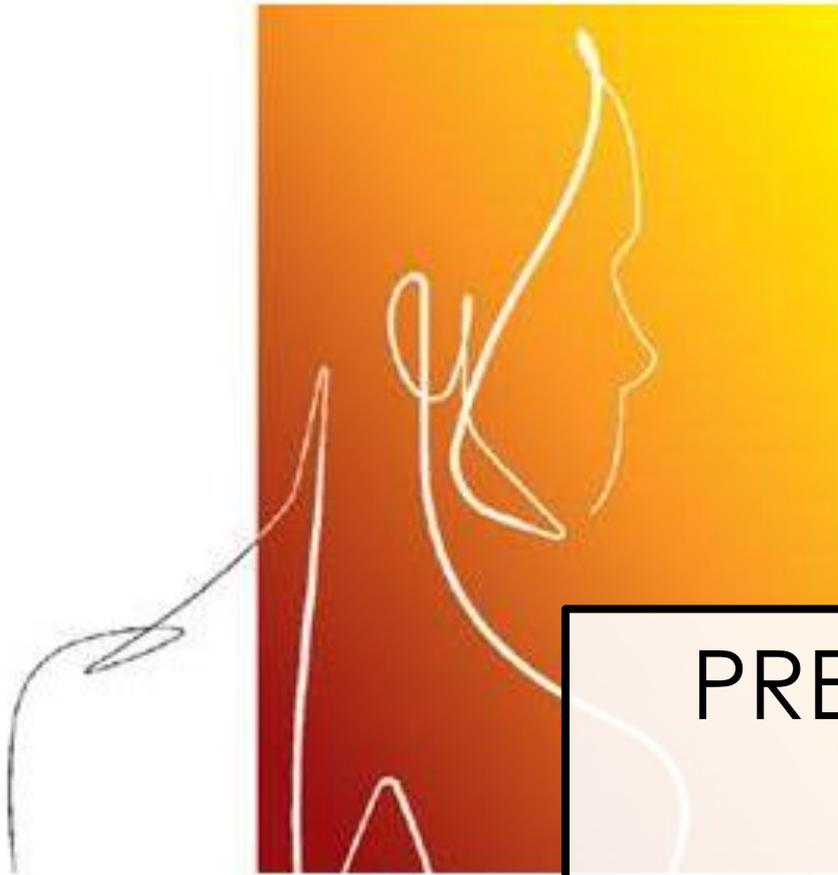


12. –15.10.2022 München



*Gemeinsam
stark
für die Frau*

PRESSEMAPPE

64. Kongress
der Deutschen
Gesellschaft für
Gynäkologie und
Geburtshilfe e. V.

DGGG

2022

www.dggg.de

Inhalt

Grußwort des Präsidenten.....	2
Pressekonferenz.....	3
Updates aus den Arbeitsgemeinschaften.....	4
Fachempfehlung zur Schutzimpfung für Schwangere und Stillende im Zusammenhang mit COVID-19 – Update Herbst 2022	4
Update aus der gynäkologischen Endokrinologie –	6
eine wichtige Säule in der Frauenheilkunde	6
Update aus der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e.V. (AGG)	9
Update aus der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie e.V. (AGO)	11
Update aus der Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie e.V. (AWOgyn)	14
Update aus der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Endoskopie e.V. (AGE): Konsequente Umsetzung von Aus- und Weiterbildungskonzepten.....	16
Update aus der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB e.V.):.....	17
Geburtshilfe und Beckenboden – diese Risiken erhöhen Funktionsstörungen	17
Update für die Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	21
Update aus den Universitären Reproduktionsmedizinischen Zentren (URZ)	23
Update aus der Arbeitsgemeinschaft Endometriose e.V. (AGEM).....	27
Update aus der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.	29
Update aus der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPF).....	31
Ihr Presseservice.....	32

Grußwort des Präsidenten

Liebe MedienvertreterInnen,

wie schön, dass Sie unseren 64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Ihrer Anwesenheit bereichern. Bei unserer Tagung mit mehreren tausend TeilnehmerInnen, die dem wissenschaftlichen Austausch und der Fortbildung dient, handelt es sich um den größten Kongress für Frauengesundheit im deutschsprachigen Raum. Auf keiner Veranstaltung in der DACH-Region erhalten Sie einen tieferen Einblick in das vielfältige Themenspektrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe als hier, in diesen Oktobertagen im ICM Internationales Congress Center Messe München.

Das sorgsam gewählte Motto "Gemeinsam stark für die Frau" verdeutlicht das breite Spektrum unseres Faches. Gemeinsam, denn die unterschiedlichen Schwerpunkte des Faches arbeiten ineinandergreifend und beziehen die „Frau“ mit ein, um auf Augenhöhe Behandlungs- und Beratungskonzepte zu entwickeln. Schon lange vor der Geburt, in der Reproduktionsmedizin, bis zum Lebensende in der onkologischen Palliativversorgung begleiten wir unsere Patientinnen. Unser Wissen und unsere therapeutischen Optionen wachsen exponentiell und so stark, dass eine einzelne Person das heute nicht mehr überblicken kann. Dennoch – ob in Klinik oder Praxis – alle Kollegen und Kolleginnen in unserem Berufsstand haben etwas Wichtiges gemeinsam, denn im Praxisalltag dreht sich alles um das Wohlbefinden und die Gesundheit der Frau – und das über den gesamten Lebensbogen hinweg. Dieser Diversität unseres Faches haben wir in diesem Jahr mit der geteilten Kongresspräsidentschaft Rechnung getragen. Jeder Schwerpunkt ist im Kongresspräsidium abgebildet – und das spiegelt sich auch im umfangreichen Programm wider.

„Gemeinsam stark für die Frau“ wird aber auch durch die aktive Teilnahme der zahlreichen PatientenvertreterInnen hier in München gelebt. Der DGGG-Kongress bietet die perfekte Plattform, um in den persönlichen Dialog einzusteigen und Perspektiven auszutauschen.

Das Programm des 64. DGGG-Kongresses ist spannend, hochwertig und brandaktuell. Der Kongress ist auch ein Forum für den wissenschaftlichen Nachwuchs. Hunderte von Arbeiten wurden für eine Präsentation eingereicht. Mein Dank gilt den Einreichenden und auch den Gutachterinnen und Gutachtern, welche die Arbeiten im Rahmen eines umfangreichen Review-Prozesses bewertet haben.

Gern tauschen wir uns mit Ihnen im vorgesehenen Rahmen auf der *Pressekonferenz* aus.



Ich wünsche Ihnen einen informativen 64. DGGG-Kongress!

Ihr
Prof. Anton J. Scharl
DGGG-Präsident

Pressekonferenz

Donnerstag, 13.10.2022, 11:15 bis 12:15 Uhr Raum 21a in Präsenz

Für Ihre Arbeit steht Ihnen der Silent Room Staffelsee zur Verfügung

Themen & ReferentInnen

Ausgewählte Highlights vom 64. Kongress der DGGG e.V.

Prof. Dr. Marion Kiechle (München), Kongresspräsidentin

Frau Prof. Dr. Kiechle präsentiert Ihnen ausgewählte Highlights zum 64. DGGG-Kongress, dem größten Kongress rund um das Thema Frauenheilkunde im deutschsprachigen Raum. Die Ministerin a.D. und Bundesverdienstkreuzträgerin ist Direktorin der Frauenklinik des Klinikums rechts der Isar der TU München und Inhaberin des Lehrstuhls für Gynäkologie und Geburtshilfe. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der gynäkologischen Onkologie mit besonderem Augenmerk auf erblichen Krebserkrankungen der Frau und auf der Etablierung individualisierter Krebstargets. [MEHR ERFAHREN](#)



Aktuelle Schwierigkeiten für die Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland

Prof. Dr. Anton J. Scharl (Oberaudorf), DGGG-Präsident

Die Pandemie hat der Gynäkologie und Geburtshilfe viel abverlangt. Prof. Dr. Anton J. Scharl zieht eine kritische Bilanz und kommentiert als DGGG-Präsident die Reformpläne der Bundesregierung mit Blick auf die vorgelegten „Empfehlungen für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe“. [MEHR ERFAHREN](#)

Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin im Jahr 2022

Prof. Dr. Wolfgang Würfel (München), Co-Kongresspräsident

Die Reproduktionsmedizin hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm entwickelt. Wo wir jetzt stehen und warum der oft nicht geringe Aufwand von „künstlichen Befruchtungen“ nur bis zum 43. Lebensjahr medizinisch vertretbar ist, erläutert Prof. Dr. Wolfgang Würfel. Der Co-Kongresspräsident blickt bis auf die Anfänge der Reproduktionsmedizin in Deutschland zurück und ist im ärztlichen Leitungsgremium vom Kinderwunsch Centrum München. [MEHR ERFAHREN](#)



Geburtshilfe in Zeiten von COVID-19 und weiteren aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen

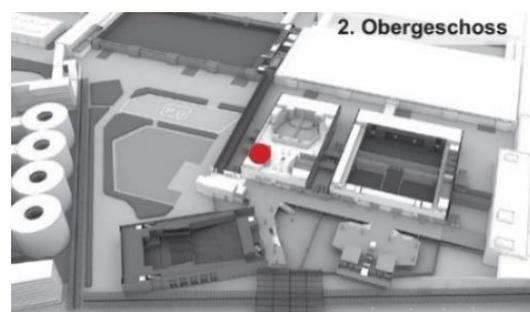
Prof. Dr. Stephanie Wallwiener (Heidelberg), Co-Kongresspräsidentin

Einblick in die aktuelle Situation der Gebärenden und der klinischen Geburtshilfe vor dem Hintergrund von COVID-19 und weiterer aktueller gesellschaftlicher Herausforderungen vermittelt Ihnen Frau Prof. Dr. Stephanie Wallwiener. Die Co-Kongresspräsidentin leitet die Abteilung Geburtshilfe und Perinatalzentrum am Universitätsklinikum Heidelberg. Zudem ist sie Vorstandsmitglied in der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF e.V.) und Versorgungsforscherin. [MEHR ERFAHREN](#)



Die **Pressekonferenz** findet im 2. OG, **Raum 21a** statt (roter Punkt).

Der *Silent Room* für Mediengäste befindet sich im **Raum Staffelsee**.



Updates aus den Arbeitsgemeinschaften

Fachempfehlung zur Schutzimpfung für Schwangere und Stillende im Zusammenhang mit COVID-19 – Update Herbst 2022

In der Dynamik der COVID-19-Pandemie ist die Impffrage für Schwangere, Stillende und Frauen mit Kinderwunsch von anhaltender Aktualität und Relevanz. Bereits seit Beginn des Jahres 2021 verfasst ein ExpertInnengremium der DGGG Stellungnahmen und Empfehlungen zu COVID-19-Impfungen mit regelmäßiger Aktualisierung entsprechend der verfügbaren Datenlage und in Kooperation mit dem nationalen CRONOS-Register („COVID-19 Related Obstetric and Neonatal Outcome Study in Germany“) der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)¹⁻³. Insbesondere im anhaltenden Dialog mit der Ständigen Impfkommission (STIKO) liegt seit September 2021 die gültige Empfehlung zur generellen COVID-19-Impfung von Schwangeren mit mRNA-basiertem Impfstoff des Herstellers BioNTech/Pfizer vor und umfasst auch die Empfehlung zur Auffrischungsimpfung (Booster)⁴. Eine Impfung mit Nuvaxovid® in der Schwangerschaft und Stillzeit wird derzeit nicht generell empfohlen, kann jedoch erwogen werden, wenn eine produktspezifische, medizinische Kontraindikation für mRNA-Impfstoffe besteht⁵. Frauen mit Kinderwunsch sowie Stillenden wird die Impfung uneingeschränkt altersentsprechend nach dem gültigen STIKO-Schema empfohlen. Ein Einfluss auf die Fertilität oder das Stillen besteht nicht⁴.

Impfung schützt zuverlässig vor schweren Krankheitsverläufen

Die COVID-19-Immunsierung schützt die Schwangere und das ungeborene Kind zuverlässig sowohl vor der Infektion mit SARS-CoV-2 als auch vor schweren COVID-19 Verläufen⁶⁻⁸. Auch der Schutz der Neugeborenen vor COVID-19 im Sinne einer Leihimmunität konnte nachgewiesen werden⁹. Die Auswertung der Daten des nationalen CRONOS-Registers zeigt auch während der Omikron-Welle im Vergleich von geimpften (monovalenter Impfstoff) zu ungeimpften SARS-CoV-2-infizierten Schwangeren eine signifikante Reduktion des Risikos zur Notwendigkeit stationärer oder intensivmedizinischer Behandlung, Sauerstoffpflichtigkeit oder Beatmung. Auch mussten geimpfte Infizierte seltener aufgrund von COVID-19 entbunden werden⁸.

Wie sinnvoll ist die 2. Auffrischungsimpfung für Schwangere und Stillende?

Eine zweite Auffrischungsimpfung, der sogenannte 2. Booster, kann derzeit nicht generell für alle Schwangeren empfohlen werden, jedoch in Abhängigkeit der Anamnese und des Wunsches der Schwangeren nach individueller Aufklärung erfolgen¹⁰. Zu den an die Omikron-Varianten BA.1 sowie BA.4-5 angepassten, mRNA-basierten Vakzinen liegen derzeit keine Erfahrungen vor. Die Verwendung im Rahmen einer Auffrischungsimpfung in der Schwangerschaft sowie Stillzeit ist laut Europäischer Arzneimittelagentur (EMA) jedoch aufgrund der hohen Ähnlichkeit zum Originalvakzin sowie dem vergleichbaren Sicherheitsprofil möglich¹¹.

Die individuelle, informierte und empathische Beratung durch FrauenärztInnen und Hebammen zur Frage der COVID-19-Impfung bleibt auch unter Berücksichtigung kommender Virusvarianten und Impfstoffe eine wichtige Aufgabe, um unsere Patientinnen bestmöglich zu schützen.

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der DGGG.

Redaktionsgruppe

Dr. med. Janine Zöllkau (Jena)
 Prof. Dr. med. Ulrich Pecks (Kiel)
 Prof. Dr. med. Ekkehard Schleußner (Jena)

Korrespondierende Autorin

Dr. med. Janine Zöllkau
 Universitätsklinikum Jena
 Klinik für Geburtsmedizin
janine.zoellkau@med.uni-jena.de

Literatur

1. DGGG. Empfehlung der COVID-19-Impfung für schwangere und stillende Frauen. In; 2021
2. DGGG. Booster-Impfung mit mRNA-Impfstoffen gegen das SARS-CoV-2-Virus. In; 2021
3. CRONOS. CRONOS Registerstudie. In; 2022
4. Matysiak-Klose D V-BS, Bogdan C, Burchard G, Garbe E, Heininger U, Hummers E, von Kries R, Ledig T, Littmann M, Meerpohl J, Mertens T, Meyer H, Röbl-Mathieu M, van der Sande M, Terhardt M, Überla K, Wichmann O, Wicker S, Wiedermann- Schmidt U, Widders G, Zepp F. Empfehlung und wissenschaftliche Begründung der STIKO zur Grundimmunisierung von Personen im Alter von 12 – 17 Jahren mit dem COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid von Novavax. *Epid Bull* 2022;33:52-56 2022. doi:DOI 10.25646/10406. doi:DOI 10.25646/10406
5. DGGG. Gemeinsame Stellungnahme der DGPM und DGGG zur Beschlussentwurf zur 18. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung der STIKO zur Grundimmunisierung von Personen ≥ 18 Jahre mit dem COVID-19- Impfstoff Nuvaxovid von Novavax. In; 2022
6. Goldshtein I, Nevo D, Steinberg DM et al. Association Between BNT162b2 Vaccination and Incidence of SARS-CoV-2 Infection in Pregnant Women. *JAMA* 2021; 326: 728-735. doi:10.1001/jama.2021.11035
7. Dagan N, Barda N, Biron-Shental T et al. Effectiveness of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in pregnancy. *Nat Med* 2021. doi:10.1038/s41591-021-01490-8. doi:10.1038/s41591-021-01490-8
8. Pecks U, Mand N, Kolben T et al. SARS-CoV-2 Infection During Pregnancy-An Analysis of Clinical Data From Germany and Austria From the CRONOS Registry. *Dtsch Arztebl Int* 2022. doi:10.3238/arztebl.m2022.0266. doi:10.3238/arztebl.m2022.0266
9. Halasa NB, Olson SM, Staat MA et al. Maternal Vaccination and Risk of Hospitalization for Covid-19 among Infants. *N Engl J Med* 2022; 387: 109-119. doi:10.1056/NEJMoa2204399
10. DGGG. 2. Boosterimpfung für Schwangere und Stillend. In; 2022
11. EMA EMA. Comirnaty, Tozinameran / COVID-19 mRNA Vaccine (nucleoside modified). In; 2022

Update aus der gynäkologischen Endokrinologie – eine wichtige Säule in der Frauenheilkunde

Über viele Jahre hinweg war die Pille das Verhütungsmittel Nummer 1. Insbesondere bei den jüngeren Frauen macht sich derzeit jedoch eine „Hormonmüdigkeit“ breit. Diese schlägt sich in den Nutzerdaten von Kontrazeptiva und in den Gesprächen mit den Patientinnen in den Praxen gleichermaßen nieder. Verantwortlich hierfür dürfte zum einen die mediale Berichterstattung zu den Risiken der hormonalen Kontrazeption, aber auch der Wunsch der Frauen nach einem möglichst geringen Eingriff in den Hormonhaushalt sein, was sicher ein Trend unserer heutigen Zeit ist. Selbst wenn es nicht um das Thema Verhütung, sondern um den Einsatz von Hormonen aus medizinischer Indikation geht (wie z. B. zur Behandlung des PCOS, Endometriose, PMDS), gestaltet sich die Beratung der Patientinnen oft schwierig. Unstrittig ist, dass bei bestimmten Risiken und Vorerkrankungen die Verordnung von Hormonen genau indiziert sein muss. Oft ist man in der Praxis aber mit unbegründeten bzw. schwer fassbaren Bedenken gegenüber hormonellen Behandlungen jedweder Art konfrontiert. Gelegentlich zeigt sich im Gespräch mit den Patientinnen auch eine Art „Hormonscham“: Frauen, die Hormone einnehmen, damit sehr zufrieden sind und dies auch nicht ändern wollen, sehen sich Vorwürfen ihrer „Peer Group“ ausgesetzt und haben das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen.

Wechseljahre und Hormonersatztherapie bedingt salonfähig

Während über das Thema Verhütung sehr offen diskutiert wird, ist das Thema „Wechseljahre und Hormonersatztherapie“ in Deutschland nach wie vor nur bedingt „salonfähig“, wobei sich aktuell sowohl die Laien- als auch die Fachpresse zunehmend den Bedürfnissen von Frauen in der Lebensmitte widmet. Eine bemerkenswerte Dynamik hat sich in diesem Zusammenhang in Großbritannien entwickelt: Im britischen Parlament wurde im Oktober 2021 ein Gesetz verabschiedet (der sogenannte „Menopause (Support and Services) Bill“, das von der Labour-Abgeordneten Carolyn Harris eingebracht wurde und eine bessere Unterstützung von Frauen in dieser Lebensphase fordert und sicherstellt. Die Abgeordnete beklagte bei ihrer Rede im britischen Parlament, dass die Unterstützung für Frauen in den Wechseljahren in Großbritannien unzureichend sei und Frauen im Stich ließe. Zudem müsse die hausärztliche Ausbildung an den medizinischen Fakultäten, die Unterstützung am Arbeitsplatz, die Vermittlung von Informationen über die öffentliche Gesundheit und die Inhalte der Lehrpläne an Schulen verbessert werden. In der britischen Öffentlichkeit formierten sich Gruppierungen wie die sogenannten „Menopause Warriors“: Frauen, die sich bislang durch die Gesundheitspolitik und bei der medizinischen Versorgung mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen und schlecht versorgt fühlen. Unterstützt wird die Entwicklung in UK von zahlreichen Frauen des öffentlichen Lebens (Journalistinnen, Schauspielerinnen bis hin zu Mitgliedern des britischen Königshauses), die ihre eigenen Wechseljahrsbeschwerden öffentlich machen. All dies führte zu einem deutlichen Anstieg der Verschreibung von Hormonen in den Wechseljahren im UK um rund 25-30 %. Der Titel eines im Juni publizierten Editorials im Lancet fordert: „Attitudes towards menopause: time for a change“¹.

Dr. med. Anneliese Schwenkhagen (links im Bild)
ist niedergelassene Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Hamburg und Spezialistin für gynäkologische Endokrinologie. Sie ist u.a. Vorstandsmitglied der Deutschen Menopause Gesellschaft.

Dr. med. Katrin Schaudig (rechts im Bild)
ist niedergelassene Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Hamburg, Spezialistin für gynäkologische Endokrinologie und Präsidentin der Deutschen Menopause Gesellschaft



Deutsche S3-Leitlinie bietet Handlungsempfehlungen zur Hormonersatztherapie

In Deutschland sieht die Situation nach wie vor deutlich anders aus. Laut aktuell gültiger S3-Leitlinie zur "Therapie und Diagnostik der Peri- und Postmenopause"² soll Frauen mit Hitzewallungen eine Hormonersatztherapie (HRT) angeboten werden, nachdem sie über kurz- und langfristigen Nutzen und Risiken der Therapie aufgeklärt wurden. Gemäß der Statistik der Techniker Krankenkasse (TK) bekamen 2021 aber nur 6,2 Prozent der bei der TK versicherten erwerbstätigen Frauen zwischen 45 und 65 Jahren ein Hormonpräparat verordnet. Die Zahl der Verordnungen sinkt seit Jahren, wie der TK-Gesundheitsreport zeigt. Zur Jahrtausendwende hatten noch 37 Prozent der Frauen Hormone gegen Wechseljahresbeschwerden eingenommen, was sehr gut den Anteil der Frauen, die stark unter Wechseljahrsbeschwerden leiden, reflektiert. Neben Hitzewallungen umfassen diese auch Schlafstörungen, emotionale Labilität, depressive Verstimmungen, Gelenkschmerzen etc. Die Lebensqualität leidet häufig ganz beträchtlich, Frauen berichten, dass sie in ihrer Leistungs- und Belastungsfähigkeit massiv eingeschränkt sind. Eine Studie zur Versorgungssituation von klimakterischen Patientinnen in Deutschland reflektiert ein ähnliches Bild wie das im britischen Parlament geschilderte: Aufklärung über das Klimakterium und die diesem zugrundeliegenden physiologischen Vorgänge sowie die Erläuterung klimakterischer Beschwerden sind erheblich verbesserungswürdig³. Die Untersuchung unterstreicht das oben zitierte Statement der Abgeordneten im Britischen Parlament auch für Deutschland.

Sowohl beim Thema Kontrazeption als auch bei der Beratung von Frauen in der Peri- und Postmenopause ist ein individualisiertes Vorgehen gefordert. Subjektive Bedürfnisse, Leidensdruck, Ängste und Risikoprofil müssen Beachtung finden. Hormonelle und nicht hormonelle Therapieoptionen, pharmakologische und nicht pharmakologische Interventionen gehören selbstverständlich mit in die Beratung. Allerdings muss sich auch bei der Beratung-Honorierung grundlegendes ändern: Anders als bei der Kontrazeption gibt es für die Beratung von Frauen in den Wechseljahren nicht einmal eine spezielle Beratungsziffer.

Großes Defizit in der Aus- und Weiterbildung für gynäkologische Endokrinologie

Die gynäkologische Endokrinologie macht einen großen Teil der Arbeit von niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten aus. Die Facharztausbildung im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe findet aber unverändert vorwiegend in Kliniken statt. Der Bereich gynäkologische Endokrinologie kommt dabei in der Regel zu kurz, wie eine aktuelle Befragung (23.10 bis 7.11.22) zum Ausbildungs- und Kenntnisstand in der gynäkologischen Endokrinologie der Teilnehmer des seit 2011 bestehenden Online-Fortbildungsportals „Gyn to go“ (www.gyntogo.de) zeigt. Zum Zeitpunkt der Zwischenanalyse am 1.10.2022 hatten mehr als 2.000 TeilnehmerInnen die Fragen beantwortet. Von ihnen waren 92 % der Ansicht, dass die praktische Ausbildung im Bereich gynäkologische Endokrinologie verbessert werden muss. 74 % der in der Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte hatten keine Möglichkeit unter Supervision Patientinnen mit hormonellen Problemen zu beraten. Nur 20 % aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer (noch in der Weiterbildung und danach, sowohl in der Niederlassung als auch in der Klinik tätig) fühlen sich im Bereich gynäkologische Endokrinologie gut ausgebildet. Lösungsmöglichkeiten für diese Probleme könnten ein modulares Fortbildungsangebot sein (80 % Zustimmung), welches sowohl Präsenz-/Onlinekurse zu den verschiedenen Bereichen der gynäkologischen Endokrinologie als auch eine engere Verknüpfung der Ausbildung zwischen Klinik und Praxis mit Hospitationen/Mitarbeit in entsprechenden Praxen/Ambulanzen beinhalten könnte⁴.

Korrespondierende Autorin

Dr. Anneliese Schwenkhagen

schwenkhagen@hormone-hamburg.de

Literatur

1. The Lancet. Attitudes towards menopause: time for change. Lancet. 2022 Jun 18;399(10343):2243. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01099-6. PMID: 35717972.
2. Peri- and Postmenopause – Diagnosis and Interventions. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S3 Level, AW MF Registry No. 015-062, January 2020). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-062.html>
3. Stute P, Eversheim H, Ortius-Lechner D, May M, Feig C. Care reality of menopausal women in Germany: healthcare research using quantitative (SHI claims data) and qualitative (survey) data collection. Arch Gynecol Obstet. 2022 Aug;306(2):513-521.
4. Gyn to go- Umfrage zu Ausbildungs- und Kenntnisstand im Bereich gynäkologische Endokrinologie vom 23.10.- 7.11.22, data on file (Schwenkhagen A, Schaudig K, Gröning T, Ramsauer B)

Update aus der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e.V. (AGG)

Die im Jahr 2014 gegründete AGG vertritt unter dem Dach der DGGG den Schwerpunkt der perinatalen Medizin. Die wichtigsten Aufgaben der AGG sind die Erstellung und Entwicklung von Standards und Leitlinien für die Geburts- und Pränatalmedizin sowie die Koordination wissenschaftlicher Untersuchungen zur Weiterentwicklung der Geburtshilfe. Die AG ist zentraler Ansprechpartner für Fragestellungen rund um das Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für Politik und Presse. Zehn Sektionen mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Schwerpunkten garantieren eine ausgewiesene wissenschaftliche und klinische Expertise in allen Bereichen der Geburtshilfe und Pränatalmedizin.

Leitlinien zu vaginaler Geburt am Termin, Kaiserschnitt und Sars-CoV-2 in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Allein im Zeitraum von 2020-2022 wurden insgesamt 13 Leitlinien unter Mitarbeit der AGG neu erstellt oder überarbeitet. Die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ sowie „Sectio caesarea“ konnten anhand einer systematischen Literatursuche grundlegende Fragestellung zur geburtshilflichen Betreuung klären und evidenzbasierte Empfehlungen generieren. Bereits im März 2020 konnte frühzeitig eine S1-Leitlinie als Leitfaden für die Betreuung von Schwangeren in der COVID-19-Pandemie veröffentlicht werden. Im März 2022 wurde sie als S2k-Leitlinie „Sars-CoV-2 in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ aktualisiert. Diese und alle übrigen Leitlinien geben ÄrztInnen, aber auch Hebammen und anderen Berufsgruppen wichtige Handlungsempfehlungen zum Wohle der uns anvertrauten Schwangeren und ihrer Kinder.

Nationale Registerstudien initiiert

Über die Leitlinien hinaus geben aktuelle Empfehlungen der AGG zur Betreuung von Schwangeren mit internistischen Erkrankungen wie chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Hepatitiden, Schilddrüsenerkrankungen sowie immunologischen Erkrankungen einen aktuellen Überblick über die Betreuung dieser Risikoschwangerschaften. Unter dem Dach der AGG sind in den letzten zwei Jahren verschiedene wissenschaftliche Studien initiiert und unterstützt worden. Hier sind exemplarisch Studien zur Verbesserung der Prognose von Feten mit Wachstumsproblemen, zur Prävention, Diagnostik und Behandlung der Präeklampsie, zur Betreuung von Zwillingsschwangerschaften sowie zur Vermeidung von Frühgeburten zu nennen. Nationale Registerstudien zur Betreuung von Schwangerschaften nach bariatrischer Operation sowie zum intrauterinen Fruchttod bei Frauen mit Diabetes mellitus wurden initiiert.

AGG State of the Art vom 12. bis 13. Mai 2023 in Berlin

Einen wichtigen Tätigkeitsschwerpunkt stellt die Weiterbildung von ÄrztInnen und Hebammen dar. Seit Gründung der AG findet alle zwei Jahre ein AGG State of the Art-Kongress statt, der die jeweils aktuellsten Empfehlungen und neusten Entwicklungen zur Behandlung unserer Patientinnen und ihrer Kinder zusammenträgt. Wir freuen uns bereits auf den nächsten AGG State of the Art vom 12. bis 13. Mai 2023 in Berlin als Präsenzveranstaltung. AGG-zertifizierte

Prof. Dr. med. Markus Schmidt ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Sana Kliniken Duisburg. Im AGG-Vorstand fungiert Prof. Schmidt als amtierender Schatzmeister.



Basiskurse für Geburtshilfe und Perinatalmedizin sowie geburtshilfliche Simulationstrainings ermöglicht es teilnehmenden ÄrztInnen, Notfallsituationen zu trainieren und damit für den klinischen Notfall gewappnet zu sein.

Aktuelle Probleme: Kreißsaalschließungen und Personalmangel

Die Geburtshilfliche Versorgung in Deutschland befindet sich derzeit in einem großen Wandel. Schließungen von geburtshilflichen Abteilungen sowie Personalmangel in bestehenden Kliniken prägten die letzten zwei Jahre. Hier ist die AGG wichtiger Berater von politischen Entscheidungsträgern und an verschiedenen Stellungnahmen beteiligt. Die AG Geburtshilfe und Pränatalmedizin innerhalb der DGGG ist eine höchst aktive Gruppe, die die Geburtshilfe in Deutschland mit- und weiterentwickelt. Interessierte FachärztInnen sind jederzeit eingeladen, unsere Tätigkeit zu unterstützen.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Markus Schmidt
Chefarzt Frauenheilkunde/Geburtshilfe
Sana Kliniken Duisburg
Markus.Schmidt@Sana.de

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der AGG e.V.

Update aus der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie e.V. (AGO)

Die AGO ist eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). AGO-Mitglieder müssen auch Mitglieder der DGGG und der DKG sein. Zu den Zielen der AGO zählen die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen (Brustkrebs, Eierstockkrebs, Gebärmutterkrebs, Schamlippen- und Scheidenkrebs) und die wissenschaftliche Beschäftigung mit diesen Karzinomen. Dazu ist sie in Organkommissionen gegliedert. Zusätzliche Kommissionen der AGO sind die zur transnationalen gynäkologischen Onkologie (Grundlagenforschung) und zur Komplementärmedizin der gynäkologischen Onkologie.

Zwei AGO-Mitglieder haben den Deutschen Krebspreis 2020 erhalten:

- Frau Prof. Rita Schmutzler
- Herr Prof. Andreas du Bois.

AGO-Kommissionen leiten einige S3-Leitlinien, wie die für das Mammakarzinom und das Vulvakarzinom und arbeiten an anderen Handlungsempfehlungen mit. Laufende Aktualisierungen dieser Leitlinien und der Therapie-Empfehlungen der Kommission der AGO setzen die aktuellsten Ergebnisse aus der klinischen Forschung in die klinische Praxis zur Versorgung der Frauen mit Krebserkrankungen um.

Wesentliche Veränderungen in der Behandlung der gynäkologischen Karzinome in den vergangenen Jahren (Auswahl)

- Reduktion der operativen Radikalität beim Brustkrebs (Reduktion der Radikalität der Brustoperation und der Entfernung von Lymphknoten aus der Achselhöhle, insbesondere nach neoadjuvanter (präoperativer) Chemotherapie. Die Studiengruppe AGO-B beteiligt sich dazu an der internationalen AXSANA-Studie zur Einführung des Sentinel-Node-Konzeptes (Entfernung von repräsentativen Lymphknoten nach neoadjuvanter Chemotherapie und damit Reduktion der operativen Radikalität).
- Die medikamentöse Behandlung vor der Operation eines Mammakarzinoms ist Standard für nahezu alle Patientinnen mit einem Brustkrebs. Dies gilt sowohl für die aggressiven Formen des Brustkrebses, die neben einer Chemotherapie seit 2022 auch eine Immuntherapie mit einem Checkpoint-Inhibitor erhalten als auch für Patientinnen mit einem hormonabhängigen Brustkrebs, die vor der Operation eine endokrine (hormonelle) Therapie erhalten. An der Veränderung der Brustkrebszellen nach dieser medikamentösen Behandlung werden die weiteren Behandlungen nach der Operation (postneoadjuvant s. Punkt 3) festgemacht.
- Post-neoadjuvante Therapie: Diese zielgerichtete Therapie nach neoadjuvanter Therapie setzt gezielt Medikamente ein, die anhand von Ergebnissen wissenschaftlicher Studien die Heilungsrate erhöht haben durch die Eliminierung von bis dahin resistenten Tumorzellen. Deutsche Studiengruppen (GBG, WSG, AGO-B,

Prof. Dr. med. Jens-Uwe Blohmer ist Direktor der Klinik für Gynäkologie mit Brustzentrum an der Charité-Universitätsmedizin Berlin - Campus Charité Mitte und Vorsitzender der AGO – Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie e.V.



SUCCESS) haben dieses Konzept entwickelt und führen dazu aktuelle Studien durch (SASCIA).

- Einführung der Immuntherapie in die Behandlung von Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen. Beim Brustkrebs werden Checkpoint-Inhibitoren eingesetzt vor der Operation, nach der Operation und bei metastasiertem (gestreutem) Brustkrebs. Beim fortgeschrittenem Zervixkarzinom (Gebärmutterhalskrebs) und bei einigen Formen des Endometriumkarzinoms (Gebärmutterkrebs) werden diese Checkpoint-Inhibitoren in Kombination mit anderen Medikamenten aufgrund positiver Studiendaten in der klinischen Routine eingesetzt. Die Grundlagen für diesen Routine-Einsatz haben ebenfalls deutsche Studiengruppen (AGO-Ovar, NOGGO) mit erarbeitet.
- Zur Erfassung der Therapierfolge werden zunehmend PROMS (Patient reported outcome measures, Messung des Therapieerfolges aus Sicht der Patientin) eingesetzt. Studiendaten belegen, dass dadurch neben der Lebensqualität der betroffenen Frauen auch deren Heilungsrate verbessert wird. Zum Thema PROM werden auf dem Gebiet der gynäkologischen Onkologie in Deutschland eine Reihe von z.T. öffentlich geförderten Studien durchgeführt (z.B. Pro-B) mit dem Ziel die Lebensqualität und die Heilungsraten weiter zu verbessern.
- Einführung von ADC (Antikörper-Drug-Conjugate). Mit diesen neuartigen Hybriden, bei denen der Antikörper an Rezeptoren der Tumorzellen andockt, von dieser zusammen mit dem anhängenden Chemotherapeutikum aufgenommen wird und schließlich in der Tumorzelle freigesetzt wird („Trojanisches Pferd). Das Chemo-Therapeutikum wird in der Tumorzelle freigesetzt, tötet diese und danebenliegende weitere Tumorzellen. Diese zielgerichtete Behandlung ist effektiver als die bisherige Chemotherapie allein oder kombinierte Chemotherapie mit einer Antikörper-Therapie bei geringeren Nebenwirkungen. Wesentliche Gewinne in der Überlebenszeit der Patientinnen mit metastasiertem und frühen Brustkrebs wurden in Studien erreicht und führten zur Zulassung international und in Deutschland. An den zugrundeliegenden Studien haben sich ebenfalls deutsche Studiengruppen und deutsche Kliniken beteiligt.

Arbeitsgemeinschaft „Young Talents“ zur Nachwuchsgewinnung

Neben der Verbesserung der klinischen Versorgung unserer Patientinnen, der Durchführung klinischer Studien und der Arbeit an den Therapieempfehlungen und Leitlinien hat sich die AGO in den letzten Jahren die Gewinnung des klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchses und die Verbesserung der internationalen Zusammenarbeit zum Ziel gesetzt. Es wurde die Arbeitsgemeinschaft „Young Talents“ der AGO gegründet. Gynäkologinnen und Gynäkologen haben sich mit ihren bisherigen klinischen und wissenschaftlichen Ergebnissen für dieses Fortbildungs- und Mentoring-Programm beworben. 12 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben 2022 mit erfahrenden Gynäkologinnen und Gynäkologen wissenschaftliche und klinische Themen besprochen und diskutiert und ebenso Themen zur beruflichen Weiterentwicklung und Karriere-Planung. Persönliche Treffen haben stattgefunden. Das nächste Treffen wird auf dem DGGG-Kongress stattfinden. Die AGO und die gynäkologische Onkologie stehen wegen ihrer klinisch-wissenschaftlich und psychologischen Anforderungen im Wettbewerb mit anderen Fachrichtungen und Fachgesellschaften der Gynäkologie. Ein Mitglied der „Young Talents“ wird auf dem DGGG-Kongressden AGO-Preis erhalten.

Die AGO ist international aktiv

Die internationale Zusammenarbeit mit der ESGO (European Society of Gynecological Oncology) wurde vertraglich geregelt, gemeinsame Kongresse, wie der ESGO-Kongress in Berlin (Oktober 2022) werden gestaltet, die virtuellen Angebote der ESGO stehen den AGO-Mitgliedern zur Verfügung und gemeinsame Studien werden durchgeführt.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Jens-Uwe Blohmer

jens.blohmer@charite.de

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie e.V.

Update aus der Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie e.V. (AWOgyn)

Die letzten zwei Jahre waren natürlich auch für die AWOgyn e.V. durch die Pandemie beeinflusst – die klinische Tätigkeit eines jeden von uns war erheblich schwieriger umzusetzen. Die AG konnte die Zeit jedoch sehr gut nutzen, um an ihrem Format zu feilen und sich weiterzuentwickeln. Im Vordergrund standen dabei

- 1) die **Förderung der Ausbildung junger GynäkologInnen**,
- 2) die **Öffnung der AWOgyn e.V. Richtung Europa** und die damit assoziierte Internationalisierung sowie
- 3) die **Überprüfung von neuen operativen Tools** in der Senologie im Rahmen von Studien.

Letzteres geschah gezielt, um in dem manchmal unübersichtlichen Markt neuer Medizinprodukte weniger Eminenz denn Evidenz zu schaffen.

Deeskalation in der Brustkrebstherapie schreitet voran

Die Systemtherapie des Mammakarzinoms unterliegt schon seit mehr als einer Dekade einem Prozess der Deeskalation. Dabei wird unterschieden, wer ein hohes und wer ein niedriges Rückfallrisiko hat und in der Folge entsprechend aggressiv oder weniger aggressiv therapiert wird. Diese Deeskalation hat mittlerweile auch in der Operation des Mammakarzinoms Fuß gefasst. Vor allem die Operation der axillären Lymphknoten steht unter einer intensiven Diskussion und Evaluation. So wird einer Patientin bzw. einem Patienten mit befallenen axillären Lymphknoten (nach Biopsie mit einem Clip oder ähnlichem markiert), die oder der nach einer neoadjuvanten Chemotherapie nur noch klinisch unauffällige Lymphknoten in der Achselhöhle aufweist, nicht mehr die gesamte Achselhöhle operiert. Vielmehr wird bei diesen PatientInnen sowohl der mittels Clip markierte Lymphknoten als auch der Wächterlymphknoten entfernt und bei fehlender Tumorfiltration auf die komplette Achselhöhlenoperation verzichtet. Diese kombinierte Technik wird targeted axillary dissection (TAD) genannt. Viele neue Markierungstools (Clips, Radarreflektoren, magnetische Seeds, etc.) sollen, unter anderem bei der TAD, helfen, deeskalierende operative Strategien zu unterstützen, sollten dann allerdings auch einer prospektiven und neutralen Evaluation unterzogen werden. Daher hat die AWOgyn e.V. begonnen, neue operative Tools (Schnittrandmessung, ADMs, Netze und Marker) im Rahmen von Studien zu untersuchen und mittlerweile auch eigene Studien aufgelegt. Dabei wird auch auf Europäischer Ebene mit der European Breast Cancer Research Association (EUBREAST) kooperiert.

AWOgyn Junior Academy – persönliches Mentorship für junge FachärztInnen

Gemeinsam mit dem Jungen Forum der DGGG e.V. wurde die Junior Academy der AWOgyn e.V. ins Leben gerufen, ein Curriculum erstellt und ein persönliches Mentorship für die nachwachsende Generation etabliert. Zahlreiche Bewerbungen zeugen vom Interesse an diesem Projekt. Ziel ist es, die junge Generation für die senologischen Operationen und die Senologie im Allgemeinen zu begeistern, um sich am Ende eventuell als Breast Surgeon der

Prof. Dr. med. Marc Thill
ist Chefarzt der Klinik für
Gynäkologie und Gynäkologische
Onkologie am AGAPLESION
MARKUS KRANKENHAUS Frankfurt
am Main und 1. Vorsitzender der
AWOgyn.



AWOgyn e.V. zertifizieren zu lassen. Dieses Ausbildungskonzept wird schon seit vielen Jahren erfolgreich gelebt. Auch hier ist der erste Schritt in Richtung einer Europäischen Kooperation gemacht, da die AWOgyn e.V. bereits mit der European Breast Surgical Oncology Certification (BRESO) zusammenarbeitet. Für AnfängerInnen, aber auch für Fortgeschrittene wurde zudem 2020 sehr erfolgreich eine Webinarreihe etabliert, bei welcher unterschiedlichste Themen rund um die operativ-rekonstruktive Senologie bearbeitet werden. Somit wurde die zunehmende Virtualisierung im Rahmen der Ausbildungsunterstützung effektiv genutzt.

Blicken wir nach vorn, so wird das neue Gesicht der AWOgyn e.V. ein internationaleres und wissenschaftlicheres sein, dass auch im Rahmen der Ausbildung noch stärker wahrgenommen werden wird, nicht nur hierzulande, sondern auch in Europa.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Marc Thill

Chefarzt Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie

AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS

Frankfurt am Main

Marc.Thill@agaplesion.de

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der AWOgyn e.V.

Update aus der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Endoskopie e.V. (AGE): Konsequente Umsetzung von Aus- und Weiterbildungskonzepten

Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie e.V. (AGE) verfolgt neben ihrem wissenschaftlichen Anspruch vor allem die chirurgische Aus- und Weiterbildung ihrer Mitglieder.

Für WeiterbildungsassistentInnen und FachärztInnen im Gebiet „Gynäkologie und Geburtshilfe“ haben sich seit 2005 das Zertifizierungskonzept „Minimal Invasive Chirurgie“ (MIC) der Stufen 1-3 und die institutionelle Zertifizierung zum MIC-Ausbildungszentrum etabliert. Derzeit sind von den 2.200 Mitgliedern der AGE 1.470 MIC-zertifiziert, daneben gibt es im deutschsprachigen Raum 23 zertifizierte AGE-Ausbildungszentren. Seit 2022 wird zusätzlich ein Programm für roboterchirurgische Eingriffe in das AGE-Ausbildungscurriculum integriert (Deutsches Curriculum für robotische Chirurgie in der Gynäkologie).

Zusätzlich wurde ein standardisiertes Ausbildungsprogramm, das Skills Training, entwickelt. In einer herkömmlichen, dem traditionellen Pelvitainer vergleichbaren Plastikbox können mit Hilfe echter laparoskopischer Instrumente verschiedene standardisierte Aufgaben durchgeführt werden. Bestimmte Aspekte der teils komplexen Übungen, wie beispielsweise das laparoskopische Nähen, werden durch verschiedene Sensoren gemessen. So werden die Instrumentenbewegungen – und damit die Zielgenauigkeit, der Zug oder Druck auf Zielstrukturen als Ausdruck der Feinmotorik und die benötigte Zeit erfasst. Mit weiteren Parametern wird dann ein Gesamtwert gebildet und sofort an den Übenden zurückgemeldet. In einer Studie konnten Zielwerte für die einzelnen MIC-Stufen definiert werden, die als Zielwerte für die MIC-Zertifizierung dienen. Die AGE e.V. hat für ihre Mitglieder gerade in die neueste Version des Skills Trainers investiert und fünf neue Geräte angeschafft.

Nicht zuletzt durch dieses strukturierte Vorgehen ist die AGE e.V. zu einem wichtigen Bestandteil der gynäkologisch-operativen Ausbildung in Deutschland geworden. Die objektive und nachvollziehbare Zertifizierung „MIC“ hat sich längst als Gütekriterium, z.B. bei Anforderungsprofilen oder Bewerbungen etabliert. Auch in Zukunft wird der Fokus der AGE e.V. auf der chirurgischen Ausbildung der GynäkologInnen und der Weiter- und Neuentwicklung von Verfahren und Techniken in der operativen Gynäkologie liegen.

Korrespondierender Autor
Prof. Dr. Uwe Andreas Ulrich
Uwe.Ulrich@jsd.de

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der AGE e.V.

*Prof. Dr. med. Uwe A. Ulrich
ist Chefarzt der Frauenklinik am
Martin Luther Krankenhaus in Berlin
und Präsident der AGE e.V.*



*PD Dr. med. Andreas Hackethal
ist Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe in der Frauenklinik
an der Elbe in Hamburg und 2.
Stellvertretender AGE-Präsident*



Update aus der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB e.V.): Geburtshilfe und Beckenboden – diese Risiken erhöhen Funktionsstörungen

Fast 24 % der Frauen nach vaginaler Geburt entwickeln im späteren Leben eine Beckenbodenfunktionsstörung. Hauptursache ist eine sogenannte Avulsion des Musculus levator ani, die auch nach scheinbar unauffälliger Spontangeburt auftreten kann. Solche Levatordefekte treten bei bis zu 20 % der Frauen nach vaginaler Geburt auf. Es ist bekannt, dass Frauen mit Levatordefekten im späteren Leben ein schlechteres Outcome nach rekonstruktiver Beckenbodenchirurgie aufweisen, ebenso ein höheres Risiko für einen Rezidiv-Descensus. Levatordefekte korrelieren mit höherem Lebensalter bei der Geburt, einer verlängerten AP (Austreibungsperiode) und haben eine dreifach höhere Prävalenz nach Forcepsentbindung (Zangengeburt). Dieses Kollektiv profitiert bei später notwendigen Eingriffen am Beckenboden von Gewebeersatz.

Potentielle Faktoren und deren Beeinflussung

Nachdem in den entwickelten Ländern die Entbindung für Mutter und Kind in Bezug auf fetale und maternale Morbidität und Mortalität weitgehend sicher geworden ist, kommen nun bisher weniger beachtete Aspekte über die Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf den Beckenboden in den Fokus einer gesellschaftlichen Diskussion. Die Schwangerschaft und insbesondere die vaginal-operative Entbindung kann zu einem potentiellen Risikofaktor bei der Entwicklung von Beckenbodenfunktionsstörungen, wie Belastungsharninkontinenz und Deszensus genitalis (Senkung der Gebärmutter und Scheide), werden. Einige Faktoren lassen sich nicht beeinflussen: Genetisch veranlagte Bindegewebsschwäche, Anatomie des Beckens, Anlage der Muskulatur und auch in vielen Fällen das Kindsgewicht (3 % Risikosteigerung pro 100 g Kindsgewicht) sind nicht oder nur wenig beeinflussbar. Rein rechnerisch sind bei acht bis neun Frauen Kaiserschnitte notwendig, um bei einer von ihnen eine spätere Harninkontinenz zu vermeiden.

Andere Faktoren lassen sich durchaus beeinflussen: Adipositas (3 % Risikosteigerung pro BMI unit), Nikotinabusus, maternales Alter bei der ersten Geburt und eine wenig trainierte Beckenbodenmuskulatur gehören dazu. Ebenso ist mittlerweile bekannt, dass eine Zangengeburt gravierendere Folgen für den Beckenboden hat als eine Vakuumextraktion und daher nur besonderen Situationen vorbehalten bleiben sollte.

Prof. Dr. med. Boris Gabriel
ist Chefarzt am St. Josefs-Hospital
Wiesbaden und am Standort
Rüdesheim, Abt. für gyn. Chirurgie
sowie Präsident der AGUB e.V.



Prof. Dr. med. Christl Reisenauer
leitet die Abteilung Urogynäkologie
am Universitätsklinikum Tübingen



Gefährliche und protektierende Gebärpositionen

In einer der größten Universitätskliniken-Kohorten wurden fast 49.000 Lebendgeburten zwischen 2007 und 2016 analysiert und Risikofaktoren bezüglich des Auftretens von sogenannten OASIS (Obstetric Anal Sphincter Injuries) evaluiert. Es zeigte sich, dass eine Entbindung auf dem Gebärhocker das Risiko für das Auftreten solcher Verletzungen signifikant um den Faktor 3.2 erhöhte – genau so stark wie eine Forcepsentbindung. Nur der Umstieg Vakuum-Forceps erhöhte das relative Risiko noch stärker auf das fast fünffache. Seitliche Gebärpositionen und Knie-Ellenbogenlage hingegen wirkten protektiv. Andere Faktoren sind in der Literatur eher nicht mit einem erhöhten Risiko assoziiert, wie z. B. eine Periduralanästhesie (PDA) sub partu.

„Wir wissen im Voraus nicht mit Sicherheit, wer eine Schädigung des Beckenbodens durch die Geburt erleiden wird. Daher sollten wir – wie in der Medizin üblich – aus einer Intention-to-treat Perspektive evidenzbasiert, emotionsfrei und nicht wertend aus „ex ante“ Sicht beraten.“

(Prof. Dr. med. Boris Gabriel)

Prävention und Behandlung

Schwerpunkt der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Behandlung, aber auch gleichzeitig die Prävention von Beckenbodenfunktionsstörungen, unabhängig davon, welche Ursachen zu Grunde liegen.

Leider gibt es bislang keinen nachweisbaren Langzeiterfolg von gezieltem Beckenboden- und Blasentraining. Dies zeigte u. a. eine randomisiert-kontrollierte Langzeitstudie mit 12 Jahres-Follow-up-Daten. Ursache könnten unzureichende Bedingungen für das Bindegewebe sein. Hier gibt es mittlerweile verschiedene Ansätze für die Primär- und Sekundärprävention wie z. B. präpartal eingesetzte Hilfsmittel (sog. „Birth Trainer“) oder neuartige Pessare, die den bindegewebigen Stützapparat sowie die Sakrouterinligamenta nach Geburt im Wochenbett entlasten sollen (z. B. Restifem). Prospektive Studien sind zur Beurteilung der Effektivität dieser Devices notwendig, da Langzeitergebnisse hier bisher fehlen.

Aufklärung, Betreuung und Beratung

Aus Sicht der AGUB e. V. gibt es verschiedene Zeitpunkte und Möglichkeiten, Frauen über potentielle Veränderungen am Beckenboden aufzuklären. Im Allgemeinen sollte darüber informiert werden, dass Übergewicht und Nikotinabusus mit negativen Effekten behaftet sind, ganz unabhängig von einer Schwangerschaft und Geburt. Spätestens jedoch in der Schwangerschaft sollte beides thematisiert werden: Die Faktoren, die das Risiko eines makrosomen Kindes erhöhen, steigern auch das Risiko eines Beckenbodenschadens bei einer vaginalen Geburt, insbesondere, wenn auch noch vaginal-operativ (mit Vakuum oder Forceps) entbunden werden muss.

Die meisten Frauen wünschen sich eine vaginale Entbindung. Zunehmend fragen Schwangere und werdende Elternpaare aber auch nach den Risiken und möglichen Folgeschäden einer vaginalen Geburt. Hier gilt es, diese über die Vorteile der natürlichen Geburt aufzuklären. Es muss aber auch auf die Ängste der Frauen eingegangen werden. Dies verlangt bei der Beratung sehr viel Fingerspitzengefühl. Wir wissen im Voraus nicht mit Sicherheit, wer eine Schädigung des Beckenbodens durch die Geburt erleiden wird. Daher sollten wir – wie in der Medizin üblich – aus einer Intention-to-treat Perspektive evidenzbasiert, emotionsfrei und nicht wertend aus „ex ante“ Sicht beraten.

Individuelle Risikoberechnung für eine Beckenbodenschädigung

Wissenschaftlich gesichert ist eine erhöhte Prävalenz von Harninkontinenz und Descensus genitalis für Frauen mit einer Körpergröße von weniger als 160 cm mit einem Kindsgewicht von mehr als 4.000 g. Hinzu kommen Alter über 35 Jahre und die positive Familienanamnese für Beckenbodenerkrankungen. International wurde durch die Auswertung verschiedener Langzeitstudien ein System der Risikostratifizierung entwickelt, das als UR-CHOICE-Rechner online verfügbar ist (http://riskcalc.org/UR_CHOICE/). Das System berechnet langfristige Prävalenzen von Beckenbodenfunktionsstörungen in Abhängigkeit des Geburtsmodus anhand zahlreicher, individueller Parameter. Mit dem UR-CHOICE-Rechner kann den betroffenen Frauen wertneutral dargestellt werden, wie ihr individuelles Risiko für eine Beckenbodenschädigung durch Schwangerschaft und Geburt objektiv ist. Für den individuellen Fall lässt sich daraus ableiten, ob und wie stark eine Sectio das Risiko reduzieren könnte. Der protektive Effekt einer Sectio ist dabei bei einer Patientin ohne Risikoprofil marginal, bei einer Hochrisikopatientin kann die Sectio aber durchaus zu einer deutlichen Reduktion des Risikos für eine Beckenbodenschädigung führen, das betrifft insbesondere die schwere Harninkontinenz. Wohlgemerkt, die UR-CHOICE-Risikostratifizierung trägt v. a. dazu bei, das große Normalkollektiv darin zu bestärken, natürlich zu gebären, denn sie zeigt auch, dass die protektiven Effekte einer elektiven Sectio nur bei erheblichen Risikokonstellationen wirksam werden.

Durch evidenzbasierte Indikationen auf der Basis individueller Risikoprofile können unnötige Kaiserschnitte vermieden und die Gesundheit von Mutter und Kind unterstützt werden. Hierzu gehört auch die Risikoabwägung bei der Betrachtung der Vor- und Nachteile einer vaginalen Geburt im Vergleich zur Sectio. Da die Wahl um den in einer individuellen Situation idealen Geburtsmodus nicht nur die werdende Mutter, sondern auch das Neugeborene betrifft, ist es auch für die AGUB e. V. selbstverständlich, neonatologische Aspekte in eine entsprechende Risikoauflärung zu integrieren.

Ausblick

Wir wünschen, dass die frauenärztliche Versorgung die genannten Themenkomplexe in eine individualisierte und spezifisch beratende Betreuung von schwangeren Frauen implementiert. Hierzu ist die fachliche Expertise der FrauenärztInnen wesentlich, da wir häufig alle Bereiche unseres Faches überblicken und damit eine individuelle Risikostratifizierung und Beratung gewährleisten können.

Es sei darauf hingewiesen, dass auch die AGUB e. V. die vaginale Geburt als einen natürlichen Vorgang ansieht, in den nur mit Sorgfalt eingegriffen werden sollte. Gleichwohl weist das Kollektiv der Schwangeren, die wir als FrauenärztInnen sehen, häufig nicht nur natürliche, sondern auch erhebliche zusätzliche Risikofaktoren auf. Daher sind wir FrauenärztInnen in der Pflicht, auf gesellschaftliche Veränderungen, wie zum Beispiel ein zunehmendes maternales Alter und erhöhtes Gewicht bei der ersten Geburt und auch damit verbundene weitere Risikoprofile zu reagieren und über Aspekte einer beckenbodenprotektiven Geburtshilfe zu informieren. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist es, weiter an sekundären und tertiären Prophylaxen zu arbeiten und dem Forschungsbedarf auf diesem weiten Feld nachzukommen. Nur gemeinsam mit der Geburtsmedizin, den Hebammen und Wochenbettpflegenden, der Neonatologie, Anästhesie und Physiotherapie kann eine differenzierte Betrachtung dieses komplexen Themas möglich sein.

Die Bereiche des Beckenbodens, der Blasen-, Darm- und Sexualfunktion, spielen lebenslang eine Rolle. Die AGUB e. V. sieht ihre Aufgabe darin, nicht nur therapeutisch, sondern auch präventiv zu agieren und hierbei die gesamte Lebensspanne der Frau im Blick zu haben.

Korrespondierender Autor
Prof. Dr. med. B. Gabriel
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH
bgabriel@joho.de

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der AGUB e.V.

Update für die Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Ein Schwerpunkt der gynäkologischen Endokrinologie ist die medikamentöse Einführung des Estrogenmetaboliten Estetriol, den man quasi als ein „embryofetales“ Estrogen bezeichnen kann, da es physiologisch vor allem in der embryofetalen Leber synthetisiert wird. Dem Estetriol werden sehr gute Wirk- und Stoffwechselprofile nachgesagt, was insbesondere für die hormonelle Substitution (HRT) in den Wechseljahren und auch davor von großer Bedeutung sein dürfte.

Auch eine neue Therapiemodalität, hier in der Behandlung des „vegetativen Menopausensyndroms“ (z.B. Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Erblassen/Erröten) sind die sogenannten Neurokinin-3-Antagonisten.

Eine weitere Neuigkeit sind Arzneimittelspezialitäten für den oralen Einsatz von sogenannten GnRH-Antagonisten. Diese Substanzen mussten bisher gespritzt werden. Sie werden v.a. in der hormonellen Stimulationsbehandlung eingesetzt, grundsätzlich ist eine Anwendung auch in der Behandlung von Myomen oder der Endometriose denkbar.

Weiterhin ein wichtiges Thema: Das PCO-Syndrom (polycystische Ovarien). In der Diskussion stehen u.a. neue Therapieansätze wie z.B. Kisspeptin. Insbesondere das Auftreten des PCO-S bei übergewichtigen und sehr übergewichtigen Patientinnen mit Kinderwunsch stellt eine große medizinische Herausforderung dar. Hier sind die GLP-1- Rezeptorantagonisten zur Gewichtsreduktion und Verbesserung des Insulinmetabolismus ein Thema.

In der Reproduktionsmedizin steht weiterhin die Fertiprotektion im Mittelpunkt des Interesses, also die Gesamtheit medikamentöser und operativer Strategien, die dazu dienen sollen, Frauen (und auch Männern) die Fertilität zu erhalten, wenn sie an einem bösartigen Tumor (Karzinom) erkrankt sind.

Die Präimplantationsdiagnostik (PID) ist mittlerweile in der rechtlichen und medizinischen Routine angekommen. Knapp 90 % aller PID-Anträge in der Bundesrepublik Deutschland konzentrieren sich auf die Bayerische Ethikkommission und die vier lizenzierten humangenetischen Zentren in Bayern. Hier geht es um ein Update dieser genetischen Untersuchung von Embryonen, aber auch um die Frage, ob genetische Untersuchungen aus dem Kulturmedium ("nichtinvasive PID"), die bisher als Standard geltende Trophektodermibiopsie (TEB) ablösen können.

Social Freezing – Vorbereitung für die späte Elternschaft

Weiterhin ein Diskussionsthema: das „Social Freezing“. Hierbei geht es um das Einfrieren eigener Eizellen in jungen Jahren, um auf diese bei der Realisation des Kinderwunsches in einem höheren Alter zurückgreifen zu können. Der Hintergrund: Eizellen werden im Leben einer Frau nur einmal gebildet (ca. 3. Embryonalmonat) und verlieren mit fortschreitendem Lebensalter an Vitalität und genetischer Kompetenz; so sind z.B. bei einer 40-jährigen Frau im Schnitt 50-60 % aller Oozyten bereits genetisch auffällig.

Prof. Dr. med. Wolfgang Würfel

ist Ärztlicher Leiter des Kinderwunsch Centrum München, Co-Präsident des 64. DGGG-Kongresses 2022 in München und Vertreter auf der Pressekonferenz



Eine immer größere Rolle spielt das Verständnis der Keimbesiedlung der Gebärmutter-schleimhaut („Mikrobiom“), also die Bestimmung der viralen, bakteriellen und auch Pilzbesiedelung. Diese Diagnostik ist mittlerweile sehr präzise durchführbar, und zwar Dank molekulargenetischer Untersuchungen wie der PCR, dem NGS („Next generation sequencing“) und/oder dem WGS („Whole genome sequencing“). Offenbar spielt diese Keimbesiedlung eine wichtige Rolle im Hinblick auf das Implantationsmilieu, aber auch auf die Reaktion des Immunsystems, namentlich der natürlichen Killerzellen. Und deren Funktion und Bedeutung rückt zunehmend in den Mittelpunkt, v.a. wenn es um wiederholte Aborte (RSA), aber auch Schwangerschaftspathologien geht.

Wachsendes Wissen über die Immunologie im Rahmen der Implantation

Generell rückt die Immunologie und ihr Verständnis immer mehr in den Vordergrund. In der Reproduktionsmedizin geht es dabei um das Verständnis des Implantationsvorganges, also des Rätsels, warum das Immunsystem - entgegen seiner Uraufgabe, also der Abstoßung fremder Zellen - gerade in der Schwangerschaft dies nicht umsetzt und sogar den Fortgang der Schwangerschaft nachhaltig unterstützt. Hier werden neue Interaktionsmechanismen im Bereich des HLA-Systems vorgestellt, die nicht nur eine Bedeutung für die embryonale Nidation besitzen, sondern ganz offensichtlich auch im Hinblick auf die Ausbreitung bösartiger Zellen: denn eines der Probleme der Krebserkrankung ist ja, warum das Immunsystem – auch hier wiederum entgegen seinen genuinen Aufgaben – gerade bei Malignomen nicht adäquat reagiert und diese Zellen dementsprechend eliminiert. Die immunologischen Interaktionen und Regelkreise spielen auch eine immer größere Rolle im Verständnis von pathologischen Schwangerschaftsverläufen wie der Ausbildung der Präeklampsie, aber auch in der Etablierung von neuen Behandlungsmethoden in der Onkologie wie z.B. der CAR-T-Zell-Therapie, bei der man sich eines chimären Rezeptors bedient, um T-Zellen suffizient an ein Malignom zu binden. Das Verständnis dieser immunologischen Interaktionen ist ein genuin gynäkologisches Thema, da hier die Einnistung eines Embryos und das Austragen bis hin zur Geburt ein tägliches, physiologisches Ereignis ist, das ohne eine adäquate und passgenaue Steuerung durch das Immunsystem nicht möglich wäre.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Wolfgang Würfel
dr.w.wuerfel@ivf-muenchen.de

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der Deutschen Gesellschaft der Reproduktionsmedizin.

Update aus den Universitären Reproduktionsmedizinischen Zentren (URZ)

Die Reproduktionsmedizin ist das jüngste Teilgebiet der Frauenheilkunde mit besonderen Herausforderungen in Forschung, Innovation und gesellschaftspolitischer Interaktion. Aktuelle Aspekte wie Nutzung von künstlicher Intelligenz zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und Erfolgsraten assistierter reproduktionsmedizinischer Therapien als auch die individualisierten Therapien sind Aufgaben, die vor allem an universitären reproduktionsmedizinischen Zentren bearbeitet werden. Anders als die meisten außeruniversitären Zentren müssen sich universitäre Hormon- und Kinderwunschzentren neben der klinischen Versorgung auch den umfangreichen Aufgaben der Forschung sowie Lehre und Aus- und Weiterbildung als besonderen Herausforderungen widmen. Dabei erschweren vor allem angesichts fehlender akademischer Perspektiven zunehmende Nachwuchssorgen die adäquate Besetzung der universitären Zentren. Weitere Herausforderungen ergeben sich aus Finanzierungsdefiziten, die die Behandlung von Patientinnen mit komplexen klinischen Fragestellungen, aber auch die Etablierung und Durchführung innovativer Forschungsprojekte und die Nachwuchsförderung im Bereich der Reproduktionsmedizin von Studierenden bis hin zu SpezialistInnen, erschweren.

Prof. Dr. med. Frauke von Versen-Höynck, MSc.

ist Oberärztin der Abteilung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) sowie Vorsitzende der Universitären reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland (URZ)



Licht am Ende des Tunnels für die zeitgemäße klinische Versorgung unserer PatientInnen?

Nach einem deutlichen Rückgang der Behandlungszahlen, v.a. an universitären Zentren zu Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020, die primär auf ein Aussetzen von (elektiven) Kinderwunschbehandlungen aufgrund von Empfehlungen der Fachgesellschaften und des Bundesgesundheitsministerium zurückzuführen waren, hat sich die Situation nach Wiederaufnahme der Behandlungen auch an den universitären Zentren stabilisiert.

Ein wichtiger Schritt für die klinische Versorgung war die Aufnahme von Leistungen zum Fertilitätserhalt bei Männern und Frauen in den Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Das ermöglicht seit 1. Juli 2021 eine Kostenübernahme für die Kryokonservierung von Keimzellen vor gonadotoxischen Therapien. Der aktuelle Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom August 2022 ergänzt diese Maßnahmen nun um die Kryokonservierung von Ovargewebe. Dennoch bleiben fertilitätserhaltende Maßnahmen bei Mädchen vor der ersten Regelblutung derzeit noch eine Selbstzahlerleistung. Hervorzuheben ist, dass erhebliche Engpässe in der Versorgung dieser PatientInnen existieren, da die universitären reproduktionsmedizinischen Zentren zwar die längste Expertise auf dem Gebiet der Fertilitätsprotektion besitzen, es bisher jedoch keinen bundesweit etablierten Abrechnungsmodus gibt, der für die universitären Zentren anwendbar wäre. Hier gilt es verlässliche und organisatorisch einfache Lösungen im Sinne der PatientInnen für die Abrechnung zu finden, damit die PatientInnen, die besonders häufig an

universitären interdisziplinären Krebszentren betreut werden, wieder eine umfassende Versorgung vor Ort erhalten können.

Der Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung stimmt optimistisch und widmet sich in besonderer und zeitgemäßer Weise neben der reproduktiven Selbstbestimmung auch dem Thema der ungewollten Kinderlosigkeit. Hier wird die Regierung daran zu messen sein, ob sie ihre Ziele nicht nur bei der Anpassung der Kostenübernahme für homologe und heterologe Therapien und für die Präimplantationsdiagnostik, sondern auch bei der, seit langem fälligen Legalisierung des elektiven Single Embryo Transfers erreicht. Die Zulassung der Eizellspende als auch der altruistischen Leihmutterschaft sollten ebenfalls in dieser Legislaturperiode vorangetrieben werden. In diesem Zusammenhang wird eine Neufassung des 30-Jahre alten Embryonenschutzgesetzes von VertreterInnen aus verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen seit langem gefordert.

Abbildung 1: Übersicht der 38 deutschen Universitätsfrauenkliniken



Übersicht der 38 deutschen Universitätsfrauenkliniken mit (grün, N=25) und ohne (N=13) Schwerpunktangebot im Bereich der Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin sowie entsprechende Lehrstühle: 4 Lehrstühle für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (rot): Bonn, Lübeck, Heidelberg, Münster (Besetzungsverfahren läuft) 1 Lehrstuhl für Andrologie (blau) 1 Lehrstuhl für Reproduktionsgenetik (gelb)

Forschung zur reproduktiven Gesundheit stärken

Ein wesentlicher Auftrag an die Universitätsmedizin ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Themen, die der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung dienen. Trotz der massiven Anforderungen an die Reproduktionsforschung hat Deutschland in den vergangenen zwei Jahrzehnten den Anschluss an die Weltspitze verloren. Aber auch in der Patientenversorgung sowie in der reproduktionsmedizinischen Aus- und Weiterbildung finden sich zunehmende Defizite an deutschen Universitäten, denn mittlerweile ist ein Drittel der deutschen Universitätsfrauenkliniken nicht mehr in der Lage, den Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin anzubieten (siehe Abb. 1). Diese Herausforderungen und mögliche Lösungsoptionen wurden im „Essener Manifest“ im Jahr 2020 durch das Netzwerk Reproduktionsforschung¹, einem Zusammenschluss unabhängiger WissenschaftlerInnen und KlinikerInnen zusammengefasst². Die Aktivitäten des Netzwerks mündeten aktuell in einem wesentlichen Erfolg, der Ausschreibung einer Förderung von Nachwuchscentren durch das BMBF für den Bereich reproduktive Gesundheit³. Eine Stärkung der Reproduktionsforschung v.a. an universitären Einrichtungen, die über die reine Forschung zur Infertilität hinausgeht und alle Aspekte der reproduktiven Gesundheit von der Keimzellbildung über reproduktive Aspekte des alternden Erwachsenen bis zu gesundheitlichen Risiken für Nachfolgenerationen umfasst, ist unabdingbar für die Stärkung der Gesundheit unserer Bevölkerung und erfordert verstärkte Anstrengungen auf vielen Ebenen.

Schaffung von Perspektiven zur Sicherung einer zeitgemäßen Aus- und Weiterbildung

Nachwuchsförderung beginnt in Universitätskliniken. Durch Einblicke in reproduktionsmedizinische Zentren während des Studiums und in der Facharztweiterbildungszeit gelingt es Interesse für die Reproduktionsmedizin und die reproduktionsmedizinische Forschung zu erzeugen. Qualifizierte ReproduktionsmedizinerInnen für universitäre und private Kliniken werden gesucht. Fehlen Karriereperspektiven für Spezialisierungen wie Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an den Universitätskliniken und damit die Einbindung der spezialisierten KollegInnen in andere klinische Bereiche geht wichtige Expertise verloren, die letztendlich auch der universitären Aus- und Weiterbildung fehlt. Insbesondere wird an Universitätskliniken ein hoher Anteil der Ärztinnen und Ärzte ausgebildet, die für die klinische Versorgung an >110 privaten Kinderwunschzentren in Deutschland benötigt werden. Darüber hinaus nicht zu vernachlässigen ist, dass die gynäkologische Endokrinologie an den Universitäten einen besonderen Stellenwert hat und somit der Fachbereich Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ganzheitlich gelehrt werden kann, was an niedergelassenen Kinderwunschzentren in der Regel nicht der Fall ist, da dort nur wenige rein endokrinologische Fragestellungen behandelt werden. Durch die Reduktion universitärer Weiterbildungsplätze als auch von Weiterbildungsbefugten verstärkt sich der Nachwuchsmangel zusehends.

Trotz der zunehmenden Spezialisierung in der Frauenheilkunde und Schaffung entsprechender Lehrstühle (z.B. für Geburtsmedizin, gynäkologische Onkologie) gibt es an den fast 40 universitären Frauenkliniken lediglich 4 Lehrstühle für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und diese auch nur in den alten Bundesländern. Dieser Trend wurde aktuell verstärkt durch die medizinischen Fakultäten in Aachen und Magdeburg, die entschieden haben, etablierte Lehrstühle für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin nicht mehr nachzubetzen. Diese Entwicklung bedroht das Spektrum der universitären Frauenheilkunde und damit vor allem auch Forschung, Lehre und

Krankenversorgung in besonderen Risikosituationen, die Entwicklung innovativer Strategien und Konzepte und deren Qualitätssicherung als auch die Translation von wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Patientin.

Fazit

Den wachsenden Anforderungen an eine akademisch verankerte Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin kann nur aktiv durch die medizinischen Fakultäten sowie auf Bundesebene begegnet werden. Dabei steht die Schaffung und der Erhalt von Lehrstühlen für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin im Vordergrund, zudem die Förderung der Reproduktionsforschung und innovativer Konzepte in Aus- und Weiterbildung in diesem Schwerpunkt.

Referenzen

- 1 <https://reproduktionsforschung.de/>
- 2 Gromoll J, Behre H, Markert U, Mayerhofer A, Navarrete Santos A, Tüttelmann F, von Versen-Höynck F, Wrenzycki C, Grümmer R „Essener Manifest“ zur Förderung der Reproduktionsforschung in Deutschland. J Reproduktionsmed Endokrinol 2020, 17 (4): 164-168
- 3 <https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/bekanntmachungen/de/2022/09/2022-09-02-Bekanntmachung-Nachwuchszentren.html?view=renderNewsletterHtml>

Redaktionsgruppe

Prof. Dr. Frauke von Versen-Höynck, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Prof. Dr. Ariane Germeyer, Universitätsfrauenklinik Heidelberg, Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Prof. Dr. Volker Ziller, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH Standort Marburg, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. Maren Goeckenjan, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

PD Dr. Melanie Henes, Universitätsklinikum der Eberhard Karls Universität Tübingen, Department für Frauengesundheit

Christian J. Thaler, Hormon- und Kinderwunschzentrum, LMU-Frauenklinik München Grosshadern und Innenstadt

Korrespondierende Autorin

Prof. Dr. Frauke von Versen-Höynck

vonVersen-Hoeynck.Frauke@mh-hannover.de

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der Deutschen Gesellschaft der Reproduktionsmedizin.

Update aus der Arbeitsgemeinschaft Endometriose e.V. (AGEM)

In jüngerer Zeit ist die Endometriose vermehrt in den Fokus der Medien gerückt und wird in einigen Ländern bereits auch auf gesundheitspolitischer Ebene als wichtiges Gesundheitsziel behandelt. Hintergrund hierfür: Es handelt sich zwar um eine benigne, also gutartige, dafür aber häufige Erkrankung der Frau während der (re-)produktiven Lebensphase mit einem hohen Risiko für hohe volkswirtschaftliche Belastungen durch direkte Krankheitskosten und häufige Produktivitätsausfälle über einen sehr langen Zeitraum.

Komplexität der Krankheit erfordert eigene AG

Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass ein multimodales Vorgehen erforderlich ist, um diese sehr komplexe Erkrankung in ihrer Gesamtheit adäquat zu erfassen und zu behandeln. Es liegt in der Natur der Erkrankung Endometriose, dass sie in den bisher bestehenden Arbeitsgemeinschaften nicht ausreichend abgebildet sein kann. Dem wurde Rechnung getragen und die Arbeitsgemeinschaft Endometriose e.V. (AGEM) gegründet, die den interdisziplinären Aspekt der Erkrankung Endometriose in das Zentrum ihres Handelns stellt.

Die AGEM steht für die Umsetzung der multimodalen interdisziplinären Therapie der Endometriose. Gynäkologische OperateurInnen, GynäkologenInnen, KinderwunschexpertInnen, SchmerztherapeutenInnen, PsychosomatikerInnen, aber auch ChirurgInnen, UrologInnen, KinderärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen sind gefragt und obwohl die AGEM im Kern ärztlich orientiert ist, ist die Begleitung von Endometriosebetroffenen ein interdisziplinäres Feld. Entsprechend sind alle hier aktiven Berufsgruppen eingeladen in vielfältiger Form die Zukunft der AGEM e.V. mitzugestalten.

Experten Board, Schmerzfragebogen, Fortbildungsprogramm

Konkret hat sich die AGEM zur Aufgabe gemacht sowohl Hilfe im Alltag für BehandlerInnen zu bieten, als auch die Bemühungen in der Fortbildung zur Endometriose, Belange der Zertifizierung und der Wissenschaft zu bündeln und maßgeblich zu gestalten. Zu den erfolgreich begonnenen Projekten der AGEM gehört das monatliche Endometriose Experten Board, in dem Fallbesprechungen komplexer Fälle erfolgen. Ein Schmerzfragebogen, der hilfreich zur Einschätzung der Beschwerden sein kann und der die Vorgaben der gültigen Leitlinie umsetzt, kann auf der Homepage der AGEM kostenfrei heruntergeladen werden. Des Weiteren wurde ein dreistufiges Kursprogramm, hervorgegangen aus etablierten Vorgängerprojekten, bestehend aus dem Basiskurs Endo I, dem Aufbaukurs Endo II und der Masterclass Endometriose Endo III aufgelegt und bereits mehrfach erfolgreich durchgeführt. Diese Kurse sichern die Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Endometriosepatientinnen und sind Voraussetzung für die Leitung eines zertifizierten Endometriosezentrums. Erste multizentrische Forschungsprojekte zur Korrelation von #ENZIAN und Beschwerden wurden auf den Weg gebracht und werden in Kürze mit der Rekrutierung starten.

Prof. Dr. med. Sylvia Mechsner
 leitet das Endometriosezentrum
 Charité an der Klinik für
 Gynäkologie – Charité
 Universitätsmedizin, Berlin und ist
 1. Vorsitzende der AGEM e.V.



Aufklärungsarbeit an Schulen und Dialog mit der Politik

Die AGEM ist auch politisch aktiv. In Zusammenarbeit mit der Endometriosevereinigung Deutschland e.V. und der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) wird Aufklärungsarbeit an Schulen geleistet. Des Weiteren ist die AGEM auch maßgeblich am politischen Dialog mit VertreterInnen der Ampelkoalition im Deutschen Bundestag beteiligt, der in diesen Wochen in die nächste Phase treten wird. Auf lokaler Ebene kooperiert die Fachgesellschaft mit vielen Städtenetzwerken, aber auch mit der Endometriosevereinigung Deutschland e.V.

Auch die DGGG e.V. hat die Endometriose als wichtigen Schwerpunkt des Faches erkannt. Es besteht eine enge Kooperation bei der Kongressgestaltung, der Weiterbildung, der Leitliniengestaltung und der Pressearbeit. Gern würde die AGEM e.V. diese Kooperation noch ausbauen.

Auf der Arbeitsebene kümmert sich ein Vorstand aus fünf FachvertreterInnen und die Geschäftsführung um alle Belange der AG – unterstützt von einem hochrangig besetzten Beirat, der sich einmal im Jahr themenbezogen austauscht. Die AGEM e.V. möchte sich intensiv vernetzen und mit anderen Fachgesellschaften eng zusammenarbeiten. Allen voran ist bereits eine enge Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Endoskopie e.V. (AGE) unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Uwe Ulrich initiiert worden.

Die nächste Jahrestagung „Endometriosekongress deutschsprachiger Länder“ der SEF findet vom 23.-25.11.2023 in Homburg/Saar statt. Die Programmgestaltung wird gemeinsam von der Stiftung Endometriose-Forschung (SEF), der AGE e.V. sowie der AGEM e.V. ausgearbeitet. Letztere wird wichtige praxisbezogenen Workshops anbieten, die vor allem den ganzheitlichen Therapieansatz stärken werden.

Korrespondierende Autorin

Prof. Dr. med Sylvia Mechsner

sylvia.mechsner@charite.de

Aktuelle Informationen finden Sie auf der Seite der [AGEM e.V.](#)

Update aus der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

Die Kinder- und Jugendgynäkologie füllt die Lücke, die lange in der Betreuung von gynäkologischen Erkrankungen und Fragestellungen von kleinen und heranwachsenden Mädchen, sowie Jugendlichen bestand. Die Verknüpfung der Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendheilkunde mit angrenzenden Fächern wie Kinderurologie, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie spiegeln den enormen Facettenreichtum der Kinder- und Jugendgynäkologie wider. Die oberste Prämisse zur kompetenten Betreuung ist gutes Fachwissen über Abläufe der Entwicklung, aber auch angepasste Untersuchungsmethoden zu erlernen, denn Mädchen sind keine kleinen Frauen.

Verbesserte Therapie für Frauen mit Ullrich-Turner-Syndrom

Bisher lassen sich z.B. Mängel in der Nachsorge von Frauen mit Ullrich-Turner-Syndrom (UTS) aufgrund fehlender Gesamtkonzepte feststellen. Komorbiditäten bei erwachsenen Patientinnen mit UTS sind vielfältig und umfassen metabolische, kardiovaskuläre, gastrointestinale und renale Erkrankungen, Hormonmangelerscheinungen, gynäkologische Aspekte sowie psychosoziale Probleme. Hier gibt es in den letzten Jahren Bestrebungen, die Transition in die Erwachsenenmedizin evidenzbasiert zu verbessern. Auch wurde die Strategie des Fertilitätserhalts für onkologische Jugendliche für Mädchen mit Ullrich-Turner-Syndrom weitergeführt. In neuesten Forschungsansätzen wird überprüft, ob man durch Entnahme von Ovargewebe im Kleinkindalter eine Fertilität bei UTS gewährleisten kann.

Alarmierender Trend zu unsicheren Verhütungsmitteln

Ein zweites Beispiel ist die Nutzung von Verhütungsmitteln. Die Pille ist immer noch das beliebteste Verhütungsmittel bei Jugendlichen, aber mit einem alarmierend stark rückläufigen Trend hin zu unsicheren Verhütungsmitteln. Als häufig inkompetente Informationsquelle spielen soziale Netzwerke eine immer größere Rolle, in denen sich Influencer mit teilweise emotionalen Posts (Nachrichten) negativ über die Pille äußern und sich für eine natürliche Verhütung einsetzen, in der Regel ohne eigenen medizinischen Hintergrund. Dadurch haben diese Meinungsbildner einen hohen Einfluss auf ihre Follower und können so die Auswahl der Verhütungsmethode beeinflussen. Zur Prävention ungewünschter Schwangerschaften und zur Aufklärung wird in Zeiten der Hormonphobie in der Kinder- und Jugendgynäkologie der Fokus auf qualifizierte Beratungskonzepte für sichere Verhütungsmethoden gelegt.

Dynamik bei der Geschlechtsinkongruenz und Transidentität nimmt zu

„Immer mehr und immer jünger“, diese Entwicklung beschäftigt die Kinder- und Jugendgynäkologie bei der Thematik der Geschlechtsinkongruenz und Transidentität, hier in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Kinder- und Jugendendokrinologen sind gefordert festzulegen, ob eine Geschlechtsangleichung vor oder nach der Pubertät sinnvoll erscheint. Dies findet natürlich unter Berücksichtigung der ethischen Aspekte bei der Behandlung geschlechtsdysphorischer Minderjähriger statt.

Prof. Dr. Patricia G. Oppelt ist stellv. Oberärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen und leitet den Bereich Kinder- und Jugendgynäkologie. Zudem führt sie eine Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 2013 ist sie 1. Vorsitzende der AG Kinder- und Jugendgynäkologie der DGGG.



Korrespondierende Autorin

Prof. Dr. Patricia G. Oppelt

Patricia.Oppelt@uk-erlangen.de

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

Update aus der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPFPG)

Nach wie vor ist die DGPFPG e.V. die weltweit größte fachärztliche psychosomatische Fachgesellschaft. Seit über 50 Jahren wird in Lehre, Wissenschaft und Versorgung das holistische Denken im Fach vertreten, vermittelt und vorangebracht. Deutschland nimmt hier international eine Sonderstellung ein und ist derzeit mit der Bekleidung des Präsidenten- und Schatzmeisteramtes bei der International Society of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology (ISPOG) stark vertreten.

Auch die DGGG hat die Psychosomatik als wichtige Säule des Faches erkannt und respektiert. Es besteht eine enge Kooperation bei der Kongressgestaltung, der Weiterbildung, der Leitliniengestaltung und der Pressearbeit. Gern würde die DGPFPG e.V. diese Kooperation noch ausbauen.

Ergänzung der akademisierten Hebammenausbildung um psychosomatische Inhalte

Auf der Arbeitsebene kümmert sich ein Vorstand aus sieben FachvertreterInnen und die Geschäftsführung um alle Belange der Gesellschaft unterstützt von einem hochrangig besetzten Beirat, der sich einmal im Jahr themenbezogen austauscht. Vielerorts gibt es Weiterbildungscurricula für die psychosomatische Grundversorgung, Sexualtherapie und Psychoonkologie. Mit dem Weiterbildungsinstitut für psychosomatische Frauenheilkunde (WIPF e.V.) in Berlin unter Leitung von Prof. Martina Rauchfuss gibt es seit vielen Jahren die Möglichkeit, die fachgebundene psychotherapeutische Weiterbildung zu durchlaufen. Die Ergänzung der akademisierten Hebammenausbildung um psychosomatische Inhalte steht aktuell im Fokus. Die DGPFPG e.V. ist stark vernetzt und hat mit vielen Fachgesellschaften Kooperationsverträge. Obwohl im Kern ärztlich orientiert ist die Psychosomatik ein interdisziplinäres Fach. Entsprechend sind alle hier aktiven Berufsgruppen eingeladen in vielfältiger Form die Zukunft der DGPFPG e.V. mitzugestalten. Auf lokaler Ebene kooperiert die Fachgesellschaft mit vielen psychosomatisch orientierten Städtenetzwerken, welche besonders die PatientInnenversorgung im Blick haben.

Die nächste Jahrestagung der DGPFPG findet vom 19.-20. Mai 2023 in Hamburg statt und widmet sich umfassend dem Phänomen „Schmerz“. Der Präsenzkongress lebt traditionell von der intensiven Interaktion in Hauptvorträgen, Workshops und Gruppen. Retrospektiv haben die Pandemie und andere regionale und globale Herausforderungen und Krisen gezeigt, dass die ganzheitliche Sicht in der Gynäkologie und Geburtshilfe noch nie einen so großen Stellenwert hatte, wie aktuell. DGPFPG e.V. und DGGG e.V. sollten sich hier weiter gemeinsam verantwortlich zeigen.

Korrespondierender Autor

Dr. med Wolf Lütje

wolf.luetje@immanuelalbertinen.de

Aktuelle Informationen und Empfehlungen finden Sie auf der [Homepage](#) der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.

Dr. med Wolf Lütje
ist Chefarzt der Klinik für
Gynäkologie und Geburtshilfe am
Ev. Amalie Sieverking-Krankenhaus
in Hamburg und DGPFPG-Präsident.



Ihr Presseservice

Sie erreichen das Team Presse während des 64. DGGG-Kongresses durchgehend mobil unter der **Kongresshandynummer 0151/522 4242 3** und im **Raum Pilsensee**. Angrenzend befindet sich der **Silent Room Staffelsee** für MedienvertreterInnen.

Wenn Sie Beiträge aus dieser Pressemappe verwenden, so bitten wir um einen Beleglink.

Geben Sie bitte in jedem Fall an, dass der Beitrag im Zusammenhang mit dem 64. DGGG-Kongress erschienen ist.

Teilnehmende Eltern haben die Möglichkeit, eine Betreuung ihrer Kinder (zwischen 3 und 9 Jahren) während des Kongresses in Anspruch zu nehmen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) ist eine der großen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie hat sich der Stärkung der Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe verschrieben und fördert das gesamte Fach und seine Subdisziplinen, um die Einheit des Faches Frauenheilkunde und Geburtshilfe weiterzuentwickeln. Als medizinische Fachgesellschaft engagiert sich die DGGG fortwährend für die Gesundheit von Frauen und vertritt die gesundheitlichen Bedürfnisse der Frau auch in diversen politischen Gremien.

Kontaktieren Sie uns bei Rückfragen jederzeit!

Pressekontakt:

Sara Schönborn | Heiko Hohenhaus | Katja Mader
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Jägerstraße 58-60
10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30-514 88 3333
Fax: +49 (0)30-514 88 344
E-Mail: presse@dggg.de
Internet: www.dggg.de