

# DGGGG 2022

# 4

Post-Kongress-  
Ausgabe

# Kongress

# Journal

Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2022



Glücklich über den guten Verlauf: Die KongresspräsidentInnen und der neue Past-Präsident der DGGG

## Mit 5.000 Besuchern ein voller Erfolg

**Vier ereignisreiche Kongresstage mit TeilnehmerInnenzahlen wie vor Corona – der Rückblick in der Abschlussveranstaltung zeigt: Die DGGG e.V. ist eine lebendige Gemeinschaft, und das Engagement hat sich gelohnt.**

Kongresspräsidentin Prof. Marion Kiechle blickte zurück auf ihre inhaltlichen Highlights im Schwerpunkt operative Gynäkologie und Onkologie: den Fokus auf rekonstruktive Chirurgie und Innovationen bei der intraoperativen Schnitttrandbestimmung. Kiechle betonte die Notwendigkeit globaler Zusammenarbeit. Schritte in diese Richtung würden gegangen durch die Sitzung „Global Women's Health“ und die geplante Gründung einer entsprechenden Kommission der DGGG e.V.. Dem Kongress-Team der DGGG e.V. und der Kongressorganisation KelCon dankte Kiechle für deren „Rundum-sorglos-Paket“. Ein großer Dank ging auch an ihre Co-Kongresspräsidentin Prof. Stephanie Wallwiener und ihren Co-Kongresspräsidenten Prof. Wolfgang Würfel. Die Präsidentschaft zu teilen, war ein Novum. Für Marion Kiechle ist klar: „Nur gemeinsam war es möglich, den Kongress auf die Beine zu stellen.“

Prof. Stephanie Wallwiener drückte ihre Freude darüber aus, dass der Kongress endlich wieder die Möglichkeit zum persönlichen Austausch gegeben habe und dieser Austausch auch schnell wieder in Gang gekommen sei. Sie zeigte sich zufrieden mit dem Programm im Bereich Geburtshilfe, das der Breite des Spektrums des Fachs gerecht geworden sei. Ihr persönliches Highlight: Das neue Format „Operieren oder nicht?“, bei dem großer Andrang herrschte und das für den nächsten Kongress auf weitere Bereiche übertragen werden könne.

Co-Kongresspräsident Prof. Wolfgang Würfel konstatierte, die „Frauen-Power“ im Präsidium habe den Ausschlag dafür gegeben, dass es unter ihnen dreien so außerordentlich unkompliziert gelaufen sei. Auf dem Kongress hätten viele Niedergelassene sich dankbar gezeigt über das Angebot für sie wichtiger Themen im

Bereich Endokrinologie/Reproduktionsmedizin. Er hoffe, dieser Brückenschlag könne weiterhin beibehalten werden. Auch dass so viele junge Kolleginnen und Kollegen sich von Junior-meets-Senior angesprochen fühlen, „möge bitte in Zukunft so bleiben.“

Prof. Matthias Beckmann würdigte das Engagement der Gutachterinnen und Gutachter. Er berichtete, dass 674 Abstracts eingereicht und davon 603 angenommen wurden. 31 Posterpreise und 70 Vortragspreise wurden vergeben. Die jungen WissenschaftlerInnen schätzten es außerordentlich, in den Hauptsitzungen einen Vortrag halten zu dürfen. „Und wir dürfen dankbar sein, dass wir diesen Nachwuchs haben,



Prof. Matthias Beckmann: „Die Abstracts und der freiwillige Einsatz für die Begutachtung zeigen, dass die DGGG funktioniert.“

der uns in der Wissenschaft so unterstützt.“

Als nächstes standen Preisverleihungen auf dem Programm.

- Der GebFra-Preis des Thieme Verlags für die in den vergangenen zwei Jahren am meisten zitierten Publikationen ging an Dr. Florian Stumpfe von der UFK Erlangen und Prof. Andreas Schneeweiss aus Heidelberg.
- „Die nächste Generation von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern liegt der DGGG maximal am Herzen.“ Mit diesen Worten gratulierte Prof. Diethelm Wallwiener Julia Kummer aus Berlin zum Wissenschaftspreis der Frau-Kind-Gesundheit Stiftung Rockstroh.
- Der Wissenschaftspreis der DGPF e.V. wurde dieses Jahr für eine geburtshilfliche und eine gynäkologische Arbeit vergeben. Prof. Stephanie Wallwiener überreichte die Urkunden an Eva-Maria Dreyer aus München und Dr. Martina Helbig aus Düsseldorf.

Anschließend wurde der Film zum 64. DGGG-Kongress prä-



Nach vier Jahren Amtszeit löst Prof. Barbara Schmalefeldt Prof. Anton Scharl an der Spitze der DGGG ab und erhält „den Füller“.

sentiert, den Prof. Matthias Kalder, Frank Ebermann und Markus Haist produziert haben.

Prof. Anton Scharl dankte dem Programmkomitee und lobte die AGs und assoziierten Arbeitsgemeinschaften als Ideengeber. Die zahlreichen Abstracts zeigten, „dass da Leben drin ist und wir eine Zukunft haben.“ Er bedankte sich für die Begutachtung unter Leitung von Prof. Matthias Beckmann und bei den ReferentInnen und Vorsitzenden – mehreren Hundert Funktionstagen, die das Programm mit Leben füllen und es zusammen mit den Teilnehmenden erst möglich machen. Auch den Industriepartnern und der Kongressorganisation KelCon sprach Scharl seinen Dank aus. Besonders würdigte er die Leistung des DGGG-Kongresssekretariats und des Teams um Generalsekretärin Ilse Fragale, das immer gute Laune verbreitet habe. Besonders dankte er auch dem Kongresspräsidium.

Als scheidender DGGG-Präsident bedankte Prof. Scharl sich für das Vertrauen und die umfangreiche Unterstützung. Anschließend überreichte er den symbolischen „Präsidentschafts-Füller“ an Prof. Barbara Schmalefeldt, die er als „außerordentlich würdige Nachfolgerin“ herzlich begrüßte. Die neue DGGG-Präsidentin sprach Scharl großen Dank aus für seine Amtszeit von vier Jahren, in denen er viel erreicht und viel angestoßen habe. Den DGGG-Mitgliedern dankte sie für die Wahl, bat um deren Unterstützung und versprach, sich für die Fachgesellschaft einzusetzen. Der nächste DGGG-Kongress wird vom 16. bis 19.10.2024 im City Cube Berlin stattfinden. ■





Endokrinologie

## Mikrobiom-Endokrinologie-Interaktionen

Das humane Mikrobiom- und Metabolom ist in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus des medizinischen Interesses gerückt. Das Darmmikrobiom wird mittlerweile als vollwertiges endokrines Organ angesehen, welches die reproduktive Hormonachse beeinflussen kann und mit Östrogenen, Androgenen und Insulin interagiert [1].

Eine Dysbiose und eine Verringerung der Diversität des Darmmikrobioms kann mit verschiedenen Pathologien wie z.B. dem polyzystischen Ovarsyndrom (PCOS), Endometriose und Schwangerschaftskomplikationen assoziiert werden. Die tatsächlich zugrundeliegenden Pathomechanismen sind jedoch oft nicht bekannt. Im Bereich des PCOS gibt es hier erste Erkenntnisse in Be-

zug auf die hormonelle Dysregulation: Das Darmmikrobiom und seine Metabolite sind in der Lage die ovarielle Dysfunktion und Insulinresistenz des PCOS zu beeinflussen bzw. sind maßgeblich an seiner Entstehung beteiligt [2]. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Einnahme von Probiotika bei Frauen mit PCOS eine positive Auswirkung auf Gewichtsabnahme, Insulinresistenz und

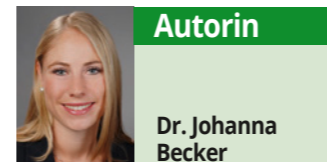
die Konzentration von Triglyceriden haben kann [3, 4].

Im Bereich der Reproduktion scheint die präkonzeptionelle Keimbeseidlung der Geschlechtsorgane elementaren Einfluss auf die Fortpflanzung zu haben [5, 6]. Bei Kinderwunschpatientinnen zeigt sich häufiger ein verändertes vaginales Mikrobiom im Vergleich zu jungen fertilen Frauen. Ins-

besondere der Lactobazillenanteil, aber auch die Diversität der Vaginalflora sind von großer Bedeutung [7]. Ein verändertes vaginales und endometriales Mikrobiom kann mit einer reduzierten Schwangerschaftswahrscheinlichkeit nach Embryonentransfer vergesellschaftet sein und ist möglicherweise auch ein negativer Prädiktor für den Erfolg einer ART [8, 9, 10]. Die angenommene biologische Hypothese ist, dass ascendierende Infektionen bzw. Keimverschiebungen im Endometrium die Implantation des Embryos behindern. Der tatsächlich zugrundeliegende Pathomechanismus bleibt jedoch unklar [11].

Inwieweit sich das Mikrobiom therapeutisch beeinflussen lässt, ist Gegenstand der aktuellen Forschung. Eine standardisierte Mikrobiomuntersuchung von Kinderwunschpatientinnen kann aufgrund der aktuellen Datenlage derzeit nicht empfohlen werden.

Literatur bei der Autorin



Autorin

Dr. Johanna Becker

Hormon- u. Kinderwunschzentrum Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der LMU München, Maistraße Johanna.Becker@med.uni-muenchen.de

Interdisziplinärer Wissensaustausch zu Endometriose

## Das neue Netzwerk „Endometriose, Sexualität und Partnerschaft“

Endometriose zählt mit zu den häufigsten gynäkologischen Erkrankungen bei Frauen. Häufig treten Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs auf, was zu Partnerschaftskonflikten führt. Um die Versorgung der Patientinnen verbessern zu können, wünschen sich Mitglieder unterschiedlicher Professionen eine Vertiefung des Wissens und Austausch untereinander.

Schätzungsweise 10–15% aller Frauen zwischen 15 und 45 sind von Endometriose betroffen, die Diagnosedauer liegt im Schnitt bei 7–10 Jahren nach dem Auftreten der ersten Symptome [1]. Aber auch Frauen über 45 Jahren sind nach unserer Erfahrung vielfach weiter betroffen. Die Erkrankung geht häufig mit einer großen physischen wie psychischen Belastung einher. Die jedoch mitunter sehr unterschiedlichen Auswirkungen machen Diagnostik und Therapie zu einer sehr herausfordernden Aufgabe.

Bei vielen Betroffenen kommt es zu umfassenden Schwierigkeiten rund um die Erkrankung. Eine noch wenig untersuchte Problematik sind Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr. Dies kann mitunter zu massiven Problemen mit der Sexualität und in der Partnerschaft führen.

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Sozialpädagogin, Systemische Therapeutin und Beraterin bei der Endometriose Ver-

einigung Deutschland e.V. wurde ich zunehmend mit der Thematik Endometriose und Sexualität konfrontiert. In den letzten Jahren erhielt ich auf verschiedenen Weiterbildungen im Bereich Paar- und Sexualtherapie die Rückmeldung von anderen Teilnehmenden, dass ihnen die Thematisierung von Sexualität und Partnerschaft im Kontext von Endometriose völlig fehlte. Sie fühlten sich nicht ausreichend informiert, um Betroffene beraten, begleiten und/oder therapieren zu können. Gleichzeitig wurde so das große Interesse aus Fachkreisen an der Thematik deutlich.

Informationsvermittlung und Enttabuisierung

Der Wunsch nach Information und Enttabuisierung führte zu einer neuen Initiative: Im Frühjahr 2021 startete ich die Kontaktaufnahme zu Fachpersonen der Medizin und Psychologie und weiteren Fachbereichen, die mit Endometriose-Patientinnen und deren PartnerInnen befasst sind. Im September 2021 konnten wir das „Netzwerk Endomet-

riose, Sexualität und Partnerschaft“ gründen. Das Netzwerk hat sich zum Ziel gesetzt, Aufklärung, Informationsweitergabe und Wissensvermittlung voranzutreiben – sowohl für Fachkräfte und für Betroffene sowie deren PartnerInnen. Das Thema Endometriose und Sexualität soll in den Kontext von Paar- und Sexualtherapie eingebunden werden. Des Weiteren streben wir die Zusammenarbeit mit spezialisierten FachärztInnen, TherapeutInnen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen an.

Das „Netzwerk Endometriose, Sexualität und Partnerschaft“ setzt in diesem Jahr die intensive Arbeit an der Broschüre „Endometriose, Sexualität und Partnerschaft – Eine Handhabung für Betroffene und ihre PartnerInnen“ fort. Diese soll sowohl für Fachkräfte als auch für Betroffene und ihre PartnerInnen zugänglich sein. Ziel ist es, einen leicht verständlichen, niedrigschwelligem Zugang zur Thematik zu schaffen und Wissen sowie Anregungen zur Selbsthilfe zu vermitteln. Auch Hinweise, an

welchen Stellen sich die Betroffenen gegebenenfalls umfassendere Unterstützung holen können, sollen integriert werden.

Studie zu Ressourcen bei Endometriose

Parallel wird noch bis Ende Oktober 2022 eine Studie an der Universität Heidelberg durchgeführt, um hilfreiche Aspekte und Ressourcen bei Endometriose-Betroffenen und ihren PartnerInnen zu untersuchen. Die Erfassung der relevanten Lebensbereiche beinhaltet bei der Studie ebenfalls die Sexualität. Die Auswertung einer bisherigen Zufallsstichprobe ergab eine Reihe hilfreicher Aspekte für Partnerschaft und Sexualität. Hier wurden vor allem eine offene, empathische und respektvolle Kommunikation, die adäquate Aufklärung von PartnerIn und Umfeld, das Schaffen von Freiräumen abseits der Erkrankung sowie das Ausprobieren in der Sexualität genannt.

Die Endometriose Vereinigung Deutschland e.V. fungiert als Schirmherrin des Netzwerks. Für das Frühjahr 2023 sind Fertigstellung, Druck und deutschlandweite Verteilung der Broschüre „Endometriose, Sexualität und Partnerschaft – Eine Handhabung für Betroffene und ihre PartnerInnen“ geplant.

Als weitere zukünftige Projekte sind ein eigener Podcast, die Erstellung von Videos sowie

Aktuelle Mitglieder des Netzwerks

- Dr. Angelika Eck (Karlsruhe)
- Dr. Laura Hatzler (Berlin)
- Prof. Dr. Matthias Korell (Neuss)
- Katja Materne (Berlin)
- Johanna Netzl (Berlin)
- Margareta Schmitt (Kassel)
- Julia Stahl (Frankfurt/M.)
- Katharina van Stein (Heidelberg)
- Lena Ullinger (Karlsruhe)
- Birte-Kerstin Walter (Berlin)
- Prof. Dr. Tewes Wischmann (Heidelberg)

einer Homepage angedacht. Auch Artikel in Fachzeitschriften oder die Entwicklung eines eigenen Curriculums zur Integration in Aus- und Weiterbildungen stehen auf der weiteren Agenda des Netzwerks. Nehmen Sie gern Kontakt mit uns auf, wenn Sie sich für das Netzwerk interessieren.

Literatur bei der Autorin



Autorin

Lena Ullinger

Beraterin der Endometriose Vereinigung Deutschland e.V. Dipl.-Soz.Päd., Systemische Therapeutin, Karlsruhe Lullinger@endometriose-vereinigung.de

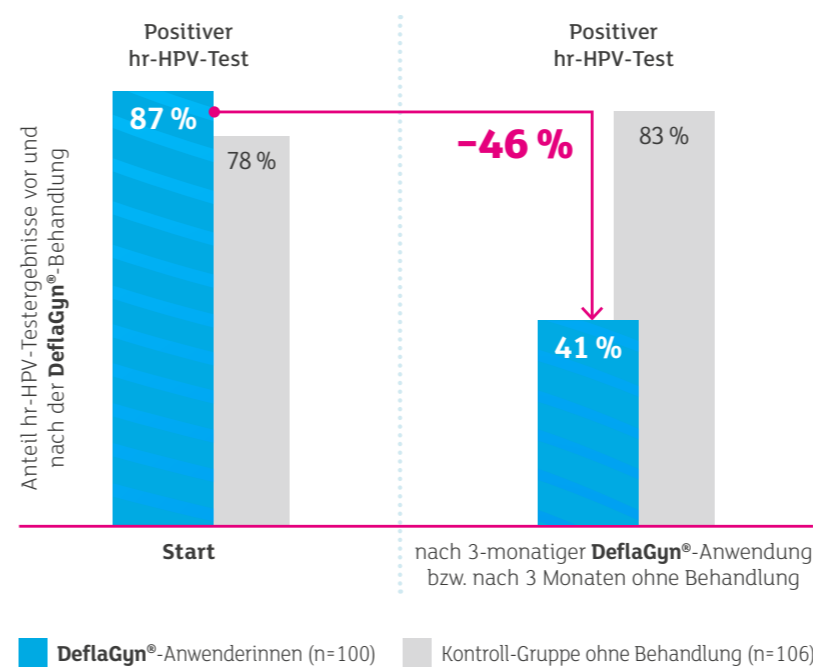
# DEFLAGYN®

## Vaginalgel zur Förderung der Spontanremission und Regression bei

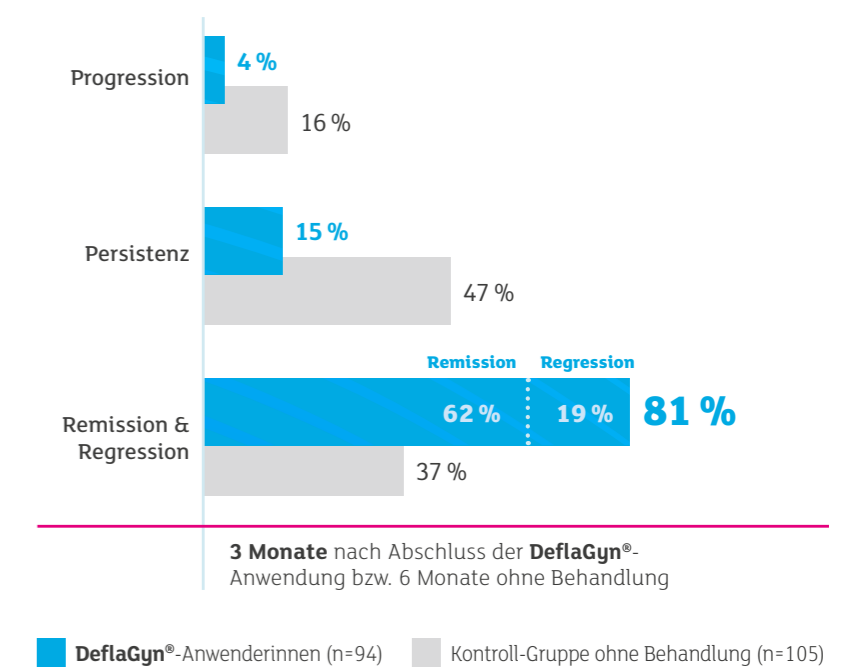
- » unklaren Zervixabstrichen (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL oder PAP II-p, PAP III-p, PAP IIID1, PAP IIID2 (München III) oder PAP III, PAP IIID) oder
- » HPV-induzierten zervikalen Läsionen oder
- » p16/Ki-67-positiven zervikalen Läsionen oder
- » zervikalen Erosionen



### Signifikante Verbesserung der hr-HPV-Testergebnisse<sup>1\*</sup>



### Signifikante Verbesserung im zervikalen Abstrichbefund<sup>1</sup>



Jetzt auch bei HPV-induzierten zervikalen Läsionen geeignet

Das innovativste Produkt<sup>Top 1 2022</sup>



\* Hochrisiko-Typen des humanen Papillomvirus 1) Mueller A., Sailer M., Regidor P. A. Treatment with an intravaginal gel containing siliceous dioxide, selenite, and citric acid to promote regression of ASC-US-, LSIL, ASC-H, HSIL, p16/Ki67 status, and improve clearance of hr-HPV in cervical specimens. IJMDAT 2020; 3: e270. DOI: 10.32113/ijmdat\_202010\_270.

DEFLAGYN® Applikations-Set zur vaginalen Anwendung, System von Medizinprodukten zur Förderung der Spontanremission und Regression bei unklaren Zervixabstrichen (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL oder PAP II-p, PAP III-p, PAP IIID1, PAP IIID2 (München III) oder PAP III, PAP IIID) oder HPV-induzierten zervikalen Läsionen oder p16/Ki-67-positiven zervikalen Läsionen oder zervikalen Erosionen. Verschreibungspflichtig. Zus.: 5 ml Vaginalgel (entsp. 1 Anwendung) enth.: 10,0 mg hochdisperses Siliziumdioxid, 24,8 mg Zitronensäure, 0,83 mg Natriumselenit (entsp. 0,25 mg Selen). Sonst. Bestandt.: Hydroxyethylcellulose, gereinigtes Wasser, Kaliumsorbat, Natriumbenzoat. Anw.: Zur Förderung der Spontanremission und Regression bei unklaren Zervixabstrichen (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL oder PAP II-p, PAP III-p, PAP IIID1, PAP IIID2 (München III) oder PAP III, PAP IIID) oder HPV-induzierten zervikalen Läsionen oder p16/Ki-67-positiven zervikalen Läsionen oder zervikalen Erosionen. Gegenanz.: Bekannt. Überempfindl. gg. einen d. Inhaltsstoffe, gleichzeitig. Anwend. von Prod. die in d. Vagina verbl. (z.B. Vaginalringe), keine Anw. mit ungereinigtem/beschädigtem Applikator. Nebenw.: selten: Brennen od. Jucken. Bes. Hinw.: Intravag. Behandl. (therapeut. / reinig. / verhüt.) sollten frühest. 2 St. nach d. Anwend. von DEFLAGYN® durchgef. werden. Geschlechtsverkehr ist jederzeit während d. Anw. möglich. Warnhinw.: Vor Gebrauch Flasche gut schütteln. Nicht über 25°C lagern. Nach Ablauf des Verfallsdatums nicht mehr verwenden. Für Kinder unzugängl. aufbewahren. Vertrieb: Exeltis Germany GmbH, Adalperstraße 84, 85737 Ismaning, Tel.: +49 89 4520529-0. Stand: Mai 2021.

deflagyn.de  
exeltis.de/deflagyn

Klinische Geburtshilfe

## Welchen Einfluss hat die Hebammenakademisierung auf das Miteinander im Kreißaal?

**Akademisch ausgebildete Hebammen sind im Kreißaalalltag angekommen. Was wurde aus den anfänglichen Bedenken gegenüber der Hebammenwissenschaft im Kreißaal-Team? Das Miteinander wie auch die Qualität der praktischen Ausbildung und die Arbeitsbedingungen insgesamt profitieren von der neuen Ausbildung. Ein wissenschaftlicher Diskurs ist in Gang gekommen.**

Mit der Novellierung des Hebmengesetzes 2019 endete die bisherige mögliche fachschulische Ausbildung von Hebammen. Nach einer gut 10-jährigen Erprobungsphase für die primäre Qualifikation von Hebammen an Hochschulen erfolgt somit im Rahmen des europäischen Bildungsstandards nach der Richtlinie 2013/55/EU des europäischen Parlaments auch in Deutschland eine Anpassung an die internationale Qualifikation zum Hebammenberuf.

In Kooperation der Schule für Gesundheitsberufe am St. Joseph Krankenhaus (SJK) mit der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) konnte schon 2013 ein primär qualifizierendes Studium der Hebammenwissenschaft neu eingerichtet werden, nachdem bereits länger eine Kooperation zur akademischen Ausbildung der Pflegenden bestand. Das Hebammen- und das ÄrztInnen-Team verfügt daher über fast 10-jährige Erfahrung in der Begleitung der Studierenden.

Insbesondere wurde bisher der praktische Teil der Ausbildung durch die Schule am SJK organisiert und auf verschiedene klinische und außerklinische Institutionen verteilt. Das Ziel war und ist es, Hebammen auszubilden, die über wissenschaftliche Kompetenz verfügen und somit in der Lage sind, ihre Arbeit kritisch zu reflektieren – und die fähig sind, die praktischen Herausforderungen des Versorgungsalltags bewältigen zu können.

### Vorbehalte im Team

Anfänglich gab es im Team einige Sorgen:

- Von langjährig arbeitenden und eben nicht akademisch ausgebildeten Hebammen wurde befürchtet, dass die Akademisierung und die neue Ausbildung von Hebammen einen negativen

Einfluss auf ihre Tätigkeit haben könnte.

- Auch gab es Bedenken, die Arbeit im Kreißaal mit den Frauen und Paaren könnte zu sehr durch die Vorgaben der Hochschule und der akademischen Betrachtung standardisiert werden und damit nicht mehr individuell sein.
- Es gab die Sorge einzelner Hebammen, aber auch im ärztlichen Team, ihre Arbeit könnte „kritisiert“ oder gar als „falsch“ im wissenschaftlichen Kontext bewertet werden. Die eigene Evidenz und die Wünsche der Frauen könnten ggf. aufgrund einer einseitigen wissenschaftlich-akademischen Betrachtungsweise benachteiligt werden.

Diese Befürchtungen haben sich nicht bewahrheitet.

### Praktische Ausbildung strukturell verbessert

Insbesondere die ebenfalls nunmehr im Gesetz festgelegte Begleitung der praktischen Ausbildung in der Klinik und der AußerKlinik durch Praxisanleiterinnen hat zu einer deutlichen Verbesserung der praktischen Ausbildung geführt. In Berlin wird hierzu die Ausbilderin zu 20% von ihrer sonstigen Tätigkeit freigestellt und kann diese Zeit entsprechend strukturiert der praktischen Ausbildung widmen.

Bereits seit Beginn des Studiums wurden hierzu kontinuierlich Kolleginnen ausgebildet. Auch dies hat zu einer weiteren Strukturierung im Sinne der evidenzbasierten Arbeit beigetragen. Insbesondere ist zu betonen, dass die didaktischen Fähigkeiten deutlich zugenommen haben und somit die Zufriedenheit der Studierenden auch.

Die aktive Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten in der

Lehre führt zu einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung und einer Diskussion außerhalb der akuten Situation im Kreißaal oder der Wochenbettstationen.

### Wissenschaftlicher Disput ermöglicht Fortschritt und gemeinsame Standards

Themen, die im Spannungsfeld der vorbehaltlichen Tätigkeit in der Geburtshilfe (§4–2 HebG) und damit der eigenverantwortlichen Tätigkeit bei allen regelrechten Vorgängen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes nach HebBO §2 sowie der ebenfalls dort festgelegten Hinzuziehungspflicht einer Ärztin oder eines Arztes bei auftretender Pathologie oder Wunsch der Frau von jeher kritisch diskutiert wurden, können nunmehr im wissenschaftlichen Disput außerhalb der Klinik besprochen werden.

Die akademische Auseinandersetzung aller Akteure ist hierbei sehr hilfreich. Dies gilt auch für die Einführung von gemeinsamen Standards oder klinikinternen Leitlinien. Die bereits bestehenden Standard-Arbeitsanweisungen (SOP) in der Geburtshilfe wurden über die Jahre zunehmend unter Beteiligung der Lehrenden, Studierenden und der nunmehr eingestellten akademisch ausgebildeten Hebammen neu strukturiert und aktuell gehalten. Die Übermittlung der gemeinsamen Leitlinien wurde in gemeinsamen Sitzungen umgesetzt.

### Mehr klinische Evidenz

Ein weiterer Effekt der Akademisierung ist die nunmehr durch Studien ermittelte klinische Evidenz. So finden sich zunehmend Studien und Forschungsergebnisse auch aus deutschen Hebammenwissenschaftlichen Kreisen. Dies

weckt auch das Forschungsinteresse der forschenden MedizinerInnen an der physiologischen Geburt, der Schwangerschaft und dem Wochenbett.

2016 gab es in Berlin einen deutlichen Anstieg an Geburten, was zu einer besonderen Belastung der Zentren führte und reaktiv zu einer entsprechenden Unzufriedenheit insbesondere bei den Hebammen. Bei mehrfachen Runden Tischen mit der damaligen Gesundheitsministerin konnten diverse Vereinbarungen getroffen werden, insbesondere ein Anstieg der Ausbildungsplätze für Hebammen wurde vereinbart und umgesetzt.

### Ausreichend Personal und gesteigert Arbeitszufriedenheit in der Klinik

Bisher wurden Hebammen nach 3-jähriger Ausbildung durch ein Staatsexamen zur Ausübung ihres Berufes befähigt. Dies ändert sich in den nächsten Jahren, da die Beendigung des Studiums nach Prüfungen durch den Bachelor erfolgen wird. Hierdurch kommt es zu einer Verzögerung von ½ Jahr bis zu 1 Jahr. Da jedoch insgesamt deutlich mehr Hebammen ausgebildet werden, dürfte dies zumindest in Berlin nicht zu einem Problem der Versorgung führen.

Der Anteil der Hebammen, die nach dem Studium nicht in dem Beruf tätig werden, ist nach unserer eigenen Beobachtung gering. Etwa 10% der AbsolventInnen studieren primär weiter oder wechseln das Studienfach unmittelbar. Aus dem restlichen Kollektiv wechseln die meisten in die niedergelassene Tätigkeit. Etwa ein Drittel der AbsolventInnen verbleiben in den Kliniken. Dies entspricht auch der Verteilung der VAMOS-Studie. Nach Aussage der bisherigen Schulen hat sich an dieser Verteilung nichts wesentlich verändert.

Unsere Erfahrung am SJK zeigt, dass die Arbeitszufriedenheit

der Hebammen und des ärztlichen Teams mit dem Engagement in der praktischen und theoretischen Ausbildung der Hebammenstudentinnen zugenommen hat. Es bleibt aus Sicht der Kliniken zu hoffen, dass auch die akademische Auseinandersetzung die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbedingungen in den Kliniken dahingehend verbessert, dass deutlich mehr Hebammen auch für die klinische Arbeit und damit dem Großteil der Geburtshilfe in Deutschland zur Verfügung stehen werden. Dieses wäre sicherlich insbesondere für das Ziel einer 1:1 Betreuung wichtig.

Es ist anzunehmen, dass nach dem Vorbild des internationalen Hebammenwesens zukünftig akademisch ausgebildete Hebammen eine angepasste Finanzierung erhalten werden. Inwieweit dann eventuelle Assistenzberufe unter Leitung der Hebammen und ärztlichen GeburtshelferInnen eingesetzt werden, bleibt abzuwarten.

### Literatur

1. [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Richtlinien\\_der\\_EU/Aenderung\\_RL\\_2005\\_36EG\\_2013\\_11\\_20\\_RL\\_2013\\_55EU.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Richtlinien_der_EU/Aenderung_RL_2005_36EG_2013_11_20_RL_2013_55EU.pdf)
2. Dieterich, S., Hoßfeld, R., Latteck, A. D., Bonato, M., Fuchs-Rechlin, K., Helmbold, A., Großschlarmann, J. & Heim, S. (Hrsg.) (2019). Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) – Abschlussbericht. Bochum 2019. ISBN 978-3-946122-13-5
3. Grieshop, M. (2021). Berufliche Bildung im Hebammenwesen – das Studium für Hebammen als Schlüsselement für die Zukunft des Berufes? In: Darmann-Finck, I., Sahmel, KH. (Hrsg.) Pädagogik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg
4. Hartmann, K. (2018) Midwifery education of the future: A perspective from Germany, Midwifery, Volume 65, Page 86, ISSN 0266-6138

**Autor**



**Prof. Dr. Michael Abou Dakn**

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe  
St. Joseph Krankenhaus  
Berlin-Tempelhof  
michael.abou-dakn@sjk.de

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

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

Der CDK4/6i mit der längsten Praxiserfahrung<sup>1</sup>



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

**STARK – über 2 Jahre mPFS in der Erstlinie<sup>2,5</sup>**

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

**LEBENSWERT – hohe Patientinnenzufriedenheit<sup>6,9</sup> und Erhalt der Lebensqualität<sup>4</sup>**

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

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

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

**§** in Kombination mit AI; **#** 3 Wochen anwenden, 1 Woche pausieren, Therapieschema gemäß Fachinformation; **9** In einer Beobachtungsstudie mit Querschnittsdesign wurden 604 erwachsene Patientinnen mit selbstberichteter HR+/HER2- metastasiertem Brustkrebs aus 6 Ländern in einer webbasierten Umfrage befragt (Zeitraum: September 2017 bis Januar 2018). Zum Zeitpunkt der Umfrage mussten die Patientinnen für mindestens 2 Monate IBRANCE® in Kombination mit einem AI oder Fulvestrant eingenommen haben.

**IBRANCE® 75 mg Filmtabletten; IBRANCE® 100 mg Filmtabletten; IBRANCE® 125 mg Filmtabletten;** Wirkstoff: Palbociclib **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 1 Filmtabl. enth. 75 mg/100 mg/125 mg Palbociclib. **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), Alopecie, trockene Haut; *Fatigue, Asthenie, Pyrexie, ALT erhöht, AST erhöht, Häufig:* febrile Neutropenie, Dysgeusie, verschwommenes Sehen, verstärkte Tränensekretion, trockenes Auge; Epistaxis, ILD/Pneumonitis; *Gelblich:* Kutaner Lupus erythematodes; Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Europe MA EEE, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. **Repräsentant in Deutschland:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** Juli 2021.



# Impressionen vom DGGG 2022



„Gemeinsam stark für die Frau“ – der 64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. stand wortwörtlich für Gemeinschaft. Im Team bestritt das Kongresspräsidium die Kongresspräsidentschaft, gemeinsam wurde zugehört und diskutiert, gemeinschaftliche Erfolge wurden gewürdigt und – nicht zuletzt – konnte endlich auch wieder zusammen gefeiert werden.



Prof. Anton J. Scharl, Präsident der DGGG e.V. von 2018 bis 2022



Prof. Marion Kiechle, Kongresspräsidentin



Prof. Stephanie Wallwiener, Co-Kongresspräsidentin



Prof. Wolfgang Würfel, Co-Kongresspräsident



Dr. Klaus Doubek, seit Januar als Präsident des Berufsverbands der Frauenärzte e.V. im Amt, überbrachte den Gruß des BVF.

Prof. Liselotte Mettler wurde mit der Carl-Kaufmann-Medaille geehrt und berichtete in einer Keynote Lecture über ihren Weg in der Operativen Gynäkologie.



Generalsekretärin der DGGG e.V. Ilse Fragale, flankiert von Schriftführer PD Dr. Gert Naumann (li.) und Past-Präsident Prof. Diethelm Wallwiener (re.)

Prof. Frank Louwen hielt eine Keynote Lecture zur Zukunft der Geburtshilfe aus europäischer Sicht.



Endlich wieder ein Festabend! Für die DGGG-Night gehörte die Allianz-Arena den KongressteilnehmerInnen – die feierten ausgelassen.



Immer schön die Augenbrauen heben – Festredner Stefan Verra gab Tipps zum Einsatz von Körpersprache in herausfordernden Situationen.



In rund 40 Seminaren und Hands-on-Kursen hatten die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, ihr Wissen und ihre Kompetenzen auszubauen.



Auch die Firmensymposien waren gut besucht. Wo die Saalkapazität nicht ausreichte, wurde in Overflow-Areas übertragen.



Ein familienfreundlicher Kongress: Viele Babys waren mit dabei, für die älteren Kinder gab es eine Betreuung.



Junior-meets-Senior: Die Mentoring-Veranstaltung fand großen Anklang. Jung und Alt hatten sichtlich Freude am gemeinsamen Austausch.



Die Industrieausstellung war angesichts der hohen TeilnehmerInnenzahlen gut besucht – die AusstellerInnen zeigten sich entsprechend zufrieden.

Auch am Stand der DGGG e.V. (oben) war immer viel los.



Endlich wieder live: Groß war die Beteiligung an den Begehungen, bei denen die ForscherInnen ihre Poster vortrugen.



Wissenschaftspreise sind ein weiterer Anreiz für die Forschung. Das Ernst-Beinder-Forschungsstipendium z. B. erhielt Dr. Anastasia Mikusheva (mit Prof. E. Schleußner und Prof. K. Hecher). Der Wissenschaftspreis der AGI ging an Dr. Philipp Föjbleitner (mit Dr. E. Schulz zur Wiesche und Prof. W. Mendling)



Ausgewählte Abstracts durften als Freier Vortrag in den Hauptsitzungen präsentiert werden. Hier: Dr. Askin Cagül Kaya aus Homburg/Saar.



Prof. Barbara Schmalfeldt, hier bei der Amtsübergabe mit ihrem Vorgänger Prof. Anton J. Scharl, wird als Präsidentin der DGGG e.V. in den kommenden zwei Jahren vorstehen.

Operative Therapie der Endometriose

## Endometrioseresektion mit und ohne Adhäsionsprophylaxe

Aus der Endometrioseresektion können Adhäsionen resultieren, die schmerzhaft sind und die Fertilität einschränken können. Das Follow-up einer prospektiv-randomisierten, kontrollierten klinischen Studie untersucht die Entwicklung von Fertilität, Schmerzen und Komplikationen nach OP mit und ohne Adhäsionsprophylaxe.

Die Endometriose kann neben Schmerzen typischerweise Fertilitätsprobleme verursachen. Dabei spielen offenbar molekularbiologische Faktoren eine Rolle, die die Eizellqualität und das uterine Milieu negativ beeinflussen. Durch die Entzündung kommt es einerseits zu lokalen Gewebeveränderungen, andererseits zirkulieren Mediatoren, die an der Schmerzentscheidung und an

der eingeschränkten Fertilität beteiligt sind.

Werden Endometrioseherde entfernt, entstehen unvermeidbar peritoneale Läsionen, die entweder durch eine Re-Peritonealisierung oder mittels „Defektheilung“ narbig durch Fibrinbildung geschlossen werden. Wenn Grenzflächen beteiligt sind, entstehen als Ergebnis Fibrinbrücken zwischen perito-

nealen Bezirken oder zwischen Peritoneum und umliegenden Organen. Diese Adhäsionen spielen weiterhin für uns und die Patientin eine wichtige Rolle: die Verwachsungen können ihrerseits schmerzhaft sein und durch die Veränderung der anatomischen Lagebeziehungen die Fertilität einschränken. Somit sollten Endometriose und Verwachsungen in ihrer klinischen Konsequenz ge-

meinsam betrachtet werden! Adhäsionsprophylaktika – also Substanzen, die während oder unmittelbar nach dem Eingriff applizierbar sind – existieren seit einigen Jahren. Das Problem ist jedoch, dass bislang kein befriedigender Vergleich der erhältlichen Produkte existiert, da insbesondere Second-look-Daten zur Auswertung einer tatsächlichen Verhinderung der Adhäsionsbildung selten generiert werden.

Unsere Tübinger Arbeitsgruppe hat beim Kongress Daten einer Studie mit Second-look-Design vorgestellt. Dabei konnte im ersten Teil, der mittlerweile publiziert ist, gezeigt werden, dass Patientinnen nach Behandlung mit 4DryField® PH (PlantTec Medical) eine deutliche Adhäsionsreduktion im Vergleich zur Kontrollgruppe erfuhren.

Spannend ist nun die Frage nach klinischen Konsequenzen für Schmerzen und Fertilität: Die Daten dieses Studienfollow-ups befinden sich aktuell noch in der Vorbereitung zu einem Manuskript, beim DGGG-Kongress wurde aber auf ein Outcome hingewiesen, das vielversprechend erscheint.

**Autor**  
**Prof. Dr. Bernhard Krämer**  
Endometriosezentrum  
Universitäts-Frauenklinik Tübingen  
Bernhard.Kraemer@med.uni-tuebingen.de

Medikamentöse Therapie der Endometriose

## Was ist neu in der medikamentösen Therapie der Endometriose?

Die medikamentöse Behandlung von Endometriose-assoziierten Schmerzen konzentriert sich auf die Unterdrückung des Eisprungs und der Östrogenproduktion. Eine neue Option sind hier orale GnRH-Antagonisten. Konzeptionell ist der primäre Einsatz der hormonellen Therapie vor operativer Diagnostik und Therapie.

In der medikamentösen Therapie der Endometriose haben sich in der Erstlinientherapie Gestagenpräparate und in der Zweitlinientherapie orale Kombinationspräparate, alternative Applikationsformen der Gestagene und GnRH-Analoga bewährt. Für die Therapie der Endometriose sind in Deutschland Dienogest-haltige Gestagenmonopräparate und Leuprorelin zugelassen.

Das Grundprinzip besteht darin, eine Amenorrhoe herbeizuführen und ein relativ hypoöstrogenes Umfeld zu schaffen.

### Neue Option: GnRH-Antagonisten

Hierfür stellt die Behandlung mit oralen GnRH-Antagonisten eine neue Therapieoption dar. Durch einen kompetitiven Antagonismus von GnRH an GnRH-Rezeptoren in der Hypophyse wird die Ausschüttung von LH und FSH unterbunden. An Nebenwirkungen können eine verringerte Knochenmineraldichte, erhöhte Lipidspiegel und eine höhere Inzidenz von Hitzewallungen auftreten. Insgesamt besteht eine geringere Nebenwirkungsrate als bei der Agonisten-Therapie. Ein basaler Östrogenspiegel bleibt erhalten.

Erste Studien konnten eine Effektivität von Elagolix (p.o.), Linzagolix (p.o.) und Relugolix (p.o.) bezüglich einer Schmerzreduktion bei akzeptablem Nebenwirkungsprofil zeigen.

Elagolix hat 2018 die Food and Drug Administration (FDA)-Zulassung zur medizinischen Behandlung der Endometriose erhalten. Die Behandlung wird mit 150 mg einmal täglich eingeleitet und kann, falls erforderlich, auf bis zu 200 mg zweimal täglich erhöht werden.

Relugolix 40 mg ist als Kombinationspräparat mit 1 mg Estradiol und 0,5 mg Norethisteronacetat seit Juli 2021 für die Behandlung mäßiger bis starker Symptome bei Uterusmyomatosis durch die European Medicines Agency (EMA) zugelassen und somit auch in Deutschland zur Verfügung. In einer randomisierten, placebo-kontrollierten, doppelblinden Studie konnte durch Relugolix eine Linderung der mit Endometriose verbundenen Schmerzen in einer Dosis-Wirkungsbeziehung erreicht werden. Relugolix 40 mg zeigte eine Wirksamkeit und Sicherheit, die mit der von Leuprorelin vergleichbar war. Ein Off-label-Use ist hier für die Endometriose-Therapie in Deutschland möglich.

### Aromatasehemmer

Bereits seit Jahren wird die Blockierung des lokal in den endometriotischen Läsionen durch Aromatase produzierten

Östrogens mittels Aromatasehemmern diskutiert. Durch die Hemmung der Aromatase wird die gesamte Östrogenproduktion wirksam unterbunden. Bei prämenopausalen Frauen kann ein Aromatasehemmer allein die ovarielle Follikulogenese auslösen, weshalb Aromatasehemmer mit einem Gestagen, einem kombinierten oralen Kontrazeptivum oder einem GnRH-Agonisten kombiniert werden.

Obwohl die Kombination eines Aromatasehemmers mit einem GnRH-Agonisten zu extrem schweren hypoöstrogenen Nebenwirkungen führen kann, ist das Nebenwirkungsprofil von Aromatasehemmern, die in Kombination mit einem oralen Kontrazeptivum oder einem Gestagen verabreicht werden, bemerkenswert tolerabel. Es besteht aus leichten Hitzewallungen und vermindertem sexuellen Verlangen. Für die Therapie der Endometriose stellen Aromatasehemmer einen Off-label Use dar und sind erst nach Ausschöpfen der bewährten Therapieoptionen mit der Patientin zu diskutieren.

### Neues Konzept: Primär hormonelle Therapie

Neben neuen Therapieoptionen gibt es sich ändernde Therapiekonzepte. Eine primär hormonelle Therapie vor operativer Diagnostik bzw. Therapie gewinnt zunehmend an Bedeutung, außer es liegen

zwingende Gründe für eine Operation (wie zum Beispiel Organdstruktion) vor. In Bezug auf die Schmerzlinderung gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen einer primär hormonellen und operativen Therapie. Es fehlen aber valide Daten, um langfristig die Symptomlinderung, die Rezidivwahrscheinlichkeit und den Einfluss auf die Fertilität zu betrachten.

### Patientenindividuell entscheiden

Sinnvoll ist eine partizipative Entscheidung, die individuelle Präferenzen, Nebenwirkungen, Kosten und Verfügbarkeit einer Hormonbehandlung und chirurgischen Behandlung bei Endometriose-assoziierten Schmerzen berücksichtigt.

In den nächsten Jahren sind Veränderungen in den Therapieoptionen und Therapiekonzepten der Endometriose möglich, wenn prospektive, randomisierte, kontrollierte Studien vorliegen und Zulassungen in Deutschland erfolgreich durchgeführt wurden.

**Autorin**  
**PD Dr. Stefanie Burghaus, MHBA**  
Frauenklinik  
Universitätsklinikum Erlangen  
Stefanie.Burghaus@uk-erlangen.de



# 16,8 Mio. Frauen in Deutschland sind im fertilen Alter von 15 - 49.

Lebensumstände, die für eine **estrogenfreie Verhütung** sprechen:



# Slinda®

## Hohe kardiovaskuläre & thromboembolische Sicherheit

- bei mehr als **25.000 Zyklen** bzw. **2.500 Frauen keine venösen oder arteriellen Thrombosen in 4 klinischen Phase III Studien**<sup>1</sup>

## Blutungsprofil: Slinda® versus Desogestrel 75 µg\*

- deutlich **weniger ungeplante (Spotting-) Blutungstage** und **weniger Frauen mit verlängerten Blutungen unter Slinda®**<sup>2</sup>

## Drospirenon Partialwirkungen

- **antiandrogen** und **antimineralokortikoid**

GYNÄKOLOGEN PHARMA TREND  
Das **innovativste Produkt**®  
Top1 2022



\* Fachinformation: In einer 9-monatigen vergleichenden, doppelblinden Studie wurden die Blutungsmuster während der kontinuierlichen Einnahme von Slinda® im Vergleich zu 0,075 mg Desogestrel untersucht. Die Anzahl an Probandinnen, die aufgrund von blutungsbezogenen Nebenwirkungen die Studie verließen, betrug 3,3% bei der Slinda® Gruppe und 6,6% bei der Desogestrel Gruppe.

1) Palacios et al. Efficacy and cardiovascular safety of the new estrogen-free contraceptive pill containing 4 mg drospirenone alone in a 24/4 regime. BMC Women's Health, 2020; 20: 218. doi: 10.1186/s12905-020-01080-9; 2) Palacios S, Colli E, Regidor PA. Bleeding profile of women using a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. PLOS ONE, 2020; 15(6): e0231856. doi: 10.1371/journal.pone.0231856.

slinda.de

Exeltis Germany GmbH, Adalperstraße 84, 85737 Ismaning, Tel.: +49 89 4520529-0

**Slinda 4 mg Filmtabletten.** Verschreibungspflichtig. **Zus:** 1 weiße, wirkstoffh. Filmtabl. Enth.: 4 mg Drospirenon. 1 grüne Placebo Filmtabl. enth. keinen Wirkst. **Sonst. Bestandt.:** wirkstoffh. Tbl.: mikrokr. Cellulose, Lactose, hochdisp. Siliziumdioxid (E 551), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzl.], Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum. Placebo: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K 30, hochdisp. Siliziumdioxid (E 551), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzl.], Hypromellose, Triacetin, Polysorbat 80, Titandioxid (E 171), Indigokarmin-Aluminiumsalz (E 132), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172). **Anwend.:** Kontrazeption. **Gegenanz.:** Überempfindl. geg. d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandt., aktive ven. thromboemb. Erkr., früh. od. akt. best. schw. Lebererkr. bis zur Normalis. d. Leberfunktionswerte, schw. Niereninsuff. od. akut. Nierenversagen, best. od. vermut. Geschlechtsstör. Malignome, nicht abgekl. vagin. Blutungen **Nebenw.:** *Häufig:* verm. Libido, Stimmungsschwank., Kopfschm., Übelkeit, Bauchschm., Akne, Brustbeschw., Metrorrhagie, vag. Blut., Dysmenorrhoe, unregelm. Blut., Gewichtszun. *Gelegentl.:* Vagin. Infekt., Uterine Leiomyome, Anämie, Überempfindlichkeitsreakt., Appetitzun., Hyperkalämie, Angstzust., Depression, depress. Stimmung, Schwindel, Hitzewallung., Hypertens., Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, Haarausfall, extrem. Schwitzen, Hautausschlag, Seborrhoe, Pruritus, Dermatitis, Amenorrhoe, Menstruationsstör., Unterleibsschm., Ovarialzyste, Vulvovagin. Trockenheit, vagin. Ausfluss, Müdigk., periph. Ödeme, erh. Lebertransaminasen-Werte, erh. Bilirubin-Wert, erh. Kreatin-Phosphokinase-Wert, erh. Gamma-Glutamyltransferase-Wert, erh. Triglycerid-Wert. *Selten:* Kontaktlinsenunverträglichk., Polyurie, Zyste in d. Brust, zervikale Dysplasie, Galaktorrhoe, Vulvovagin. Pruritus, Gewichtsabnahme. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. **Zul.-Inhaber:** Exeltis Germany GmbH, Adalperstraße 84, 85737 Ismaning, Deutschland, Tel.: +49 89 4520529-0. **Stand d. Information:** Mai 2021.

EX/Slinda/01212/September/2022









# 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 Symp. auslösen od. verschlimmern. Diagnosehäufigkeit von Brustkrebs geringfügig erhöht. **Weitere Nebenwirk. v. Ethinylestradiol-enthalt. KOK:** Erythema nodosum, Erythema multiforme, Brustdrüsensekretion, Überempfindlichkeitsreaktionen. **Warnhinweis:** Bei der Entscheidung, Qlaira zu verschreiben, sollten die aktuellen, individuellen Risikofaktoren der einzelnen Frauen, insbesondere im Hinblick auf venöse Thromboembolien (VTE), berücksichtigt werden. Auch sollte das Risiko für eine VTE bei Anwendung von Qlaira mit dem anderer kombinierter hormonaler Kontrazeptiva (KHK) verglichen werden. Vorsicht vor möglicher ALT Erhöhung bei gleichzeitiger Gabe von Estrogen-haltigen Arzneimitteln und Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir mit oder ohne Dasabuvir bzw. Glecaprevir/Pibrentasvir. Enthält Lactose (< 50 mg pro Tbl.). Weitere Informationen siehe Fach- u. Gebrauchsinformation. Verschreibungspflichtig. Stand: FI/13, 02/2022 Pharmazeutischer Unternehmer: Jenapharm GmbH & Co. KG, D-07745 Jena

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