Universität Düsseldorf ein Versuch. Eine Evaluation zeigt jetzt, welche Qualifikationen erreicht werden konnten – und dass eine derartige Ausbildung mit Begeisterung für das Fach assoziiert ist.

Zur Erweiterung der praktischen Fertigkeiten der Studierenden der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf wurde das Wahlfach Operative Gynäkologie 2019 etabliert. Ziel ist, das Interesse an der Weiterbildung der Gynäkologie und Geburtshilfe zu stärken und Studierende im Wahlfachbereich sowie im Praktischen Jahr (PJ) an die Handhabung der Laparoskopie heranzuführen und die Kameraführung einzuüben. Der Kurs wurde als 14-wöchiges Intensivtraining auf Studierende abgestimmt und etabliert.

Das Wahlfach bietet acht Plätze, eingeschlossen sind dabei bis zu vier PJ-Studierende. Nach einer Einführungsveranstaltung findet die praktische Anleitung in einstündigen Einheiten im Studierenden-Tandem statt. Nach den Übungen zur Kameraführung bei Laparoskopie und Hysteroskopie (LASTT 1, HYSTT 1 von GESEA), angelehnt an die Ausbildung der ESGE (Level 1), trainieren die Studierenden am FORCE SENSE® (Medishield) analog zum Ausbildungscurriculum der AGE auf MIC1-Niveau.

Es erfolgen Interviews und Evaluationen sowie eine statistische Auswertung der anonymisierten Ergebnisse der erfolgreichen Teilnehmer (n=17).

Hohe Motivation, mehr Bewerbungen zum PJ

Die Studierenden geben in qualitativen Interviews hohes Interesse am Fach Gynäkologie an, jedoch wird das Wahlfach auch von Studierenden belegt, die sich für das minimalinvasive Vorgehen in der Viszeralchirurgie oder der Urologie interessieren. Die wochenweise Steigerung der erreichten Punkte, vor allem beim FORCE SENSE®-System, steigert die Motivation der Studierenden. Die Bewerbungen zum PJ nehmen seit 2021 spürbar zu. Die Studierenden werden in ihrem Wunsch nach einer operativen Ausbildung bestärkt.

Aufbau der Lehreinheit

In der Einführungsveranstaltung werden die anatomischen Grundkenntnisse und die gynäkologischen Landmarken mittels virtuellem Situs wiederholt. Das Verfahren der Laparoskopie wird erläutert

und die Instrumente werden erklärt. Darüber hinaus erfolgt eine Einführung in die Laparoskopietrainer.

Die Studierenden erhalten eine Einführung in die Basisdiagnostik mittels vaginalem Ultraschalltraining mit Videosequenzen und Ultraschallphantom.

Die Aufklärung erlernen sie im Rollenspiel. Dabei werden typische gynäkologische Krankheitsbilder mit ihrem Beschwerdebild durchgegangen. Schwerpunkte liegen hier in der Anamnese und Diagnostik der Endometriose, der Blutungsstörungen und der extrauterinen Gravidität. Die Studierenden bearbeiten hierzu virtuelle Fälle.

Auf die gemeinsame Einführungsveranstaltung folgt ein 13-wöchiges Intensivtraining mit einem 60-minütigen wöchentlichen Training. In den ersten vier Einheiten wird die Kameraführung am Laparoskopie- bzw. Hysteroskopietrainer analog der Laparoscopic bzw. Hysteroscopic Skills

Training and Testing method (LASTT bzw. HYSTT) der ESGE Level 1 geübt. Die Studierenden folgen hierbei einem dreidimensionalen Parcours mit einer 30°-Optik.

In den Einheiten 6–14 wird mit steigendem Schwierigkeitsniveau eigenständig am FORCE SENSE®-System trainiert. Jede Einheit wird damit begonnen, alle bereits absolvierten Aufgaben zu wiederholen. Die Studierenden entwickeln sich in einer individuellen Geschwindigkeit. Ab Einheit 11 wird darauf geachtet, dass die Studierenden, den Benchmark für die MIC1-Ausbildung, den Needle Track und das intrakorporale Knoten üben.

Individueller Fortschritt, kontinuierliche Betreuung

Die Studierenden werden kontinuierlich von studentischen Hilfskräften unterstützt und haben während des Trainings regelmäßigen Input von unterschiedlichen laparoskopisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Auf den individuellen Fortschritt inklusive kurzer Videosequenzen haben die Studierenden und die Tutoren jederzeit Zugriff, um ihre Leistungen zu beurteilen. Alle Teilnehmer des Wahlfaches konnten die Benchmarks für die MIC1-Qualifikation nach dem Intensivtraining erreichen.

Praktische Unterrichtseinheiten führen zu einer hohen Studierendenzufriedenheit und

Wissenschaftliche Sitzung
Priorisierung und Triage –
Lehren aus der Pandemie
für zukünftige Szenarien
auch in der operativen
Gynäkologie
Freitag, 14.10.22, 17.00 Uhr
Saal 2

können einzelne Studierende für eine Weiterbildung in der operativen Gynäkologie begeistern. Die etablierten Kursformate und Operationstrainer der deutschen (AGE) und europäischen (ESGE) Fachgesellschaften können bereits für Studierende genutzt werden, sodass zum Beginn der Weiterbildung bereits auf die erlernten Fertigkeiten aufgebaut werden kann.

Wir empfehlen beim Aufbau einer operativen Trainingsstation die kontinuierliche Betreuung mit mehreren Trainings. Hierzu können das vorgestellte Wahlfachprogramm und die bereits etablierten Programme der AGE bzw. ESGE als Leitfaden dienen.



AutorInnen

Dr. Melissa Neubacher

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Düsseldorf
Melissa.Neubacher@med.uni-duesseldorf.de

Co-AutorInnen

Dr. Anne Kathrin Volkmer
Dr. Thomas Kaleta
PD Dr. Natalia Krawczyk
Prof. Dr. Tanja Fehm
PD Dr. Ines Beyer

Ordentliche Mitgliederversammlung der DGGG e.V. Freitag, 14. Oktober 2022 ab 18:45 Uhr



Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung der DGGG im Rahmen des 64. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Bitte präsentieren Sie bei Ankunft an der Registrierung Ihren Mitgliederausweis. Nur dieser dient Ihnen als Eintrittskarte.

Tagungsort

ICM Internationales Congress Center München, Messegelände, 81823 München, Raum: Saal 1 (Bitte beachten Sie die Ausschilderung vor Ort)

Tagesordnung

1. Begrüßung
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Ernennung der Protokollführung
4. Bericht des Präsidenten
5. Bericht des 1. Vizepräsidenten
6. Bericht der Schriftführerin

7. Bericht der Schatzmeisterin – Bericht der Rechnungsprüfer
8. Entlastung des Vorstandes
9. Bestellung der Rechnungsprüfung 2022–2024
10. Bestellung der Wahlleitung
11. Vorstandswahl für die Amtsperiode 2022–2024
12. Verschiedenes

Wahlliste zur Vorstandswahl

(vom amtierenden Vorstand empfohlen)
Geschäftsführender Vorstand
Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt (Präsidentin)
Prof. Dr. Christian Thaler (1. Vizepräsident)
Prof. Dr. Anton J. Scharl (2. Vizepräsident)
PD Dr. Gert Naumann (Schriftführer)
Prof. Dr. Angela Köninger (Schatzmeisterin)

Weitere Vorstandsämter

(entsprechend den Vorgaben der Satzung)
Die Personen werden von den Arbeitsgemeinschaften in den erweiterten Vorstand entsendet.

AGG	Prof. Dr. Markus Schmidt
	Prof. Dr. Annegret Geipel
DGGEF	Prof. Dr. Nicole Sängler
URZ	Prof. Dr. Frauke von Versen-Höynck
AGUB	Prof. Dr. Boris Gabriel
AGE	Prof. Dr. Uwe Andreas Ulrich
AGO	Prof. Dr. Wolfgang Janni
AWOgyn	Prof. Dr. Marc Thill
Junges Forum	Dr. Nora Kießling
	Dr. Martin Göpfert
BVF	Dr. Klaus Doubek
BLFG	Prof. Dr. Babür Aydeniz

Qlaira®

Jenapharm 
Liebe. Leben. Gesundheit.



Natürlich
Wohlfühlen

Ihre Lieblingspille für Neu-Einstellungen?

- Die Pille mit Wirkung des natürlichen Estradiols¹ und des weltweit anerkannten Gestagens Dienogest
- Kardiovaskuläre^{2*} und kontrazeptive^{3*} Sicherheit unter Alltagsbedingungen bestätigt

Qlaira® Filmtabletten

Zusammensetzung: Wirkstoffe: 2 dunkelgelbe Tabletten mit 3 mg Estradiolvalerat, 5 mittelrote Tabletten mit 2 mg Estradiolvalerat und 2 mg Dienogest, 17 hellgelbe Tabletten mit 2 mg Estradiolvalerat und 3 mg Dienogest, 2 dunkelrote Tabletten mit 1 mg Estradiolvalerat, 2 weiße Tabletten, die keine Wirkstoffe enthalten. Sonstige Bestandteile: wirkstoffhaltige/-freie Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K25 (E1201), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich] (E572), Hypromellose (E464), Talkum (E553b), Titandioxid (E171); wirkstoffhaltige Tabletten enthalten zusätzlich: vorverkleisterte Stärke (Mais), Macrogol 6000, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172) und/oder Eisen(III)-oxid (E172) **Anwendungsgebiete:** Orale Kontrazeption. Behandlung starker Menstruationsblutungen ohne organische Ursache bei Frauen, die eine orale Kontrazeption wünschen. **Gegenanzeigen:** Vorliegen oder Risiko einer venösen Thromboembolie (VTE) z. B.: bestehende VTE oder VTE in der Vorgeschichte (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), erbliche oder erworbene Prädisposition für VTE, größere Operationen mit längerer Immobilisierung, hohes Risiko für eine venöse Thromboembolie aufgrund mehrerer Risikofaktoren. Vorliegen oder Risiko einer arteriellen Thromboembolie (ATE), z. B.: bestehende ATE oder ATE in der Vorgeschichte (Herzinfarkt) o. Angina pectoris; bestehender Schlaganfall, oder transitorische ischämische Attacke in der Vorgeschichte; erbliche oder erworbene Prädisposition für eine ATE; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte; hohes Risiko für ATE aufgrund von schwerwiegenden Risikofaktoren wie: Diabetes mellitus mit Gefäßschädigung, schwerer Hypertonie, schwerer Dyslipoproteinämie; best./vorausgeg. schwere Lebererkrankung, solange Leberfunktionswerte nicht normal; best./vorausgeg. Lebertumoren; bekannte/vermutete sexualhormonabhängige maligne Tumoren; diagnostisch nicht abgeklärte vaginale Blutungen; Überempfindlichkeit gg. Wirkstoffe od. sonst. Bestandteile. **Nebenwirkungen:** **Häufig:** Kopfschmerzen (einschl. Spannungskopfschm. u. Sinuskopfschm.), abdominale Schmerzen (einschl. abdom. Distension, oberer/unterer Abdominalschmerz), Übelkeit, Akne (einschl. pustulöser Akne), Amenorrhoe, Brustbeschwerden (einschl. Brustschmerzen, Brustempfindlichkeit, Erkränk. u. Schmerzen d. Brustwarzen), Dysmenorrhoe, Zwischenblutungen (Metrorrhagie, einschl. unregelm. Menstruation), Gewichtszunahme. **Gelegentlich:** Pilzinfektion, mykotische vulvovaginale Infektion (einschl. vulvovag. Candidiasis u. identifizierter zervikaler Pilzproben), vag. Infektion, verstärk. Appetit, Depression/depressive Verstimmung, emotionale Störung (einschl. Weinen und Affektlabilität), Schlaflosigkeit, vermind. Libido (einschl. Libidoverlust), psych. Störung, Stimmungswechsel (einschl. Stimmungsänderungen/-schwankungen), Benommenheit, Migräne (mit u. ohne Aura), Hitzewallung, Hypertonie, Diarrhoe, Erbrechen, Anstieg der Leberenzyme (einschl. erhöhter Alaninaminotransferase, Aspartataminotransferase u. Gamma-GT), Alopezie, Hyperhidrosis, Pruritus (einschl. generalisierter Pruritus u. juckendem Hautausschlag), Hautausschlag (einschl. fleckigem Ausschlag), Muskelkrämpfe, Brustvergrößerung (einschl. Brustschwellung), Gewebeveränderungen i. d. Brust, Zervixdysplasie, dysfunkt. uterine Blutungen, Dyspareunie, fibrozystische Brustveränderungen, Menorrhagie, Menstruationsstörungen, Ovarialzysten, Unterbauchschmerzen, prämenstruelles Syndrom, Uterusleiomyom, Uteruskarzinom, vag. Hämorrhagie, genitaler/uteriner Hämorrhagie, vaginaler Ausfluss, vulvovaginale Trockenheit, Müdigkeit, Reizbarkeit, Ödeme (einschl. peripherer Ödeme), Gewichtsabnahme, Blutdruckveränderungen (einschl. erhöhtem/erniedrigtem Blutdruck). **Selten:** Candidiasis, oraler Herpes, PID (Unterleibsentzündung), vermutetes okuläres Histoplasmose-Syndrom, Tinea versicolor, Harnwegsinfektion, bakterielle Vaginitis, Flüssigkeitsretention, Hypertriglyceridämie, Aggression, Angst, Dysphorie, verstärkte Libido, Nervosität, Alpträumen, Unruhe, Schlafstörung, Stress, Aufmerksamkeitsstörung, Parästhesie, Vertigo, Kontaktlinsenunverträglichkeit, trockene Augen, Augenschwellung, Myokardinfarkt, Palpitationen, blutende Varizen, venöse Thromboembolie (ATE), Hypotonie, Thrombophlebitis, Venenschmerzen, Obstipation, Mundtrockenheit, Dyspepsie, gastroösophageale Refluxerkrankung, fokal-noduläre Hyperplasie d. Leber, chron. Cholezystitis, allerg. Hautreaktion (einschl. allerg. Dermatitis u. Urtikaria), Chloasma, Dermatitis, Hirsutismus, Hypertrichose, Neurodermitis, Pigmentationsstörung, Seborrhoe, Hauterkrank. (einschl. Spannen d. Haut), Rückenschmerzen, Kieferschmerzen, Schweregefühl, Schmerzen i. Bereich d. Harntrakts, ungewöhnl. Abbruchblutungen, benigne Brustneoplasien, Mamma-Karzinom in situ, Brustzysten, Brustsekretion, zerv. Polypen, zerv. Erythem, koitale Blutungen, Galaktorrhoe, genitaler Ausfluss, Hypomenorrhoe, verspät. Menstruation, rupt. Ovarialzyste, Vaginalgeruch, vulvovag. Brennen/Beschwerden, Lymphadenopathie, Asthma, Dyspnoe, Epistaxis, Schmerzen i. Brustkorb, Unwohlsein, Pyrexie, patholog. Zervixabstrich. **Bei Anwendung von komb. oralen Kontrazept. (KOK):** Venöse/arterielle Thromboembolien, Hypertonie, Lebertumoren, Chloasma; Auftreten/Verschlechterung von Erkr., für die Zusammenhang nicht nachgewiesen: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Epilepsie, Migräne, Uterusmyome, Porphyrie, syst. Lupus erythematoses, Herpes gestationis, Sydenham-Chorea, hämolytisch-urämisches Syndrom, cholestat. Ikterus. Akute/chron. Leberfunktionsstörungen können Einnahmeunterbrechung erf. machen. Bei hereditärem Angioödem können Estrogene Symp. auslösen od. verschlimmern. Diagnosehäufigkeit von Brustkrebs geringfügig erhöht. **Weitere Nebenwirk. v. Ethinylestradiol-enthalt. KOK:** Erythema nodosum, Erythema multiforme, Brustdrüsensekretion, Überempfindlichkeitsreaktionen. **Warnhinweis:** Bei der Entscheidung, Qlaira zu verschreiben, sollten die aktuellen, individuellen Risikofaktoren der einzelnen Frauen, insbesondere im Hinblick auf venöse Thromboembolien (VTE), berücksichtigt werden. Auch sollte das Risiko für eine VTE bei Anwendung von Qlaira mit dem anderer kombinierter hormonaler Kontrazeptiva (KHK) verglichen werden. Vorsicht vor möglicher ALT Erhöhung bei gleichzeitiger Gabe von Estrogen-haltigen Arzneimitteln und Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir mit oder ohne Dasabuvir bzw. Glecaprevir/Pibrentasvir. Enthält Lactose (< 50 mg pro Tbl.). Weitere Informationen siehe Fach- u. Gebrauchsinformation. Verschreibungspflichtig. Stand: FI/13, 02/2022 Pharmazeutischer Unternehmer: Jenapharm GmbH & Co. KG, D-07745 Jena

Referenzen: 1. Qlaira® Fachinformation. 2. Dinger Jürgen, Möhner Sabine, Heinemann Klaas, Combined oral contraceptives containing dienogest and estradiol valerate may carry a lower risk of venous and arterial thromboembolism compared to conventional preparations: Results from the extended INAS-SCORE study. *Frontiers in Women's Health*. 2020; Vol. 5: 1-8. 10.15761/FWH.1000178. 3. Barnett C, Dinger J, Minh TD, Heinemann K. Unintended pregnancy rates differ according to combined oral contraceptive – results from the INAS-SCORE study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2019; 24: 247-250. *Die INAS-Score Studie ist eine prospektive, nicht-interventionelle Kohortenstudie, die über 50.000 Frauen weltweit über 2-7 Jahre beobachtete und insbesondere die kardiovaskulären Risiken im Zusammenhang mit der Anwendung von Dienogest/Estradiolvalerat im Vergleich zu ethinylestradiolhaltigen oralen Kontrazeptiva unter Alltagsbedingungen untersuchte.