

# DGGG 2022

Mittwoch  
12.10.2022

# Kongress

# Journal

# 1

Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2022



**Prof. Dr. Anton J. Scharl**

Präsident der DGGG e.V.



**Prof. Dr. Marion Kiechle**

Kongresspräsidentin



**Prof. Dr. Stephanie Wallwiener**

Co-Kongresspräsidentin



**Prof. Dr. Wolfgang Würfel**

Co-Kongresspräsidentin

## Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist soweit. Der 64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) mit dem Motto „Gemeinsam stark für die Frau“ beginnt am 12. Oktober 2022 in München.

Als starke Gemeinschaft mit mehr als 10.000 Mitgliedern ist die DGGG ein unabdingbarer Motor für die Entwicklung unseres Fachs im Interesse der Frauengesundheit. Unser Fortbildungsgipfel in München wird den neuesten wissenschaftlichen Stand der Gynäkologie und Geburtshilfe abbilden.

Hochkarätig besetzte wissenschaftliche Sitzungen, Seminare und Hands-on-Kurse – ein sehr reichhaltiges Kongressprogramm erwartet Sie. Dieses widmet sich allen Facetten unseres Fachs: Der Pränatal-

und Geburtsmedizin, der Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, der Gynäkologischen Onkologie und Senologie sowie der operativen und konservativen Gynäkologie. Erstklassige Vorträge, Keynote Lectures, Spitzenreferate und Diskussionsforen mit herausragenden Vertretern unseres Fachs sind für Sie vorbereitet.

Dabei behalten wir stets im Blick, dass unsere Patientinnen Fachkompetenz, Empathie und einen verantwortungsvollen Umgang mit dem medizinischen Fortschritt verdienen. Traditionell wird es auf dem Kongress großen Raum für intensiven wissenschaftlichen und berufspolitischen Austausch geben. Ganz bewusst sind dabei auch die jungen Kolleginnen und Kollegen eingebunden. Sie erhalten

die Gelegenheit, eigene Akzente zu setzen.

Die SARS-CoV-2-Pandemie war eine große Herausforderung für die Gynäkologie und Geburtshilfe. Die medizinischen Empfehlungen und Erfahrungen während der Pandemie werden uns auch auf dem Kongress beschäftigen. Vor zwei Jahren waren wir gezwungen, zum ersten Mal in unserer Geschichte einen Hybridkongress zu veranstalten. Unser 64. Kongress wird enorm von diesen innovativen digitalen Erfahrungen profitieren: Wir werden eine Vielzahl der Inhalte aus den wissenschaftlichen Sitzungen erneut besucherfreundlich im Nachgang on-demand zugänglich machen.

Zur Eröffnungsveranstaltung am Mittwoch, den 12. Oktober 2022, im ICM München werden bedeutenden Persönlichkeiten unseres Berufsstandes die DGGG-Ehrenmitgliedschaft, die korrespondierende

Mitgliedschaft und die Carl-Kaufmann-Medaille verliehen.

Während der vier Kongresstage in der bayerischen Landeshauptstadt haben Sie Gelegenheit, sich mit Ihren Kolleginnen und Kollegen, mit Frauenärztinnen und Frauenärzten sowie an der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Interessierten aus der gesamten Bundesrepublik sowie weiteren Ländern zu den aktuellsten Aspekten unseres Berufs auszutauschen.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre

Prof. Dr. Anton J. Scharl  
Präsident der DGGG e.V.

Prof. Dr. Marion Kiechle  
Kongresspräsidentin

Prof. Dr. Stephanie Wallwiener  
Co-Kongresspräsidentin

Prof. Dr. Wolfgang Würfel  
Co-Kongresspräsident

## Grußwort des BVF



**Dr. Klaus Doubek**

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,**

der diesjährige DGGG-Kongress trägt den Titel „GEMEINSAM STARK FÜR DIE FRAU“. Ein schöner Gedanke, ein schönes Ziel – denn arbeiten wir gemeinsam, können wir auch Erfolge gemeinsam feiern.

Zusammenarbeit ist nicht immer leicht – Menschen mit unterschiedlichen Vorstellungen und Hintergründen treffen aufeinander. Ambulantisierung samt AOP-Katalog-Erweiterung und andere Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit, die mit Angst um Prestige-, Macht- oder finanzielle Einbußen einhergehen, sind Reibungspunkte...

Doch wollen wir selbst bestimmen, wie eine gute Zusammenarbeit zum Wohl der Patientinnen auszusehen hat, müssen wir diese gemeinsam gestalten. Ansonsten wird diese notwendige Art der Zusammenarbeit bald von der Politik eingefordert und bestimmt.

Vertrauen vermindert Auseinandersetzungen, es beruht auf Gegenseitigkeit. Vielleicht geht es vor allem darum, wenn wir als Fachgruppe weiterhin eine starke Rolle für die Frau in Deutschland einnehmen wollen!

Stark FÜR DIE FRAU zu sein bedeutet auch, beharrlich am Ausbau unseres Fachwissens zu arbeiten. Hierfür bietet uns der DGGG-Kongress hervorragende Möglichkeiten, gehen wir es gemeinsam an!

Ihr

Dr. Klaus Doubek  
Präsident des BVF e.V.

## Inhalt

Grußwort des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. und der KongresspräsidentInnen  
A. Scharl, M. Kiechle, S. Wallwiener, W. Würfel ..... 1

Grußwort des Präsidenten des Berufsverbands der Frauenärzte e.V.  
K. Doubek ..... 1

GLP-1-Analoga – endlich schlank ohne Diät?  
B. Böttcher ..... 2

Neue Empfehlungen der AGO-Arbeitsgruppe Mammakarzinom  
W. Janni, V. Müller ..... 3

Gendermedizin: Wo stehen wir 2022?  
A. Bühren, U. Seeland ..... 4

StepOPgyn: ein Modell-Curriculum für die Ausbildung in operativer Gynäkologie  
R. Klapdor ..... 6

Fortschritte in der Immuntherapie des Zervixkarzinoms  
D. Denschlag ..... 7

Sonne, AMH, ART-Outcome – Licht oder Schatten?  
N. Rogenhofer ..... 7

Musik und kreative Tätigkeiten stärken die psychische Gesundheit nachhaltig  
B. Arabin ..... 8

Versorgung Schwangerer mit FGM in Deutschland  
M. En-Nosse ..... 10

Wie können wir mit der Situation unerträglichen Leidens umgehen?  
H. Kreß ..... 11

Zahlreiche hochwertige Abstracts für den 64. DGGG-Kongress  
A. Scharl, M. Kiechle, S. Wallwiener, W. Würfel ..... 11

Impressum ..... 2

## Endokrinologie

# GLP-1-Analoga – endlich schlank ohne Diät?

**GLP-1-Rezeptoragonisten sind seit kurzem unter bestimmten Voraussetzungen zur Gewichtsreduktion zugelassen. Dies eröffnet eine neue Möglichkeit, adipöse PatientInnen bei der Gewichtsabnahme zu unterstützen.**

Adipositas ist ein bekannter Risikofaktor für sowohl kardiovaskuläre Erkrankungen wie die koronare Herzkrankheit (KHK), Vorhofflimmern, Herzversagen und Apoplex, als auch u.a. für Gallensteine, Gicht, Gonarthrose und Rückenschmerzen. Adipositas ist assoziiert mit arterieller Hypertonie, Dyslipidämie, Insulinresistenz, Diabetes mellitus Typ 2 und Schlafstörungen. Ein Gewichtsverlust von bereits 5 bis 10% reduziert diese Risikofaktoren, ein Gewichtsverlust von 5 kg reduziert die Inzidenz der KHK.

Eine Reduktion des Gewichts kann nur erreicht werden, wenn gleichzeitig eine Modifikation des Lebensstils erfolgt. Diese beinhaltet eine Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie. Jedoch kann ein Großteil der PatientInnen ihr Gewicht nicht langfristig reduzieren.

Verschiedene Medikamente werden zur Gewichtsabnahme angewandt, sollen aber laut der S3-Leitlinie „Adipositas: Prävention und Therapie“ erst zum Einsatz kommen, wenn durch Änderung der Bewegung keine ausreichende

Gewichtsreduktion erreicht werden konnte:

- Orlistat verhindert die Fettaufnahme im Darm,
- eine Kombination aus Naltrexon und Bupropion wirkt auf das Hungerzentrum im Hypothalamus,
- Phentermin mit Topiramat und Lorcaserin zügeln den Appetit bzw. unterdrücken das Hungergefühl.

### Neue Wirkstoffe unterstützen beim Abnehmen: Liraglutid und Semaglutid

Seit kurzem sind GLP-1-Rezeptoragonisten (Glucagon like peptide-1 receptor agonists) zur Gewichtsreduktion unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen. Die Zulassung besteht für die Anwendung bei Diabetes mellitus Typ 2 und für die Gewichtsreduktion bei adipösen Personen mit einem BMI über 30 kg/m<sup>2</sup> oder einem BMI über 27 kg/m<sup>2</sup> mit einer gewichtsassoziierten Komorbidität wie Prädiabetes, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie oder obstruktive Schlafapnoe.

Liraglutid wird täglich, Semaglutid wöchentlich als subkutane Injektion appliziert. Semaglutid wird in Deutschland und Österreich voraussicht-

lich ab Mitte 2023 für die Indikation der Gewichtsreduktion erhältlich sein.

### So wirkt das „natürliche Sättigungshormon“

GLP-1 wird als natürliches Sättigungshormon bezeichnet und erhöht glucoseabhängig die Insulinspiegel, erhöht die Insulinsensitivität und inhibiert die Glucagonsekretion. Die hypothalamischen Sättigungszentren werden stimuliert. Zudem wird die gastrointestinale Motilität reduziert, was ein längeres Völlegefühl zur Folge hat.

Typische Nebenwirkungen treten bei 5 bis 30% der PatientInnen auf und beinhalten Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen, Obstipation und abdominale Schmerzen. Seltener Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen, Schwindel, Hypoglykämien, aber auch eine Pankreatitis und Cholezystolithiasis. In den bisher erfolgten Studien zeigte sich eine positive Korrelation zwischen dem Auftreten von Übelkeit und Erbrechen mit dem Ausmaß des Gewichtsverlusts.

### 10-15% Gewichtsreduktion unter Studienbedingungen

In den bisher durchgeführten Studien zeigt sich für Liraglutid ein durchschnittlicher Gewichtsverlust von 4 bis 7 kg und bei der Verwendung von Semaglutid von 9 bis 16 kg. Mehr als die Hälfte der Personen erreichte insgesamt eine Gewichtsreduktion von 10 bis 15%. Zusätzlich werden positive Effekte auf die glykämische Kontrolle und den Blutdruck beschrieben.

Im Vergleich von Liraglutid und Semaglutid bestätigt sich der deutliche bessere Effekt der Gewichtsreduktion von Semaglutid über den Zeitraum von 1,5 Jahren. Vermutlich liegt dies an dessen deutlich längerer Halbwertszeit.

Wissenschaftliche Sitzung  
Gynäkologische Endokrinologie:  
From bench to bedside  
Mittwoch, 12.10.22, 12.15 Uhr  
Saal 14c

In einer Untersuchung erhielt eine Gruppe (n=520) nach 20 Wochen weiterhin Semaglutid, eine Vergleichsgruppe (n=250) bekam nach 20 Wochen Semaglutid ein Placebo. Unter Fortführung von Semaglutid zeigte sich ein kontinuierlicher Gewichtsverlust von weiteren 8%, wohingegen die Placebogruppe nach einem Gewichtsverlust von knapp 11% unter Semaglutid wieder um 7% an Gewicht zunahm.

### Ohne Lebensstil-Änderung geht es nicht

Insgesamt ist zu betonen, dass Liraglutid bzw. Semaglutid nur gemeinsam mit einer Ernährungsumstellung und einem Bewegungskonzept eingesetzt werden sollen. Dies wurde in allen bisher veröffentlichten Studien auch berücksichtigt. Eine alleinige medikamentöse Therapie wird auch bei den GLP-1-Agonisten keinen dauerhaften Erfolg zeigen.

Eine Gewichtsreduktion unterstützt durch GLP-1-Rezeptoragonisten könnte auch in der Gynäkologie – z.B. bei Frauen mit polyzystischem Ovarsyndrom oder in der Menopause – eine Option darstellen.



### Autorin

PD Dr. Bettina Böttcher

Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin  
Department Frauenheilkunde  
Innsbruck, Österreich  
bettina.boettcher@i-med.ac.at

## DGGG 2022

### ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

Mittwoch, den 12. Oktober 2022  
15:00-16:45 Uhr · Saal 1



## Impressum

### 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

### Redaktion

Stephanie Mohr (verantwortlich)  
Tel. (089) 51 61 61-51

### Anzeigen

Damian Binger (verantwortlich)  
Tel. (02421) 994 69 39

### Kontakt vor Ort während des Kongresses

Damian Binger  
Tel. (0160) 678 01 01

### Herstellung

dm druckmedien  
80939 München

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.

Diagnostik und Therapie von Brustkrebs

# Neue Empfehlungen der AGO-Arbeitsgruppe Mammakarzinom

Die Arbeitsgruppe Mammakarzinom hat die offiziellen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO) zum Brustkrebs erarbeitet und bringt diese jedes Jahr auf den neuesten Stand. Neben diesem wertvollen Überblick für Behandelnde existiert eine Fassung für Patientinnen. In diesem Jahr ist Gesundheitskompetenz ein wichtiges Stichwort.

Die AGO-Kommission Mamma besteht aus 48 deutschen Brustkrebsexperten unterschiedlicher Disziplinen, die sich regelmäßig austauschen und alle wichtigen Fragestellungen zum Thema jedes Jahr neu bearbeiten. Die wissenschaftlichen Ergebnisse der aktuellen Studien werden dabei ausführlich diskutiert und aus den Erkenntnissen werden Empfehlungen formuliert. Dadurch erhalten alle behandelnden Ärzte eine immer wieder aktualisierte „Leitlinie“ zur Diagnostik und Therapie der Brustkrebserkrankung. Am 19.3.2022 konnte die AGO-Kommission in einem virtuellen Meeting 2.075 Teilnehmern ihre für dieses Jahr aktualisierten Empfehlungen erstmals vorstellen.

Es gibt in jeder Behandlungssituation verschiedene sinnvolle Möglichkeiten („Therapieschemata“). Grundsätzlich ist nach Ansicht unserer Arbeitsgruppe sowie auch an-

derer nationaler und internationaler Experten die Behandlung innerhalb von klinischen Studien anzustreben.

Die „AGO-Empfehlungen Brustkrebs“ (Version 2022) sind in 26 Themenbereiche unterteilt. Darüber hinaus existieren zu verschiedenen Therapiesituationen Algorithmen, die eine mögliche Behandlungssequenz darstellen. Exemplarisch ist in Abbildung der Algorithmus zum metastasierten HER2-positiven Mammakarzinom dargestellt.

### Patientinnen-Leitfaden

Alle Empfehlungen liegen auch in einer Version für Patientinnen vor. Darüber hinaus wurden im Rahmen des State of the Art Meetings auch zwei Patientinnenforen durchgeführt, speziell zur Diskussion mit Betroffenen.

Erstmals ist im letzten Jahr ein eigenes Kapitel zum Thema Gesundheitskompetenz zu

unseren Empfehlungen hinzugekommen. Dies unterstreicht, wie wichtig die informierte Patientin für die erfolgreiche Behandlung ist.

### Was sind die wichtigsten Neuerungen 2022?

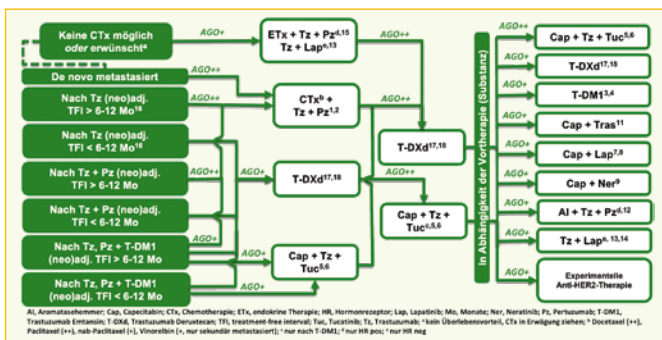
Wesentliche Neuigkeiten aus den aktualisierten Empfehlungen aus den einzelnen Kapiteln in Stichworten:

- Gesundheitskompetenz: Die gemeinsame, partizipative Entscheidungsfindung zwischen Arzt/Ärztin und Patientin ist die Grundlage für jede sinnvolle Behandlung.
- Prävention: Die Bestimmung einer BRCA-Mutation hat immer häufiger auch therapeutische Konsequenzen.
- Biomarker: Molekulare Tumorboards und Liquid Biopsy sind Innovationen in der therapierelevanten Diagnostik, die im Rahmen strukturierter Programme angeboten werden sollten.
- Früherkennung und Diagnostik: Das Mammographie-Screening ist weiterhin für die Erkennung von Vorstufen und frühen Tumorstadien wichtig.
- Operative Therapie: Die gezielte Entfernung der vor einer neoadjuvanten Therapie betroffenen Lymphknoten, die aber auf die Chemotherapie ansprechen („targeted axillary dissection“), erspart immer mehr Frauen die Entfernung aller Lymphknoten in der Achsel.

Wissenschaftliche Sitzung  
Best of  
Gynäkologische Onkologie  
Freitag, 14.10.22, 17.00 Uhr  
Saal 13b

- Plastische Operationen: Das komplette Spektrum von Möglichkeiten zum Wiederaufbau der Brust sollte an Ihrem Brustzentrum angeboten werden – mit entsprechender Beratung.
- Adjuvante antihormonelle (endokrine) Therapie: Die zusätzliche Unterdrückung der Hormonproduktion aus den Eierstöcken wird für jüngere Frauen inzwischen häufiger empfohlen.
- Adjuvante Chemotherapie und zielgerichtete Therapie: Die adjuvante Chemotherapie muss nicht mehr zwingend ein Anthrazyklin beinhalten, beim triple-negativen Karzinom findet Carboplatin häufiger Verwendung, bei Patientinnen mit einer BRCA-Mutation ist möglicherweise der Einsatz von Olaparib sinnvoll.
- Neoadjuvante Therapie: Beim triple-negativen Karzinom hält die Immunonkologie Einzug.
- Adjuvante Strahlentherapie: Bei zunehmend mehr Patientinnen kann die Bestrahlungszeit verkürzt werden („hypofraktionierte Bestrahlung“).
- Brustkrebs-Nachsorge: Die intensivere Nachsorge mit Apparatemedizin über die Brust hinaus wird weiterhin nicht empfohlen – in Deutschland wird ab diesem Jahr die SURVIVE-Studie den Stellenwert eines Bluttests neu untersuchen.
- Lokoregionäres Rezidiv: Weiterhin eine heilbare Situation, in manchen Fällen kann eine Chemotherapie notwendig sein.

- Endokrine und zielgerichtete Therapie des metastasierten Mammakarzinoms: Antihormonelle Kombinationsbehandlungen ersetzen immer häufiger für längere Zeit die Chemotherapie und führen zu sehr guten Resultaten.
- Chemotherapie mit oder ohne zielgerichtete Substanzen beim metastasierten Mammakarzinom: Die Immunonkologie beim triple-negativen Karzinom ist weiter auf dem Vormarsch. Neue Substanzen beim HER2-positiven Karzinom erhöhen weiterhin die Chancen auf ein auch längerfristiges Zurückdrängen der Erkrankung.
- ZNS-Metastasen beim Mammakarzinom: Die neuen HER2-zielgerichteten Substanzen beweisen ihre Wirksamkeit auch bei ZNS-Metastasen.
- Komplementäre Therapie: Viele ergänzende Behandlungen schaden nicht – haben aber auch keine nachgewiesene Wirksamkeit. Am wichtigsten ist der offene Austausch über ergänzende Behandlungen, um Wechselwirkungen zu vermeiden.



Algorithmus zur möglichen Behandlungssequenz beim HER2-positiven metastasierten Mammakarzinom

**Autoren**



**Prof. Dr. Wolfgang Janni**  
Universitätsfrauenklinik Ulm  
Sprecher AGO Mammakarzinom  
wolfgang.janni@uniklinik-ulm.de



**Prof. Dr. Volkmar Müller**  
Klinik für Gynäkologie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
v.mueller@uke.de

für die AGO Arbeitsgruppe Mammakarzinom

## Kennen Sie eigentlich die häufigste Infektionskrankheit des ungeborenen Kindes?



**ICON Hygiene-Flyer** zur Aufklärung Ihrer Patientinnen kostenlos anfordern und/oder am Stand erhältlich



Geschlechtsspezifische Medizin

# Gendermedizin: Wo stehen wir 2022?

**Der systembiologische Ansatz der geschlechtersensiblen Medizin ist nicht kompliziert – deren tatsächliche Umsetzung in Lehre, Klinik und Praxis beginnt allerdings erst jetzt. Auch für Frauenärztinnen und Frauenärzte ist die Beschäftigung mit den Inhalten der geschlechtersensiblen Medizin essenziell. Beispiele sind die Pharmakologie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, wo körperliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern jeweils medizinisch relevant sind. Keine Frage, dass darauf einzugehen die Medizin besser macht – für Praktizierende wie für PatientInnen.**

Forschung zu den Geschlechterunterschieden gibt es seit den 1990ern. Dass sich Zellen mit XX-Sexualchromosomen von denen mit XY unterscheiden, wird inzwischen akzeptiert. Warum erscheint es vielen MedizinerInnen immer noch zu kompliziert, die Geschlechterunterschiede und weitere Diversitätsfaktoren wie Alter, Bildung, kulturellen Hintergrund, Diskriminierungserfahrungen und körperliche Versehrtheit bei der Anamnese, Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen? Liegt es daran, dass viele bisherige Forschungsergebnisse und Lehren hinterfragt werden müssten? Oder ist es die feste Überzeugung, die Geschlechterunterschiede seien gar nicht so groß, dass sie bei der Versorgung der PatientInnen eine Rolle spielen könnten?

## Medizinisch relevante körperliche Unterschiede

Aus politischer und wirtschaftlicher Sicht ist es sicher erstrebenswert, möglichst viele Gemeinsamkeiten bei der Versorgung der Bevölkerung zu identifizieren, um einheitliche und damit kostengünstige Maßnahmen anbieten zu können. Geschlechtersensible Medizin ist ein wichtiger Schritt, der sich im Zusammenhang mit der individualisierten Medizin sowohl als kostengünstiger erweist, und der insbesondere auch dem ärztlichen Anspruch, Leiden zu lindern und Leben zu retten, besser gerecht wird.

Geschlechterunterschiede lassen sich in allen Fachdisziplinen und bei sehr vielen Erkrankungen finden. Die Aufarbeitung der biologischen Unterschiede und insbesondere die zusätzliche systematische Untersuchung der umweltbedingten Risikofaktoren und deren Interaktionen werden helfen, Mechanismen der Krankheitsentstehung zu verstehen und geschlechtergerechtere Präventionsmaßnahmen anzubieten. Beispiele:

**Impfungen und Arzneimittel:** Dem geschlechtersensiblen Blick auf Wirkungen und Nebenwirkungen von Impfungen und bei der Entwicklung von Arzneimitteln kommt eine besondere Bedeutung zu.

**Schlaganfall:** In Deutschland sterben mehr Frauen an einem Schlaganfall als Männer (RKI-Daten aus 2018). Eine Anamnese wiederholter Fehlgeburten oder Totgeburten ist ein Hinweis auf ein erhöhtes Risiko, im Lauf des Lebens einen Schlaganfall zu erleiden. Liang et al. [1] haben ein um 11% höheres Risiko für einen nicht tödlichen Schlaganfall berechnet für Frauen, die eine Fehlgeburt in der Vorgeschichte hatten im Vergleich zu den Frauen mit Schwangerschaft, aber ohne Fehlgeburt (27 Beobachtungsstudien mit über 850.000 Frauen aus 12 Ländern). Unfruchtbarkeit war mit einem um 14% erhöhten Risiko für nicht tödliche Schlaganfälle verbunden.

Das Bewusstsein der betroffenen Frauen zu schärfen für diesen Zusammenhang mit einer potentiell tödlichen Erkrankung und geeignete Kontroll- und Präventionsmaßnahmen anzubieten, ist nicht nur Aufgabe der GynäkologInnen, sondern auch der HausärztInnen.

**Immunsystem:** Geschlechterunterschiede spielen auch eine Rolle bei allen Erkrankungen mit Beteiligung des Immunsystems. Insbesondere die rheumatologischen Erkrankungen können unterschiedliche Symptome aufweisen, und ihr Verlauf kann sich unterscheiden. Das liegt u.a. daran, dass die unterschiedlichen Immunzellen Rezeptoren für Sexualhormone besitzen, sowohl für die weiblichen als auch die männlichen. So mancher Zytokinsturm, der zu einer hohen Symptomlast bei betroffenen Männern führt, wird bei prämenopausalen Frauen eher schwächer ausfallen und damit zu weniger Symptomen führen.

**Herzinfarkt und Bluthochdruck:** Das bekannteste Beispiel sind die unterschiedlichen Symptome beim Herzinfarkt. Mehr Frauen als Männer versterben an den chronischen Herzerkrankungen oder den Folgen von Bluthochdruck. Männer versterben eher am akuten Herzinfarkt. Die sich unterscheidende Pathophysiologie führte zu neuen Erkenntnissen über zusätzliche Risikofaktoren wie Stress, Schwangerschaftskomplikationen, Mikrobiom und Inflammation.

## Ärztinnen und Ärzte

Wir wissen auch, dass Frauen und Männer unterschiedlich Medizin praktizieren. Frauen kommunizieren PatientInnenorientierter und nehmen sich mehr Zeit für das Gespräch. [2]

Um die Vorteile der geschlechtersensiblen Denkweise in Forschung, Lehre und Klinik zu bringen, ist es nötig, einen Prozess in Gang zu setzen, der die theoretischen Überlegungen an Best-Practice-Beispiele

Wissenschaftliche Sitzung  
**Gender in der Medizin – Wir sind nicht alle „Arzt“**  
 Mittwoch, 12.10.22, 12.00 Uhr  
 Saal 21b

len verfestigt und systematisch in die Curricula der medizinischen Fakultäten bringt.

Dass es möglich ist und einen Mehrwert für die Studierenden bedeutet, zeigt ein Modellstudiengang der Charité – Universitätsmedizin Berlin: Im Vergleich zu den Studierenden des Regelstudiengangs fühlten sich die Studierenden des Modellstudiengangs kompetenter im Bewusstsein und Wissen um die Geschlechterunterschiede. [3] Rückenwind kommt von der Politik, die im Koalitionsvertrag den Ausbau der geschlechtersensiblen Medizin festgelegt hat. Dazu gehört auch, dass die Gendermedizin Teil des Medizinstudiums und der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe wird.

Das Gender-Data-Gap zu schließen, wird Aufgabe der nächsten 20 Jahre sein. Ein wichtiger Schritt ist, die Denkweise und den Sprachgebrauch in der Wissenschafts- und Klinikwelt an die jetzige Zeit anzupassen: In Leitlinien und Veröffentlichungen von Studienergebnissen gehören Frauen immer noch zu den „Sonderformen“ oder „speziellen Gruppen“.

## Zu gerechten Strukturen ist der Weg noch weit

Bei 13% Frauen in den Führungspositionen in den klinischen Fächern der deutschen Universitätsmedizin „entscheiden durchschnittlich zu 87% Männer, was in der Medizin gelehrt und geforscht wird und wie wir in Deutschland unsere Patientinnen und Patienten behandeln“, so Prof. Gabriele Kaczmarczyk vom Deutschen Ärztinnenbund. [4]

## Forschung

Die geschlechtersensible medizinische Denkweise erkennt die Vielfalt der Menschen an. Durch eine umfangreiche Charakterisierung der in Studien eingeschlossenen Teilnehmenden ist eine diskriminierungsfreie Forschung möglich. Die Fallzahlen für die beiden größten Gruppen – weibliches und männliches Geschlecht – müssen ausreichend groß sein, um die Daten getrennt auswerten zu können für eine statistisch signifikante Aussage. Geschlechtervielfalt bedeutet auch, nicht alleine den binären

ren Geschlechterbegriff anzuwenden, sondern darüber hinaus das LGBTQIA+-Spektrum abhängig von der Fragestellung zu erfassen.

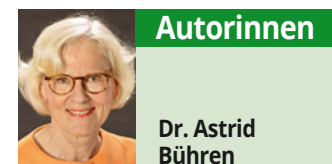
Ausführliche Tipps und Erklärungen zu Studiendesign und Umsetzung gibt es auf den Seiten der kanadischen Gesellschaft für geschlechtersensible Medizin und des Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, der Universität Stanford und der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin (DGesGM) [www.dgesgm.de](http://www.dgesgm.de) – um nur einige zu nennen.

## Als Frauenärztin, Frauenarzt dieses Wissen nutzen

Auch für GynäkologInnen ist die Beschäftigung mit den Inhalten der geschlechtersensiblen Medizin essenziell: Kenntnisse im Bereich der Pharmakologie, z.B. bezogen auf morphinhaltige Schmerzmittel und andere, sind wichtig, um die Dosierungen und Nebenwirkungen individuell besser einschätzen zu können. Hinzu kommen das Wissen zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere des Hypertonus, und auch zu unterschiedlichen Verlaufsformen und Therapieansätzen bei Diabetes mellitus.

Der große Bereich der perimenopausalen Veränderungen und die veränderte Gesundheits- und Lebenssituation in der Postmenopause und dem hohen Alter bei Frauen gehören zu den Themen, die weiter bearbeitet werden sollten. Die Wahrnehmung dazu und die sich daraus ergebenden Forschungsfragen kommen ganz überwiegend vom weiblichen Geschlecht selbst.

## Literatur bei den Autorinnen



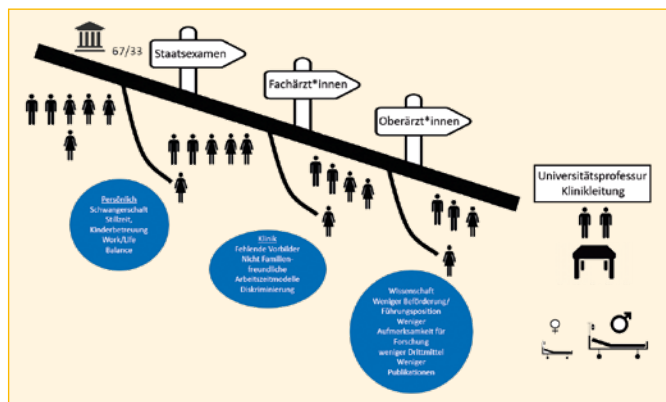
### Autorinnen

**Dr. Astrid Bühren**

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin DGesGM e.V.  
 Murnau am Staffelsee  
[abuehren@t-online.de](mailto:abuehren@t-online.de)

### Co-Autorin

PD Dr. Ute Seeland  
 Charité – Universitätsmedizin Berlin  
 1. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin DGesGM e.V.



Frauenanteil im Karriereverlauf

Quelle: Seeland U und Lerchenmüller C, Cardio News, Ausgabe 11, März 2022, 25. Jahrgang, Seite 13

# Im Fokus GESAMTÜBERLEBEN

für Ihre Patientinnen mit fortgeschrittenem Endometriumkarzinom



KEYTRUDA® ist in Kombination mit LENVIMA® zur Behandlung des fortgeschrittenen oder rezidivierenden Endometriumkarzinoms bei Erwachsenen mit einem Fortschreiten der Erkrankung während oder nach vorheriger Platin-basierter Therapie in jedem Krankheitsstadium, wenn eine kurative chirurgische Behandlung oder Bestrahlung nicht in Frage kommt, angezeigt.



**Lenvima® 4 mg/10 mg Hartkapseln.** Wirkstoff: Lenvatinib (als Mesilat). **Zus.**: Jede Hartkapsel enthält 4 mg/10 mg Lenvatinib (als Mesilat). **Sonst. Bestandt.**: Kapselinhalt: Calciumcarbonat, Mannitol (Ph.Eur.), Mikrokristall. Cellulose, Hydrolyse, Hydrolyse (niedr. subst.), Talkum. **Kapselhülse:** Hypromellose, E 171, E 172, E 172; **Druckfarbe:** Schellack, E 172, Kaliumhydroxid, Propylenglycol. **Anw.**: Monotherapie für erw. Pat. mit progressiv, lokal fortgeschritten od. metastatisiert differenziert (papillärem/follikulärem/Hürthle-Zell-) Schilddrüsenkarzinom, das nicht auf Radiojodtherapie angesprochen hat; Monotherapie für erw. Pat. mit fortgeschritten od. inoperabl. hepatozellulär. Karzinom, die zuvor noch keine system. Ther. erhalten haben; Kombitherapie mit Pembrolizumab für erw. Pat. zur Behdl. d. fortgeschritten od. rezidivier. Endometriumkarzinoms mit einem Fortschreiten d. Erkrankung während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn eine kurative chirurgische Behdl. od. Bestrahl. nicht in Frage kommt. **Gegenanz.**: Überempfindlichkeit. geg. Wirkstoff od. sonst. Bestandt., Stillzeit. **Nebenw. Monotherapie:** *Sehr häufig:* Harnwegsinfekt; Thrombozytopenie, Lymphopenie, Leukopenie, Neutropenie; Hypothyreose, Thyreoidea-stimulierend. Hormon i. Blut erhöht; Hypokaliämie, Hypokaliämie, Hypercholesterinämie, Hypomagnesiämie, Gewichtsverlust, vermindert. Appetit; Insomnie; Schwindel, Kopfschmerz, Dysgeusie; Blutung, Hypertonie, Dysphonie, Diarrhoe, gastrointest. u. abdominale Schmrz., Erbrechen, Übelkeit, orale Entzündg., Schmrz. im Mundbereich, Verstopfg., Dyspepsie, Mundtrockenheit, Lipase/Amylase erhöht; Bilirubin im Blut erhöht, Hypoalbuminämie, AST/ALT erhöht, alkalische Phosphatase im Blut erhöht, GGT erhöht; Palmar-plantares Erythrodyasäthesie-Syndrom, Hautausschlag, Alopezie; Rückenschmrz., Arthralgie, Myalgie, Schmrz. d. Extremitäten, muskuloskeletale Schmrz.; Proteinurie, Kreatinin im Blut erhöht; Fatigue, Asthenie, Cholezystitis; Hyperkeratose; Nierenversagen, Nierenfunktionsstörg., Harnstoff im Blut erhöht; Unwohlsein. *Gelegentl.:* Perinealabszess; Milzinfarkt; Posteriore reversibles Enzephalopathie-Syndr., Monoparese, transitorische ischämische Attacke; Pneumothorax; Pankreatitis, Colitis; hepatozelluläre Schädig./Hepatitis; Kieferosteonekrose; Nephritisches Syndrom; verzögerte Heilung. *Nicht bekannt:* Aneurysmen u. Arterienabszessen; Fisteln, die nicht d. Gastrointestinaltrakt betreffen. **Nebenw. Kombitherapie:** *Sehr häufig:* Harnwegsinfekt; Thrombozytopenie, Lymphopenie, Leukopenie, Neutropenie, Anämie; Hypothyreose, Thyreoidea-stimulierend. Hormon i. Blut erhöht, Hypertyreose; Hypokaliämie, Hypokaliämie, Hypercholesterinämie, Hypomagnesiämie, Gewichtsverlust, vermindert. Appetit; Schwindel, Kopfschmerz, Dysgeusie; Blutung, Hypertonie, Dysphonie, Diarrhoe, gastrointest. u. abdominale Schmrz., Erbrechen, Übelkeit, orale Entzündg., Schmrz. im Mundbereich, Verstopfg., Mundtrockenheit, Lipase/Amylase erhöht; Bilirubin im Blut erhöht, Hypoalbuminämie, AST/ALT erhöht, alkalische Phosphatase im Blut erhöht; Palmar-plantares Erythrodyasäthesie-Syndrom, Hautausschlag; Rückenschmrz., Arthralgie, Myalgie, Schmrz. d. Extremitäten; Proteinurie, Kreatinin im Blut erhöht; Fatigue, Asthenie, peripheres Ödem. *Häufig:* Dehydrierg.; apoplektischer Insult; Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, verlängerte QT-Zeit im EKG, reduzierte Ejektionsfraktion; Lungenembolie; Analfistel, Flatulenz; Leberversagen, hepatische Enzephalopathie, Leberfunktionsstörg., Cholezystitis; muskuloskeletale Schmerzen; Nierenversagen; Unwohlsein. *Gelegentl.:* Perinealabszess; Posteriore reversibles Enzephalopathie-Syndr., apoplektischer Insult, Monoparese, transitorische ischämische Attacke; Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, reduzierte Ejektionsfraktion; Pneumothorax; Analfistel; Leberversagen, Hepatische Enzephalopathie, hepatozelluläre Schädig./Hepatitis; Hyperkeratose; Nierenfunktionsstörungen, Harnstoff im Blut erhöht; verzögerte Heilung. **Verschreibungspflichtig.** **Stand:** April 2022. Eisai GmbH, Edmund-Rumpler-Straße 3, 60549 Frankfurt a. Main, Deutschland, kontakt@eisai.net.



## KEYTRUDA® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

**Wirkstoff:** Pembrolizumab **Zus.**: *Arzneil. wirts. Bestandt.*: 1 Durchstechfl. (4 ml) enth. 100 mg Pembrolizumab, 1 ml Konz. enth. 25 mg Pembrolizumab. **Sonst. Bestandt.**: L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbat 80 (E 433), Wasser für Injektionszwecke. **Anw.**: Als Monother. zur Behndl. d. fortgeschrittenen od. metastasierenden Melanoms b. Kdm. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behndl. d. Melanoms in d. Tumorstadien IIB, IIC od. III nach vollständ. Resektion b. Kdm. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. Als Monother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score (TPS)  $\geq 50\%$ ) ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Pemetrexed u. Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-plattenepithelialen NSCLC ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Carboplatin u. entwerd. Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden plattenepithelialen NSCLC b. Erw. Als Monother. zur Behndl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden NSCLC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS  $\geq 1\%$ ) nach vorheriger Chemother. b. Erw. Pat. m. EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen sollten vor Ther. ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgericht. Ther. erhalten haben. Als Monother. zur Behndl. d. rezidivierenden od. refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (HL) b. Kdm. u. Jugendl. ab 3 Jahren u. Erw. nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) od. nach mind. 2 vorangegang. Ther., wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt. Als Monother. zur Behndl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. Als Monother. zur Behndl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms b. Erw., die nicht für e. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. deren Tumoren PD-L1 m. einem kombinierten positiven Score (CPS)  $\geq 10$  exprimieren. Als Monother. od. in Komb. m. 5-Fluorouracil(5-FU)-Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden od. nicht rezidivierenden Urothelkarzinoms der Kopf-Hals-Region (HNSCC) b. Erw. m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS  $\geq 1$ ). Als Monother. zur Behndl. d. rezidivierenden od. metastasierenden HNSCC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS  $\geq 50\%$ ) und einem Fortschreiten der Krebserkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. In Komb. m. Axitinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC) b. Erw. In Komb. m. Lenvatinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen RCC b. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behndl. des RCC m. erhöhtem Rezidivrisiko nach Nephrektomie od. nach Nephrektomie u. Resektion metastasierter Läsionen b. Erw. Tumoren m. hochfrequentem Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H) od. m. e. Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR); Kolorektalkarzinom (CRC); Als Monother. d. CRC m. MSI-H od. m. e. dMMR wie folgt b. Erw.: - zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden CRC, - zur Behndl. d. nicht rezidivierenden CRC nach vorheriger Fluoropyrimidin-basierter Kombinationstherapie; Nicht-kolorektale Karzinome: Als Monother. zur Behndl. d. folgenden Tumoren m. MSI-H od. m. dMMR b. Erw.: - fortgeschrittenes od. rezidivierendes Endometriumkarzinom m. e. Fortschreiten d. Erkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behndl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt, - nicht rezidivierendes od. metastasierendes Magen-, Dünndarm- od. biläres Karzinom m. e. Fortschreiten d. Erkrank. während od. nach mind. e. vorherigen Ther. In Komb. m. e. Platin- u. Fluoropyrimidin-basierter Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. lokal fortgeschrittenen nicht rezidivierenden od. metastasierenden Ösophaguskarzinoms od. d. HER2-negativen Adenokarzinoms d. gastroösophagealen Übergangs b. Erw. mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS  $\geq 10$ ). In Komb. m. Chemother. zur neoadjuvanten u. anschl. nach Operation als Monother. zur adjuvanten Behndl. d. lokal fortgeschrittenen od. frühen triple-negativen Mammakarzinoms (TNBC) m. hohem Rezidivrisiko b. Erw. In Komb. m. Chemother. zur Behndl. d. lokal rezidivierenden nicht rezidivierenden od. metastasierenden TNBC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS  $\geq 10$ ) b. Erw., d. keine vorherige Chemother. zur Behndl. d. metastasierenden Erkrank. erhalten haben. In Komb. m. Lenvatinib zur Behndl. d. fortgeschrittenen od. rezidivierenden Endometriumkarzinoms (EC) b. Erw. m. e. Fortschreiten der Erkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behndl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt. In Komb. m. Chemother. m. od. ohne Bevacizumab zur Behndl. d. persistierenden, rezidivierenden od. metastasierenden Zervixkarzinoms m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS  $\geq 1$ ) b. Erw. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Schwere Einschränkung d. Nierenfunkt.; moderater od. schwerer Einschränkung d. Leberfunkt.; aktiven, system. Autoimmunerkrank.; schwerer Überempf.-keit gg. e. and. monoklonalen Antikörper in d. Anamnese; laufende Ther. m. Immunsuppressiva (einschl. Pat. m. solidem Organtransplantat od. allo-HSZT). **Zusätzl. b. klass. HL:** B. allo-HSZT bei klass. HL nach Ther. m. Pembrolizumab sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung (GVHD u. schwere Lebervenenverschlusskrankheit als Komplikation beobachtet). Pat. m. schwerer od. lebensbedrohll. immunverm. Nebenw. in der Anamnese. Unter den immunitätsvermittelten Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. **Hinw.** zu Schwangerschaft/Stillzeit beachten. **Nebenw. Monother.:** *Sehr häufig:* Anämie, Hypothyreose, Vermind. Appetit, Kopfschm. Dyspnoe; Husten, Diarrhö; Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Pruritus; Hautausschl. Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. *Häufig:* Pneumonie, Thrombozytopenie; Neutropenie; Lymphopenie, Infusionsbed. Reakt. Hypertyreose, Hyponatriämie; Hypokaliämie; Hypokalzämie. Schlaflosigkeit, Schwindelgef.; periph. Neuropathie; Lethargie; Geschmacksstör. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern), Hypertonie, Pneumonitis, Kolitis; Mundtrockenheit, Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; Dermatitis; trock. Haut; Vitiligo; Ekzem; Alopezie; akneiforme Dermatitis. Myositis; Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Grippeähnll. Erkrank.; Schüttelfrost. ALT erhöht; AST erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Gelegentl.:* Leukopenie; Immuntrombozytopenie; Eosinophilie. Sarkoide. Nebenniereninsuff.; Hypophysitis; Thyreoiditis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Myasthenie-Syndrom; Epilepsie. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss; Perikarditis. Pankreatitis; Gastritis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoidale Keratose; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. Nephritis; nicht-infektiöse Zystitis. Amylase erhöht. *Selten:* Hämolyt. Anämie; isolierte aplast. Anämie; hämophagozytische Lymphohistiozytose. Hypoparathyreoidismus. Guillain-Barré-Syndrom; Enzephalitis; Myelitis; Meningitis (aseptisch). Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Vaskulitis. Dünndarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; TEN; Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. *Nicht bekannt:* Abstoßung e. soliden Organtransplantats. **Zusätzl.:** **Hinw.** zu Abw. b. Laborwerten beachten. **In Komb. m. Chemother.:** *Sehr häufig:* Neutropenie; Anämie; Thrombozytopenie; Leukopenie. Hypothyreose. Hypokaliämie; vermind. Appetit, Schlaflosigkeit, Periphere Neuropathie; Kopfschm.; Schwindelgef.; Geschmacksstör. Dyspnoe; Husten. Übelk.; Diarrhö; Erbr.; Abdominalschm.; Obstipat. Alopezie; Hautausschl.; Pruritus. Arthralgie; Muskuloskelett. Schm.; Myositis; Schm. in d. Extremitäten. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. Lipase erhöht; ALT erhöht; AST erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Häufig:* Pneumonie. Neutropenie; Thrombozytopenie; Lymphopenie; Leukopenie. Infusionsbed. Reakt. Nebenniereninsuff.; Hypertyreose; Thyreoiditis. Hyponatriämie; Hypokaliämie; Hypokalzämie. Schlaflosigkeit, Schwindelgef.; periphere Neuropathie; Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Pneumonitis. Kolitis; Gastritis; Mundtrockenheit, Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; akneiforme Dermatitis; Dermatitis; trock. Haut; Ekzem. Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Akutes Nierenvers. Grippeähnll. Erkrank.; Schüttelfrost. Kreatinin im Blut erhöht; alkalische Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht. *Gelegentl.:* Eosinophilie, Hypophysitis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Enzephalitis, Epilepsie, Myokarditis; Perikarderguss; Perikarditis. Vaskulitis. Pankreatitis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoidale Keratose; Vitiligo, Papeln. Tendosynovitis. Nephritis; nicht-infektiöse Zystitis. Amylase erhöht. *Selten:* Hämolytische Anämie, Immuntrombozytopenie. Sarkoide. Hypoparathyreoidismus. Guillain-Barré-Syndrom. Myasthenie-Syndrom. Uveitis. Dünndarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; Änd. d. Haarfarbe. Sjögren-Syndrom. **Zusätzl.:** **Hinw.** zu Abw. b. Laborwerten beachten. **In Komb. m. Axitinib od. Lenvatinib:** *Sehr häufig:* Harnwegsinfektionen, Anämie, Hypothyreose, Vermind. Appetit, Kopfschm.; Geschmacksstör. Hypertonie, Dyspnoe; Husten, Diarrhö; Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Hautausschl.; Pruritus. Arthralgie; muskuloskelett. Schm.; Myositis; Schm. in d. Extremitäten. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. Lipase erhöht; ALT erhöht; AST erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Häufig:* Pneumonie. Neutropenie; Thrombozytopenie; Lymphopenie; Leukopenie. Infusionsbed. Reakt. Nebenniereninsuff.; Hypertyreose; Thyreoiditis. Hyponatriämie; Hypokaliämie; Hypokalzämie. Schlaflosigkeit, Schwindelgef.; periphere Neuropathie; Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Pneumonitis. Kolitis; Gastritis; Mundtrockenheit, Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Dermatitis; trock. Haut; Erythem; akneiforme Dermatitis; Alopezie. Arthritis. Nephritis. Grippeähnll. Erkrank.; Schüttelfrost. Amylase erhöht; Bilirubin im Blut erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie. *Gelegentl.:* Eosinophilie, Hypophysitis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Myasthenie-Syndrom. Enzephalitis. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss. Perikarditis. Pankreatitis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoidale Keratose; Vitiligo; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. Nephritis; Hypoparathyreoidismus. Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Dünndarmperforation. TEN; SJS. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. **Zusätzl.:** **Hinw.** zu Abw. b. Laborwerten beachten. **Warnhinw.:** Nicht schütteln. **Hinw.:** Falls im Anwendungsgebiet angegeben, Pat. für e. Behndl. aufgrund der PD-L1-Tumor-Expression bzw. des MSI-H-/dMMR-Tumorstatus, jeweils mittels eines validierten Tests bestätigt, selektieren. Zuverlässige Verhütungsmethode b. Frauen im gebärf. Alter wäh. Behndl. u. bis min. 4 Mon. nach letzter Dosis. **Verschreibungspflichtig.** **Bitte lesen Sie vor Verordnug von KEYTRUDA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München **MSD Infocenter:** Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de **Stand:** 06/2022a (RCN: 000022447-DE)

Aus- und Weiterbildung

# StepOPgyn: ein Modell-Curriculum für die Ausbildung in operativer Gynäkologie

Unvorstellbar, dass ein Pilot ohne Simulatortraining, begleitetes Fliegen und praktische Prüfung eigenständig ein Flugzeug fliegt. In der operativen Medizin existieren derartige standardisierte Trainingsprogramme aber nicht. Vormalis interessierte ÄrztInnen entscheiden sich daher oft gegen eine chirurgische Karriere, wenn sie mit den Herausforderungen des Berufslebens konfrontiert werden. Die Folge: Chirurgische Fächer erleiden einen zunehmenden Ärztemangel.

Insbesondere eine nicht strukturierte und nicht transparente operative Ausbildung führt zu großer Unzufriedenheit. Studienergebnisse lassen vermuten, dass sich das Interesse junger Ärztinnen und Ärzte an einer operativen Karriere erhöht, wenn sie früh im Erwerb chirurgischer Fähigkeiten unterstützt werden.

Auf der anderen Seite erfordern offene abdominale und laparoskopische Operationen ein hohes technisches Können. Die alte Regel „See one, do one, teach one“ ist mit dem allgemeinen Ziel der Reduktion vermeidbarer operativer Komplikationen und möglicher medizinischer und juristischer Spätfolgen nicht zu vereinen. Es erscheint völlig undenkbar, dass ein Pilot ohne Simulatortraining, begleitetes Fliegen und praktische Prüfungen eigenständig ein Flugzeug fliegt. Anders in der Medizin: Weder sind Trainings an Simulatoren Standard in der operativen Ausbildung, noch werden chirurgische Qualifikationen im Rahmen der Ausbildung überprüft. So haben auch Patientinnen keine Möglichkeit, die Fähigkeiten der OperateurInnen einzuschätzen.

Qualitätssicherung und nachhaltige Nachwuchsförderung sind in der Medizin bisher nur

Wissenschaftliche Sitzung  
**OP-Management in der Urogynäkologie**  
 Mittwoch, 12.10.22, 17.00 Uhr  
 Saal 5

vereinzelt etabliert. Studien deuten darauf hin, dass strukturiertes Simulatortraining zu besseren Operationsergebnissen und weniger Komplikationen führt, als ein Erlernen der Fertigkeiten an der Patientin. Technisches und theoretisches Training kombiniert mit regelmäßigem Mentoring ist laut bisherigen Ergebnissen der Schlüssel für eine erfolgreiche Ausbildung. Daher haben wir ein Programm entworfen, das über ein strukturiertes Curriculum in der gynäkologischen Chirurgie die bisherigen Probleme adressieren soll.

### Status quo der operativen Ausbildung

Wir führten eine Umfrage zur Struktur und der Zufriedenheit mit der operativen Ausbildung an deutschen Kliniken durch, an der insgesamt 235 AssistenzärztInnen teilnahmen. Der Frauenanteil lag bei 80% und im Durchschnitt befanden sich die Teilnehmenden im 3,5. Weiterbildungsjahr. Interessanterweise gaben 70% an, bisher weniger als 10 Stunden an Simulatoren trainiert zu haben.

Die AssistenzärztInnen aus dem 4. und 5. Weiterbildungsjahr wurden befragt, welche Operationen durchschnittlich in der Facharztzeit eigenständig durchgeführt werden: Als häufigste laparoskopische OPs wurden diagnostische Laparoskopien angegeben. Technisch anspruchsvollere OPs wie laparoskopische Myomenukleationen und laparoskopische Hysterektomien wurden nur von einem kleinen Teil der Befragten in einer sehr geringen Anzahl operiert.

Die Zufriedenheit mit der Struktur der operativen Ausbildung ist in Abb. 1 gezeigt. Insgesamt sind die Ergebnisse ernüchternd und erfordern dringende eine Optimierung der Struktur.

### StepOPgyn – das Konzept

Mit dem Ziel, die operative Ausbildung zu strukturieren, die Qualität der operativen Ausbildung zu optimieren, die Transparenz zur OP-Einteilung zu erhöhen, die Zufriedenheit der AssistenzärztInnen zu verbessern und die beste operative Versorgung für die Patientinnen zu gewährleisten, wurde ein Operationscurriculum (12 Monate) entwickelt (vgl. Abb. 2). Über drei Stufen wird von einfachen diagnostischen hysteroskopischen und laparoskopischen Eingriffen bis

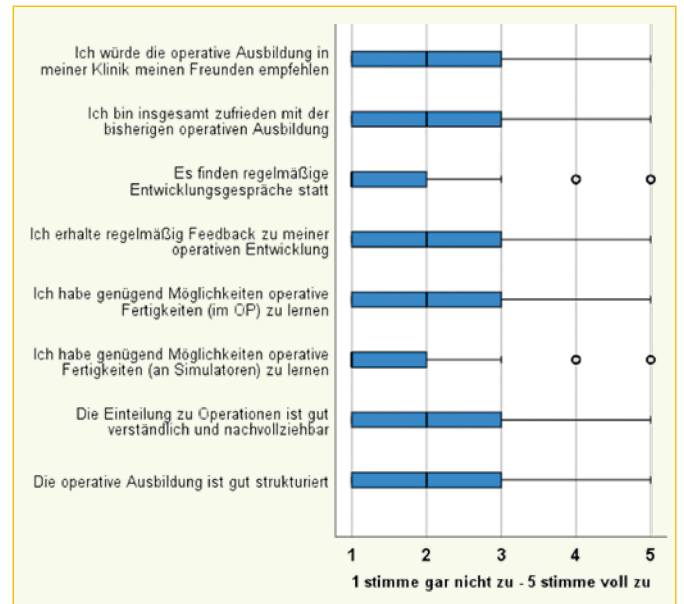


Abb. 1: Die Umfrageergebnisse zur Zufriedenheit mit der operativen Ausbildung zeigen, dass insbesondere das Simulatortraining zu kurz kommt.

zur laparoskopischen Hysterektomie geführt. Dabei besteht jede Stufe aus drei Unterabschnitten: Theoretischer Hintergrund, Operationskunde, Technische Skills.

### Das StepOPgyn-Handbuch

In einem Handbuch sind alle Inhalte zusammengefasst und die individuellen Fortschritte können hier dokumentiert werden. Zu jeder Stufe wurden Checklisten erstellt, die den erfolgreichen Abschluss einer Stufe und die Befähigung zur Durchführung neuer operativer Eingriffe überprüfen. Das ermöglicht eine Selbstkontrolle. Weiterhin werden hier die bisher assistierten und durchgeführten Operationen dokumentiert und Lerninhalte und Hinweise durch die OberärztInnen festgehalten.

Ein Trainingsraum mit einem virtuellen Laparoskopiesimulator und einem Boxtrainer steht den AssistenzärztInnen täglich zur Verfügung. Die Einteilung zu Operationen erfolgt anhand der aktuellen, individuellen Stufe. Regelmäßige Mentoringgespräche unterstützen die Entwicklung. Zur Evaluation des Programms wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt, die durchgeführten OPs werden ausgewertet.

### Plus an Zufriedenheit und operativer Kompetenzen

Das Programm wurde im Juli 2021 eingeführt. Im Gegensatz zu vorherigen Jahren konnten alle von Beginn an teilnehmenden AssistenzärztInnen während ihrer Rotation die Stufe III erreichen und laparoskopische Hysterektomien durchführen. Individuelle Rückmeldungen zeigen eine stark gestiegene Zufriedenheit mit der Transparenz, der Struktur und dem

Lernerfolg. Die operative Ausbildung erfolgte durch das Curriculum unabhängig vom Weiterbildungsjahr. Beeindruckend war das hohe Level an operativen Skills nach Durchführung des Simulatortrainings, was eine schnelle Entwicklung zu technisch anspruchsvollen Operationen ermöglichte. Detaillierte Daten zu den Operationszahlen und der Evaluation werden während des Vortrags präsentiert.

In Phasen, in denen die bereits niedrige Personaldichte durch äußere Umstände wie Corona oder Urlaubszeiten reduziert wurde, war eine stringente Umsetzung des Curriculums nicht möglich.

### Standardisierung der operativen Ausbildung

Über das strukturierte, modulare Curriculum kann nicht nur die operative Ausbildung standardisiert werden. Es ermöglicht eine hohe Transparenz und individuelle Begleitung. Simulatortraining, theoretische Lerninhalte und gezielte Vorbereitung auf die Operationen sind Schlüsselemente einer erfolgreichen und effizienten Ausbildung. Hierdurch soll nicht nur eine höhere Zufriedenheit der AssistenzärztInnen, sondern auch eine optimierte Patientinnenversorgung und Qualitätssicherung der Operationen erreicht werden.

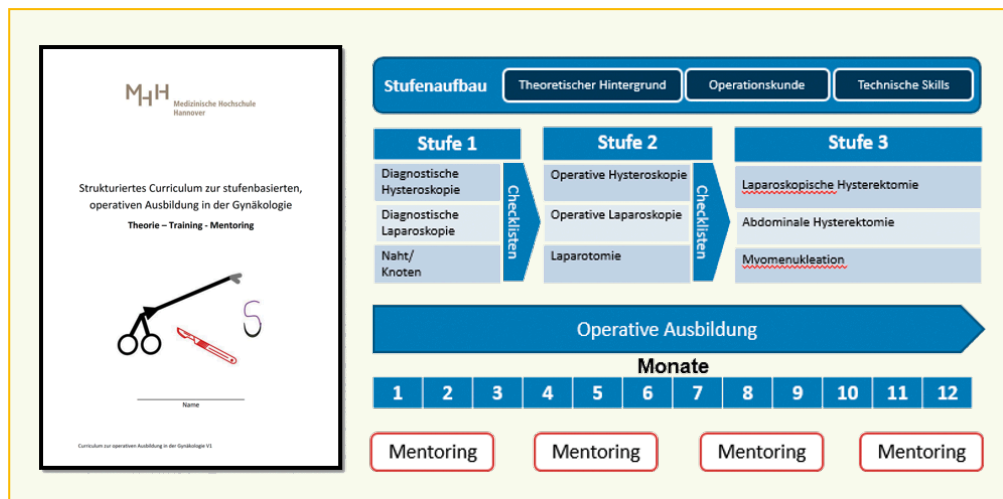


Abb. 2: Aufbau des StepOPgyn Curriculums. Das Programm besteht aus drei Stufen und ist auf 12 Monate angelegt. Jede Stufe enthält die drei Abschnitte „Theoretischer Hintergrund“, „Operationskunde“ und „Technische Skills“. Die durchgeführten OPs werden ausgewertet. Über Checklisten können die AssistenzärztInnen ihre Entwicklung überprüfen. Regelmäßiges Mentoring soll die Entwicklung der operativen Fähigkeiten unterstützen.

**Autor**

**Prof. Dr. Rüdiger Klapdor**  
 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Medizinische Hochschule Hannover  
 Klapdor.Ruediger@mh-hannover.de

Zervixkarzinom

## Fortschritte in der Immuntherapie des Zervixkarzinoms

**Immuntherapeutika kommen auch in der Therapie des Zervixkarzinoms zum Einsatz. Der PDL-1-Inhibitor Pembrolizumab könnte eine vielversprechende Option in der metastasierten Situation sein – das lässt eine randomisierte Phase-3-Studie hoffen.**

Gemäß den aktuellsten Erhebungen des Robert-Koch Instituts erkranken in Deutschland ca. 5.000 Frauen pro Jahr neu an einem Zervixkarzinom. Etwa 20% hiervon werden erst im metastasierten Stadium (FIGO IV) diagnostiziert und sind von daher nicht mehr kurativ behandelbar [1].

Gemäß der aktuellen deutschen S3-Leitlinie wird in solchen Fällen primär eine Chemotherapie bestehend aus einem Platin in Kombination mit einem Taxan oder

auch mit Topotecan empfohlen [2]. Zudem ist seit 2015 Bevacizumab als anti-angiogener Antikörper in Deutschland für Patientinnen mit rezidiviertem oder metastasiertem Zervixkarzinom in der ersten Linie in Kombination mit Cisplatin/Topotecan oder Cisplatin/Paclitaxel zugelassen.

### Checkpoint-Inhibitoren

In den letzten Jahren hat zunehmend der Einsatz von Immuntherapeutika die Systemtherapie bei diversen Malignomen revolutioniert. So war bzw.

ist auch der Einsatz von sogenannten Checkpoint-Inhibitoren eine Option bei metastasiertem Zervixkarzinom – nach Versagen der Primärtherapie – wenn das zelluläre Oberflächen-Molekül PDL-1 („Program-cell-death-ligand 1“) exprimiert wird (Combined-Positive-Score / CPS >1).

### Benefit durch zusätzlichen PDL-1-Inhibitor-Einsatz

Im vergangenen Jahr konnte nun erstmals im Rahmen einer randomisierten Phase-3-Studie sowohl ein

Wissenschaftliche Sitzung  
AGO e.V.  
Kommission Uterus  
Mittwoch, 12.10.22, 12.00 Uhr  
Saal 13a

signifikant verbessertes progressionsfreies Überleben als auch Gesamtüberleben durch den zusätzlichen Einsatz (d.h. zusätzlich zu Chemo- bzw. Antikörpertherapie) des PDL-1-Inhibitors Pembrolizumab bei Patientinnen mit metastasiertem Zervixkarzinom bereits in der Primärsituation nachgewiesen werden [3].

Hierbei zeigte sich sowohl ein Benefit in der Gesamtpopulation der Patientinnen, als auch speziell bei Patientinnen mit einem CPS >1, sodass das mediane Gesamtüberleben zum ersten Mal in einer randomisierten Phase-3-Studie mehr als zwei Jahre betrug.

Diese Daten zur aktuellen Evidenz der Immuntherapeutika beim metastasierten Zervixkarzinom sollen bzgl. ihrer Wirkung, aber auch ihrer Toxizitäten im Rahmen des Vortrags im Detail beleuchtet werden. Auch der Einsatz von Immuntherapeutika in der klinischen Praxis soll kritisch diskutiert werden.

### Literatur beim Autor



**Autor**

**Prof. Dr. Dominik Denschlag**

Gynäkologie und Geburtshilfe  
Brust- und Gynäkologisches Krebszentrum  
Hochtaunuskliniken Bad Homburg  
Dominik.Denschlag@hochtaunuskliniken.de

Assistierte Reproduktion

## Sonne, AMH, ART-Outcome – Licht oder Schatten?

**Aktuelle Hinweise postulieren die Theorie, dass während der Sommermonate ein Vitamin-D3-Speicher generiert wird, um konstante Vitamin-D3-Spiegel während des Jahres, insbesondere während der Wintermonate, aufrecht zu erhalten. Was bedeutet das für die ART?**

Eigene Daten zeigen erstmals quartile Schwankungen der AMH-Werte (Peak August bis Oktober) sowie entsprechenden Einfluss auf eine IVF/ICSI-Behandlung mit dem besten Outcome im Herbst im Hinblick auf Fertilisationsrate, Anzahl gewonnener Oozyten und Stimulationsdauer.

Ursächlich könnten die signifikant unterschiedlichen quartilen D3-Serumkonzentrationen sein. Vor diesem Hintergrund sollte bei anstehender Kinderwunschbehandlung besonderes Augenmerk auf die Vitamin-D3-Serumkonzentration gerichtet werden.

### Vitamin D3

Vitamin D ist ein Steroidhormon, das hauptsächlich von der Haut bei Sonneneinstrahlung gebildet wird. Nur weniger als 20% stammen aus der Nahrung [1]. Es wird hepatisch in 25-Hydroxyvitamin D (25OH-D) umgewandelt und in den Nieren durch die renale 1 $\alpha$ -Hydroxylase in die biologisch aktive Form 1,25-Dihydroxyvitamin-D (1,25(OH) $_2$ -D $_3$ ),

d. h. Calcitriol/Cholecalciferol, transformiert [2].

Zahlreiche Daten bestätigen den Einfluss von D3 (Cholecalciferol) auf verschiedene Aspekte der menschlichen Gesundheit, insbesondere auf die Fruchtbarkeit und die Fortpflanzungsfunktionen [1–3]. Tatsächlich wurden Vitamin-D-Rezeptoren nicht nur in kalziumregulierenden Geweben wie Darm, Skelett und Nebenschilddrüsen, sondern auch in Fortpflanzungsorganen wie Eierstöcken, Gebärmutter, Plazenta, Granulosazellen und Hoden identifiziert [4]. In einer kürzlich publizierten Studie wurde beschrieben, dass ein D3-Mangel mit dem polyzystischen Ovarialsyndrom (PCOS) assoziiert ist [5] und eine D3-Supplementierung Menstruationsprobleme, Dysmenorrhoe und das prämenstruelle Syndrom verbessert [6].

Jüngste Arbeiten zeigten faszinierende Zusammenhänge zwischen Vitamin D $_3$  und reproduktiven Funktionen.

Offenbar betrifft dies auch Rahmenaspekte assistierter reproduktionsmedizinischer Therapien (ART). Obwohl saisonale Schwankungen des sogenannten „Sonnenhormons“ bekannt sind, bleibt diese Tatsache häufig unberücksichtigt.

### Anti-Müller-Hormon (AMH)

Einer der wichtigsten Biomarker, der bei der Follikulogenese eine wichtige Rolle spielt, ist das Anti-Müller-Hormon (AMH). Aktuelle Daten deuten darauf hin, dass der D3-Status ein zusätzlicher Faktor ist, der die AMH-Konzentration beeinflusst [2–9]. Tatsächlich konnte in frühen In-vitro-Studien ein Vitamin-D-Response-Element im AMH-Gen nachgewiesen werden, was eine direkte Auswirkung von Vitamin D auf die AMH-Expression erklärt [7].

Dementsprechend zeigten Untersuchungen, dass D3 die AMH-Produktion über die Aktivierung des Vitamin-D-Response-Elements im AMH-Gen steigern kann [7, 8]. Zudem verdichten sich die Hinweise, dass Veränderungen der AMH-Konzentration durch eine angemessene D3-Supplementierung bei Frauen mit Vitamin-D-Mangel aufgehoben werden können [9].

### Vitamin D $_3$ , AMH und saisonale Schwankungen in Bezug auf ART-Outcome

Aus eigenen Untersuchungen berichteten wir kürzlich über signifikante 3-monatige Schwankungen der D3-Serum-

konzentrationen mit einem Peak im Herbst (August bis Ende Oktober) – und nicht, wie erwartet, in den Sommermonaten [10]. D3 korrelierte zudem hoch signifikant mit B12 ( $p=0,035$ ,  $\rho=1,02$ ) und Folsäure ( $p<0,0001$ ,  $\rho=1,91$ ). Die Ergebnisse postulieren die Theorie, dass während der Sommermonate ein Vitamin-D3-Speicher generiert wird, um konstante Vitamin-D3-Spiegel während des Jahres, insbesondere während der Wintermonate, aufrecht zu erhalten [10].

In weiterführenden Arbeiten analysierten wir die saisonalen Effekte von D3 auf die AMH-Konzentration und die ovarielle Stimulierbarkeit im Rahmen von ART [11]. Dazu wurde bei knapp 500 IVF/ICSI-Patientinnen am Zyklustag 3–5 bei Stimulationsstart die D3-Serumkonzentration gemessen und diese in Bezug auf die saisonalen Quartilen mit der AMH-Konzentration sowie dem Outcome einer ART-Behandlung ausgewertet.

Unsere Daten zeigen erstmals eine 3-monatige Schwankung der AMH-Werte mit einem Peak im Herbst (August bis Oktober) und einem Minimum im Frühling ( $p=0,013$ ) sowie entsprechenden Einfluss auf eine IVF/ICSI-Behandlung mit dem besten Outcome im Herbst im Hinblick auf Fertilisationsrate und Anzahl gewonnener Oozyten. Dem entsprachen auch

Wissenschaftliche Sitzung  
Maternales und perinatales Outcome nach ART I  
Donnerstag, 13.10.22,  
11.30 Uhr, Saal 13a

signifikant kürzere Stimulationsintervalle ( $p=0,044$ ) als mögliche Auswirkung der signifikant unterschiedlichen quartilen D3-Serumkonzentrationen.

Während zwischen August und Oktober die Fertilisationsraten signifikant höher waren ( $p=0,05$ ) und ein Trend zu höheren Zahlen von Cumulus-Oozyten-Komplexen zu finden war ( $p=0,07$ ), fanden sich keine Unterschiede für die Anzahl an gewonnenen reifen MII-Oozyten ( $p=0,3$ ) sowie der Schwangerschaftsraten ( $p=0,7$ ) [11]. Zu beachten ist, dass scheinbar die Aufnahme von Folsäure und Vitamin B12 über den Vitamin-D-Rezeptor und Vitamin D $_3$  beeinflusst werden kann [10].

### Literatur bei der Autorin



**Autorin**

**Prof. Dr. Nina Rogenhofer**

Hormon- und Kinderwunschzentrum, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Klinikum der Universität München  
Nina.Rogenhofer@med.uni-muenchen.de

Schwangerenbetreuung

## Musik und kreative Tätigkeiten stärken die psychische Gesundheit nachhaltig

Epigenetische Forschungen belegen, dass kumulativer Stress an nachfolgende Generationen weitergegeben wird und dass das zu gesundheitlichen Einschränkungen führt. Werdende Mütter erfahren durch die Belastungen unserer Zeit zunehmend Stress und Ängste. Für die psychische Gesundheit von Frauen und der nachfolgenden Generationen ist es daher von großer Wichtigkeit, in die Schwangerenbetreuung Elemente der Stress-Intervention zu integrieren. Ein Pilotprojekt ist die Studie „Kreative Interventionen zur maternalen Stressresistenz und Förderung der Nachkommen: ein Projekt der Clara Angela Foundation mit der Stiftung der Berliner Philharmoniker“.

Die Sustainable Development Goals thematisieren die Prävention mentaler Erkrankungen als wichtiges globales Zukunftsziel. Angst, Stress und Depression während der Schwangerschaft schränken die morphologische und funktionelle Entwicklung fetaler Hirnareale ein. Untersuchungen über individuelle und gesellschaftliche Auswirkungen sind Bestandteil des Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD)-Modells. Kumulativer Stress kann über Generationen weitergegeben werden.

Leider hat eine Übersetzung dieser Erkenntnisse in die Köpfe derer, die für die Betreuung von Schwangeren zuständig sind und Diagnose und Gegenmaßnahmen in das tatsächliche Leben indizieren könnten, noch kaum stattgefunden, obwohl Risikofaktoren weltweit zunehmen: Klimakrise, Corona-Pandemie, Flucht und Vertreibung, aber auch Schwangerschaftskomplikationen und soziale Belastungen verursachen zunehmend Stress und Ängste werdender Mütter.

Die Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung und mit geringer Ausschüttung von Stresshormonen zu überstehen (Stress-Resilienz) wird durch positive Emotionen gefördert. Die Fähigkeit, auf Musik, Literatur und Kunst ergriffen zu reagieren, ist mit erhöhter Stress-Resilienz verbunden.

### Studie erforscht Wirkung kreativer Interventionen

Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Berliner Ärztekammer genehmigt. Von August bis September 2021 erfolgte die Rekrutierung von freiwilligen Schwangeren im 1. Trimenon via Arztpraxen, öffentlichen Medien, Website ([creativity.parents-to-be.info](http://creativity.parents-to-be.info)) und persönlicher Aufklärung. Die Altersverteilung der 71

**Wissenschaftliche Sitzung  
Aktuelle Aspekte  
Integrativer Medizin  
in der Geburtshilfe**  
Mittwoch, 12.10.22, 17.05 Uhr  
Saal 3

angemeldeten Schwangeren betrug 26–48, im Mittel 33,9 Jahre, davon waren 66% Primigravidae. Zum Drop-out aus der Studie kam es durch Fehlgeburten (4), Umzug (2), Berufsstress (4) sowie unzureichende Impfbereitschaft (18).

### Reduzieren Musik und Kreativität messbar Stress?

Die finale Studiengruppe umfasste 41 Schwangere, die vom 1. Trimenon bis nach der Geburt in kleinen Gruppen an den verschiedenen Workshops wie Modellieren, Kreativ-Schreiben, Singen, Tanzen sowie an regelmäßig nur für Schwangere gestalteten Konzerten im 4-Wochen-Rhythmus teilnahmen. Zusätzlich erhielten alle Schwangere eine CD mit Musik von Mozart zur Entspannung zu Hause.

Vor und nach den Konzerten bzw. Workshops wurde immer jeweils ein „Positive and Negative Affect Schedule“ (PASAS)-Test über Mobiltelefone der Schwangeren erhoben, vor und nach ausgewählten Konzerten/Kursen wurde auch die maternale Herzfrequenzvariabilität (MHFV) mittels BIOZOOM über die Handflächen ermittelt sowie das mütterliche Cortisol über Mundabstrich bestimmt. Validierte Fragebögen zu Angst, Stress und Depression

wurden in den Intervallen zwischen Interventionen erhoben. Alle Daten wurden anonym gemeinsam mit den Geburtsdaten gespeichert. Statistische Unterschiede wurden mithilfe des Wilcoxon- bzw. t-Tests durchgeführt.

### Studienergebnisse

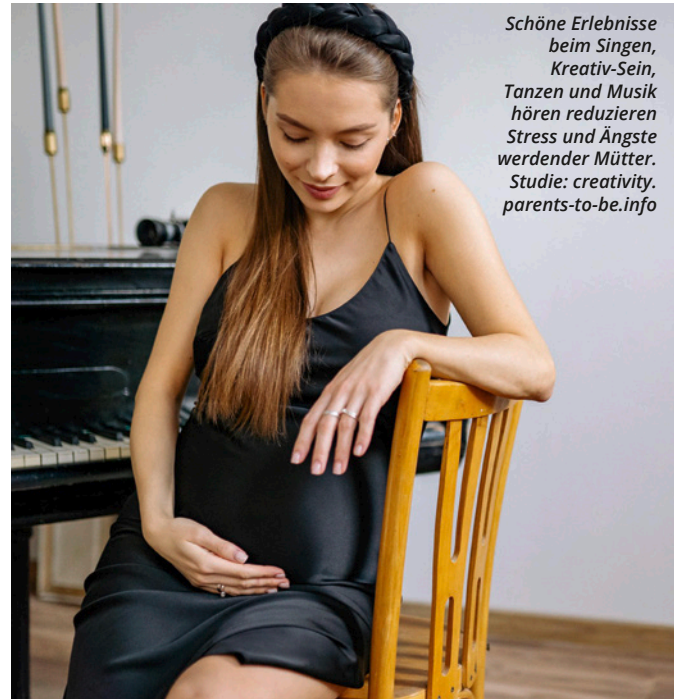
- Die negative Affektivität sank nach allen kreativen Interventionen signifikant ab ( $p < 0,001$ ), am deutlichsten war dies nach den Sing-Workshops erkennbar. Die positive Affektivität stieg nach allen Interventionen signifikant an ( $p < 0,001$ ), am deutlichsten ebenso nach Sing-Workshops.
- Wir analysierten auch die Reaktionen auf verschiedene Konzerte. Die stärksten Veränderungen der Affektivität wurde nach Flöten- und Harfen-Musik und nach Musik von Backcock-Komponisten und Mozart angegeben.
- Die MHFV stieg signifikant an nach Konzerten und Kursen.
- Die Cortisol-Spiegel sanken im Mittel signifikant nach Konzerten ab.
- Bei offenen Fragen entschieden die meisten Schwangeren, dass die Empathie des Forschungsteams zur kontinuierlichen Teilnahme und die positive Gruppenerfahrung am stärksten zusätzlich motivierten. Daneben waren es die Austragungsstätten und die subjektiven Entspannungs- und Glücksgefühle während der Workshops/Konzerte.

Noch ausgewertet werden Haar- und Plazentaprobe so-

### Wir bitten um Ihre kollegiale Mitwirkung im Raum Berlin!

Für den 2. Teil des Projekts suchen wir Schwangere in der 12.–16. SSW mit Anamnese von Früh- oder Totgeburt bzw. IVF. Bitte empfehlen Sie eine Teilnahme und bitten Sie Ihre Patientinnen, sich vor dem 3.12.2022 anzumelden.

**Information/Anmeldung: [creativity.parents-to-be.info](http://creativity.parents-to-be.info)**



*Schöne Erlebnisse beim Singen, Kreativ-Sein, Tanzen und Musik hören reduzieren Stress und Ängste werdender Mütter. Studie: creativity.parents-to-be.info*

wie Nabelschnurblut und die zahlreichen Untersuchungen validierter Fragebögen bis zum Alter der Kinder von zwei Jahren. Langfristig sollen die Ergebnisse mit Werten einer Basis kohorte verglichen werden.

In den nächsten Jahren wollen wir uns gern Interventionen bei ausgesuchten Risikogruppen widmen. Hierzu wäre eine aktivere Integration interessierter KollegInnen dienlich.

### Zukunftsaspekte

Epigenetische Prozesse übertragen Stressfaktoren durch Veränderungen der Genexpression. Bei trächtigen Mäusen wurde nachgewiesen, dass eine Bereicherung der Umgebung („environmental enrichment“) im Gehirn der Feten eine Zellmigration im Temporallappen, eine Zellproliferation im Hippocampus und frühere Augenöffnungen auslöst. Erfahrungen früherer Generation können das Verhalten der Nachkommenschaft beeinflussen. Daher ist es so wichtig, zu wissen, wie eine verbesserte Stress-Resilienz Risiken vorzeitigen Alterns, chronischer Erkrankungen und neuromotorischer Störungen entgegenwirken kann.

Im Tierexperiment reagieren weibliche Tiere intensiver auf soziale/sensuelle Interventionen durch die Sekretion von Oxytocin, das soziale Bindungen fördert. Stress vermindert und biologische Alterungsprozesse verzögert. So können kreative und soziale Interventionen in der frühen Gravidität auch beim Menschen die psychische und kognitive Entwicklung bis ins Erwachsenenalter fördern. Bei einer Einteilung von Schwanger-

schaften nach mütterlichem Stresslevel hatten Neugeborene von Schwangeren mit positiver Einstellung und schönen Erlebnissen in der Schwangerschaft bereits die längsten Telomere im Nabelschnurblut.

Unsere aktuellen und noch geplanten Untersuchungen sollen nicht nur die pathophysiologischen Prozesse transparenter machen, sondern auch die Bedeutung eines routinemäßigen Screenings für mentale Belastungen bei Schwangeren als politische Botschaft unterstreichen, um dann kosteneffiziente Maßnahmen für nachfolgende Generation zu ergreifen. Die weltweiten Krisen erhöhen dabei die sozialpolitische Motivation.

### Literatur bei den AutorInnen



### AutorInnen

**Prof. Dr. Birgit Arabin**

Clara Angela Foundation  
Charité – Universitätsmedizin  
Berlin  
[bine.clara.angela@gmail.com](mailto:bine.clara.angela@gmail.com)

### Co-AutorInnen

Birgit Arabin<sup>1,2</sup>, Sonja Entringer<sup>1,2</sup>, Elisabeth Schalinski<sup>1</sup>, Thorsten Braun<sup>1,2</sup>, Lars Hellmeyer<sup>1,3</sup>, Christoph Bühner<sup>1,2</sup>, Raimar Orlovsky<sup>1,4</sup>, Katia Frei<sup>2</sup>, Susanne Kuster<sup>2</sup>, Johanna Maul<sup>1</sup>, Gerlinde Metz<sup>1,5</sup>, Olaf Hars<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clara Angela Foundation, Berlin  
<sup>2</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin  
<sup>3</sup> Vivantes Friedrichshain, Berlin  
<sup>4</sup> Educational Department Berliner Philharmoniker  
<sup>5</sup> Canadian Centre for Behavioural Neuroscience Lethbridge, Canada



Beim HR+/HER2- lokal fortgeschrittenen  
oder metastasierten Mammakarzinom<sup>1</sup>

# Starke Wirksamkeit, die sich mit dem Leben verträgt<sup>2-5</sup>

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

**IBRANCE<sup>®</sup> in der Erstlinie<sup>1</sup>**

**STARK – über 2 Jahre  
mPFS in der Erstlinie<sup>2,\$</sup>**

**EINFACH – 1 Tablette täglich,  
unabhängig von den Mahlzeiten<sup>1,#</sup>**


**LEBENSWEIT – hohe  
Patientinnenzufriedenheit<sup>6,\$</sup>  
und Erhalt der Lebensqualität<sup>4</sup>**

Mehr Informationen finden Sie unter [www.ibrance.de](http://www.ibrance.de)

**REFERENZEN:** **1.** Fachinformation IBRANCE<sup>®</sup>, 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<sup>®</sup> in Kombination mit einem AI oder Fulvestrant eingenommen haben.

**IBRANCE<sup>®</sup> 75 mg Filmtabletten; IBRANCE<sup>®</sup> 100 mg Filmtabletten; IBRANCE<sup>®</sup> 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 H<sub>2</sub>O (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. erhalten. 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, Hämatokrit 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.

Internationale Frauengesundheit

## Versorgung Schwangerer mit FGM in Deutschland

**In Deutschland leben schätzungsweise 80.000 Frauen und Mädchen, die von FGM/C betroffen sind. Möglich also, im gynäkologischen Alltag auf eine FGM-Patientin zu treffen. Mangels Wissen fällt der Umgang mit dem Thema äußerst schwer. Das Team vom FGM-Zentrum Freiburg widmet sich insbesondere der Versorgung von Schwangeren mit FGM und initiierte ein modulares Fortbildungsprogramm – der Fortbildungsbedarf ist groß.**

Das Thema Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C, weibliche Genitalverstümmelung) erhält in der letzten Zeit in der medizinischen Fachwelt erfreulicherweise immer mehr Aufmerksamkeit. Weltweit wird nach WHO eine Prävalenz von ca. 200 Mio. betroffenen Mädchen und Frauen geschätzt. In Deutschland und Europa nehmen die Zahlen in den letzten Jahren durch Migrationsbewegungen stetig zu – aktuell wird eine Prävalenz hierzulande von rund 80.000 Betroffenen angenommen.

In Deutschland gibt es nur sehr wenige Zentren, die mit hoher Expertise und ausreichend hohen Fallzahlen Patientinnen mit FGM/C behandeln. Von NGO's geführte regionale und nationale ÄrztInnenlisten existieren, jedoch ist die aufgeführte Anzahl der ÄrztInnen, die angeben eine Wissens- und Behandlungskompetenz zu FGM/C zu haben, sehr niedrig.

### Wissensmangel erschwert es, das Thema anzugehen

Ein großes Problem in Deutschland ist die bis dato fehlende strukturierte Wissensvermittlung zum Thema FGM/C im Medizinstudium und in der Weiterbildung für Gynäkologie und Geburtshilfe. Der entsprechende Wissensmangel führt oftmals zu

einem Übersehen und Nicht-Ansprechen von FGM/C. Somit ist eine konsequente Erfassung der Diagnose FGM/C (ICD-10-Code Z91.70-74) nicht gewährleistet und Auswertungen der Codierungen sind nicht repräsentativ für das tatsächliche Vorkommen in Deutschland.

**Wissenschaftliche Sitzung Internationale Mutter-Kind-Gesundheit – Für starke Frauen, Kinder und Familien**  
Mittwoch, 12.10.22, 12.00 Uhr Saal 3

Auch wenn in den neuen Weiterbildungsordnungen zu Gynäkologie/Geburtshilfe nun kognitive und Methodenkompetenzen zum Bereich FGM/C gefordert werden, bleibt weiterhin unklar, wie und von wem die strukturierte Wissensvermittlung erfolgen soll.

### Unklarheit bei operativen Fragen, Schwangerenbetreuung und Geburt

Oftmals besteht Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen insbesondere bei speziellen operativen Fragestellungen. Das Gleiche gilt für den Bereich der Schwangerenbetreuung und Geburtsplanung bei Frauen mit FGM/C.

Zwar wurde kürzlich die S2k-Leitlinie zu rekonstruktiven und ästhetischen Operationen am weiblichen Genitale veröf-

fentlicht, die Standards zur Rekonstruktion nach FGM/C beinhaltet – jedoch fehlen uns bis heute Leitlinienempfehlungen zur umfassenden Betreuung und Behandlung von Betroffenen, die neben medizinischen Empfehlungen auch soziokulturelle, psychologische und rechtliche Aspekte miteinbeziehen.

### Regionale Erhebung zum Wissensstand zu FGM/C

Wir haben uns aufgrund der o.g. Problematik die Frage gestellt, wie groß der Wissensstand und der Fortbildungsbedarf zu FGM/C unter niedergelassene FrauenärztInnen, KlinikärztInnen, Hebammen und Pflegenden in der Gynäkologie und Geburtshilfe in der Region Südbaden sind. Anhand der Ergebnisse sollte ein verbessertes Lehr- und Fortbildungscurriculum erarbeitet werden.

Der Fragebogen wurde von insgesamt 148 Personen vollständig beantwortet. Davon waren 34,5% ÄrztInnen, 43,2% Hebammen und 18,2% Pflegekräfte. Von den Befragten arbeiteten 69,8% in einer Klinik und 18,8% in einer Praxis.

80,7% der Befragten hatten noch nie eine Fortbildung zum Thema FGM besucht und 70% bzw. 78% gaben an, weder die FGM/C-Prävalenz weltweit noch in Deutschland zu kennen. Nur knapp ein Drittel der Befragten wusste, dass 4 FGM-Typen nach WHO-Klassifikation existieren. Über die Hälfte der Befragten (64%) wusste nicht, dass ein ICD-10-Code zu FGM existiert. Nur 7,4% der Befragten gaben an, das Thema FGM/C systematisch anzusprechen, wenn sich eine Patientin aus einem Prävalenzland vorstellt. Fast alle Befragten (94%) fanden es sinnvoll/nötig, dass FGM/C in die Aus- und Weiterbildungscurricula von Gesundheitspersonal aufgenommen wird und Fortbildungen angeboten werden (vgl. Abb.).

### Großes Bedürfnis, Kompetenz im Umgang mit FGM zu erwerben

Zusammenfassend zeigt die Befragung die Wissenslücken unter Gesundheitspersonal im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe beim vielschichtigen Themengebiet FGM/C auf. Dies betrifft ÄrztInnen wie Hebammen und Pflegepersonal. Es besteht ein großer Bedarf an Aus- und Fortbildung zu dem Thema. Schwierigkeiten scheinen vor

### Schwangere mit FGM/C – das Wichtigste in Kürze

FGM/C kommt weltweit und auch in Deutschland durch Migrationsströme immer häufiger vor. Nach WHO werden vier FGM/C-Typen unterschieden, die zum Teil auch leicht übersehen werden können. Bei Patientinnen mit Herkunft aus einem Prävalenzland sollte an FGM/C gedacht werden und das Thema respektvoll und kultursensibel angesprochen werden. Die kontextabhängige Begriffsverwendung vermeidet Wertung und Stigmatisierung der Betroffenen. Insbesondere GynäkologInnen sollten hierzu ausreichend ausgebildet sein.

FGM/C verursacht vielfältige akute und Langzeitfolgen und insbesondere Typ III (Infibulation) kann schwere Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt nach sich ziehen. Die rechtzeitige Planung einer Eröffnungsoperation (Defibulation) – idealerweise vor Eintritt einer Schwangerschaft oder dann vorzugsweise im 2. Trimenon – sollte beachtet werden. Die Operation kann auch intrapartal erfolgen. Die Operationsschritte, Komplikationen und Anästhesieformen sollten Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung sein.

Ein wesentlicher Faktor für die Akzeptanz der OP und die Prävention sind ausführliche Aufklärungsgespräche mit der Patientin bzw. der Familie vor dem Eingriff. FGM/C ist keine Indikation für eine Sectio Caesarea.

Prinzipiell sollte jede Patientin, die unter den Folgen von FGM/C körperlich und/oder seelisch leidet, über die Option rekonstruierender Verfahren der Klitoris und/oder Vulva informiert und Zentren mit Expertise zugeführt werden.

FGM/C und auch die Re-Infibulation stellt als geschlechtsspezifische Gewalt eine Menschenrechtsverletzung dar und gilt in Deutschland als schwere Körperverletzung. Essentiell für die Verbesserung der Versorgung von Betroffenen und Prävention sind neben strukturierter Wissensvermittlung die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit und das Erwerben transkultureller Kompetenzen.

allem auch beim Ansprechen des Themas zu bestehen.

### Aufnahme in die studentische Lehre und Modellprojekt FGM-School

Um diesen Bedarf zu decken, haben wir in der Universitätsfrauenklinik Freiburg das Thema FGM/C fest in die studentische Lehre integriert und bieten intern und vor allem auch extern regelmäßig Fortbildungen zu FGM/C für medizinisches Fachpersonal an.

Die großen nachgewiesenen Wissenslücken haben uns dazu bewegt, ein modulares Fortbildungsprogramm aufzubauen, welches erstmals im Form einer FGM-School im Oktober 2021 im Rahmen der 26. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft FIDE e.V. (AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit) virtuell mit großer Resonanz stattgefunden hat.

Die Module deckten die folgenden Themengebiete ab: 1. Soziokulturelle Hintergründe und Epidemiologie von FGM/C, 2. Medizinische Versorgung (Anatomie, FGM/C-Formen, gesundheitliche Folgen, operative Therapiemethoden – Defibulation und Rekonstruktion, Falltraining), 3. Psychologische Dimensionen von FGM/C, 4. Rechtliche Aspekte (Asylrecht, Kinderschutz) und Prävention.

Ebenso haben wir mit FGM-Expertinnen aus München im Rahmen einer narrativen Literaturrecherche den aktuellen Wissensstand zu FGM und

insbesondere die spezielle Versorgung von schwangeren Frauen mit FGM/C in einem CME-Artikel zusammengetragen („Female Genital Mutilation in Deutschland: erkennen und behandeln“, Frauenheilkunde Up2Date 2022; 16: 305-326, Thieme. DOI: 10.1055/a-1631-3677).

### Praxisbeispiele für die Versorgung bei FGM/C

FGM/C ist ein vielschichtiger Themenkomplex, bei dem weiterhin unter Gesundheitspersonal und insbesondere unter GynäkologInnen viel Unwissenheit und Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen besteht. Der Vortrag zeigt die Daten einer regionalen Erhebung zu Wissensstand und Fortbildungsbedarf zu FGM/C und demonstriert gleichzeitig anhand von Praxisbeispielen, wie die Versorgung von Patientinnen, insbesondere Schwangeren mit FGM/C, erfolgen sollte.

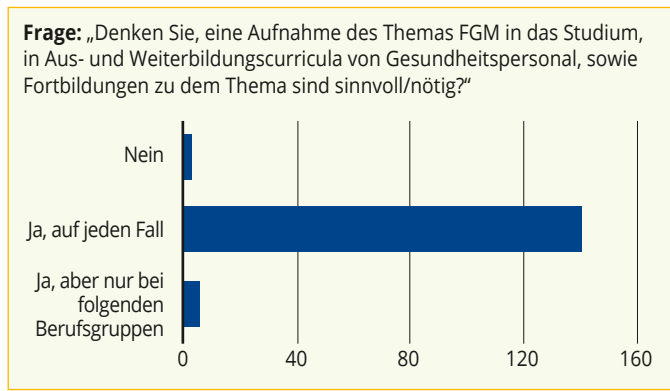
Ein strukturiertes Aus- und Weiterbildungscurriculum zu FGM/C sollte in Deutschland etabliert werden, um den Anforderungen einer qualitativ guten Versorgung von Betroffenen gerecht zu werden. Die AG FIDE e.V. unterstützt dies.



**Autorin**

**Dr. Maryam En-Nosse**

FGM-Zentrum  
Klinik für Frauenheilkunde  
Universitätsklinikum Freiburg  
maryam.en-nosse@uniklinik-freiburg.de



Umfrage: Über 50% der 148 befragten Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte war nicht bekannt, dass ein ICD-10-Code zu FGM existiert. 94% wünschten sich die Aufnahme des Themas in Aus- und Weiterbildung.

Ärztliche Ethik

## Wie können wir mit der Situation unerträglichen Leidens umgehen?

Im klinischen Alltag lässt sich nicht immer das Ziel erreichen, die Gesundheit der Patientinnen und Patienten wiederherzustellen oder ihr Leiden erträglich zu gestalten. Unerträgliches Leiden gehört zu den Grenzsituationen, mit denen sich die Arztethik auseinandersetzen hat. Vier Perspektiven sind dabei wesentlich.

1. Den Vorrang besitzt die Patientenperspektive. Was unter „unerträglichem Leiden“ zu verstehen ist, hängt von der Einschätzung der Betroffenen ab. Dies ergibt sich aus ihrem Grundrecht auf Selbstbestimmung. Darüber hinaus können sie sich auf ihr Recht auf Gesundheitsschutz berufen, dem zufolge Menschen Anspruch auf die bestmögliche medizinische Versorgung in ihrer konkreten individuellen Lebenslage haben. Für schwer Leidende resultiert hieraus ihr Anrecht auf Schmerztherapie und auf palliative Begleitung. Aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts können sie verlangen, dass man auf weitere Therapien verzichtet, sie sterben lässt oder ihnen Suizidhilfe gewährt.

### Wie ist die Rechtslage?

2. Die juristische Perspektive ist ein wichtiger Kontextfaktor. Rechtlich ist inzwischen klar-

gestellt, dass für Grenzsituationen der Wille der Patientinnen und Patienten den Ausschlag gibt. Daher sind korrekt abgefasste Patientenverfügungen, die den Behandlungsabbruch verlangen, für eine Klinik verbindlich. Vorstellbar ist, dass PatientInnen in seltenen Fällen wünschen, ihrem Leiden durch Selbsttötung ein Ende zu setzen, sodass sie Suizidhilfe erbitten. Ein solcher eigenverantworteter Wunsch ist zu respektieren. Die Betroffenen haben das Recht, auch in einer Klinik von Ärzten, die zur Suizidhilfe bereit sind, oder von Sterbehilfeorganisationen begleitet zu werden.

Zur Suizidhilfe zeichnet sich aktuell jedoch eine Problematik ab, die aufgearbeitet werden muss. Zur Regelung der Suizidbeihilfe liegen dem Deutschen Bundestag zurzeit drei Gesetzentwürfe vor. Als

aussichtsreich gilt der Gesetzentwurf der Abgeordneten Castellucci u.a., der sich sehr eng an das vom Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 für nichtig erklärte Verbot der Suizidhilfe in § 217 StGB anlehnt. Der Entwurf lässt Suizidhilfe zwar im Einzelfall zu, stellt sie grundsätzlich aber unter Strafe. Dies ist kritisch zu kommentieren. Nach deutscher Rechtsdogmatik bedeutet Strafe ein „sozialethisches Unwerturteil“. Es wäre ein Rückschritt, wenn der Bundestag ein Strafgesetz beschlösse, das den Eindruck erweckt, angesichts von schwerem Leiden seien Suizid und Suizidhilfe moralisch fragwürdig.

### Begleitung und wahrheitsgemäße Information

3. Die ärztliche Perspektive auf unerträgliches Leiden hat sich kulturell verändert. Die Ärzteschule des Hippokrates

Wissenschaftliche Sitzung  
Wünsche und Bedürfnisse  
am Lebensende  
Mittwoch, 12.10.22, 13.45 Uhr  
Saal 22

sah vor, dass Ärzte Schwerstkranke und Sterbende verlassen. Demgegenüber betont die Medizinethik seit der Aufklärung, dass Ärzte Leidende und Sterbende begleiten sollen. Zugleich hob die Aufklärungsethik die ethische Wahrheitspflicht hervor.

Heute gilt ethisch und rechtlich, dass Ärzte den PatientInnen den Befund und die Prognose wahrheitsgemäß mitzuteilen haben. Um psychische Belastungen zu reduzieren, ist zu bedenken, in welcher Form dies erfolgen soll. Unter Umständen kann eine vorherige „prognosis declaration“ hilfreich sein: Arzt und Patient vereinbaren vorab, ob die Einschätzung des Befunds und die Prognose stets vollumfänglich mitgeteilt werden soll, oder ob z.B. eine Vertrauensperson von vornherein einbezogen wird.

4. Anthropologisch-existenzienzielle Perspektive: An unerträglichem Leiden drohen Menschen zu verzweifeln. Existenzphilosophisch ist her-

ausgearbeitet worden, dass menschliches Sein auf Hoffnung angewiesen ist. Daher sollte die ärztliche Mitteilung der Wahrheit so geschehen, dass Hoffnung offengehalten wird.

### Hoffnung ist existenziell

Die „große“ Hoffnung, die in der Vergangenheit religiös gelehrt wurde – Weiterleben nach dem Tod –, ist verblasst. Jedoch können bei medizinisch aussichtslosem Leiden „kleine“ existenzielle Hoffnungen wachgehalten werden, die situations- und gegenwartsbezogen sind, u.a. die Zusage mitmenschlicher Begleitung. Es hängt vom jeweiligen Einzelfall und von den Umständen ab, wie Menschen bei unerträglich gewordenem Leiden für ihre verbleibende Lebenszeit existenzielle Hoffnungszeichen nahegebracht werden können.



Autor

Prof. Dr.  
Hartmut Kreß

Abt. Sozialethik  
Evangelisch-Theologische Fakultät  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-  
Universität Bonn  
hkress@uni-bonn.de

## Zahlreiche hochwertige Abstracts für den 64. DGGG-Kongress

Insgesamt wurden im Rahmen des aktuellen Kongresses fast 650 Abstracts zu wichtigen klinischen und grundlagenwissenschaftlichen Fragestellungen der Gynäkologie und Geburtshilfe zur Begutachtung eingereicht. Unter der bewährten Koordination von Prof. Dr. Matthias W. Beckmann (Erlangen) wurden die Vorschläge von 48 GutachterInnen online nach standardisierten Kriterien bewertet. So wurde jedes Abstract akribisch begutachtet und mit Punkten versehen. Auf Basis der Bewertung erfolgte dann die Aus-

wahl zur Präsentation. Über dieses Verfahren konnte ein vielseitiges Programm unter Berücksichtigung aller Aspekte unseres Fachs zusammengestellt werden. 70 besonders relevante Beiträge wurden für freie Vorträge im Rahmen thematisch passender wissenschaftlicher Sitzungen ausgewählt. Wir freuen uns bereits sehr auf die Präsentation!

Auf diesem Wege nochmals ganz herzlichen Dank an alle beteiligten GutachterInnen für deren Einsatz und

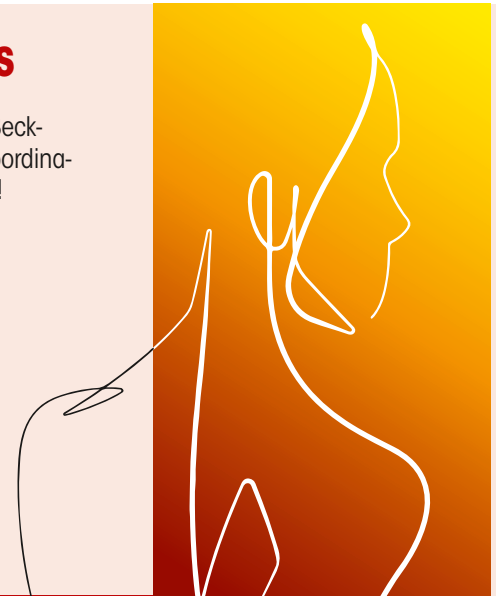
vor allem an Prof. Matthias W. Beckmann für die hervorragende Koordination des Bewertungsverfahrens!

Prof. Dr. Anton J. Scharl  
Präsident der DGGG e.V.

Prof. Dr. Marion Kiechle  
Kongresspräsidentin

Prof. Dr. Stephanie Wallwiener  
Co-Kongresspräsidentin

Prof. Dr. Wolfgang Würfel  
Co-Kongresspräsident



### Gutachterinnen und Gutachter

Prof. Dr. Christian **Bamberg**  
Prof. Dr. Dirk **Bauerschlag**  
Prof. Dr. Richard **Berger**  
PD Dr. Michaela **Bossart**  
Prof. Dr. Elena Ioana **Braicu**  
PD Dr. Stefanie **Burghaus**  
Prof. Dr. Nina **Ditsch**  
Prof. Dr. Ralf **Dittrich**  
Prof. Dr. Christian **Enzensberger**  
Prof. Dr. Florian **Faschingbauer**  
Dr. Claudia **Gassner**  
Prof. Dr. Ariane **Germeyer**

Dr. Maren **Goeckenjan**  
Prof. Dr. Tanja **Groten**  
Prof. Dr. Andreas **Hartkopf**  
PD Dr. Sebastian **Häusler**  
Prof. Dr. Jörg **Heil**  
PD Dr. Alexander **Hein**  
PD Dr. Thomas **Hildebrandt**  
Prof. Dr. Markus **Hoopmann**  
PD Dr. Elisabeth C. **Inwald**  
Prof. Dr. Sven **Kehl**  
Prof. Dr. Rüdiger **Klapdor**  
Prof. Dr. Maximilian **Klar**

Prof. Dr. Cornelia **Kolberg-Liedtke**  
Prof. Dr. Angela **Königer**  
Prof. Dr. Sherko **Kümmel**  
Prof. Dr. Holger **Maul**  
PD Dr. habil. Anke **Mothes**  
Prof. Dr. Volkmar **Müller**  
Prof. Dr. Patricia G. **Oppelt**  
Prof. Dr. Ulrich **Pecks**  
Prof. Dr. Gohar **Rahimi**  
Dr. Monika **Rehn**  
Prof. Dr. Stefan P. **Renner**  
Prof. Dr. Nina **Rogenhofer**

Prof. Dr. Georg Walter **Sauer**  
Prof. Dr. Sven **Schiermeier**  
PD Dr. Dietmar **Schlembach**  
Prof. Dr. Ralf **Schmitz**  
Prof. Dr. Dr. Johannes Ullrich **Schwarzer**  
Prof. Dr. Vanadin **Seifert-Klauss**  
PD Dr. Stephan **Seitz**  
Prof. Dr. Florin-Andrei **Taran**  
Prof. Dr. Constantin **von Kaisenberg**  
Prof. Dr. Markus **Wallwiener**  
Prof. Dr. Jan **Weichert**  
Prof. Dr. Linn **Wölber**

# Qlaira®

Jenapharm   
Liebe. Leben. Gesundheit.



Natürlich  
Wohlfühlen

## Ihre Lieblingspille für Neu-Einstellungen?

- Die Pille mit Wirkung des natürlichen Estradiols<sup>1</sup> und des weltweit anerkannten Gestagens Dienogest
- Kardiovaskuläre<sup>2\*</sup> und kontrazeptive<sup>3\*</sup> 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 H<sub>2</sub>O (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, Uteruskämpfe, uterine/vaginale Blutungen (einschl. 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 Refluxerkrank., 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 Sympt. 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.