

# gyn kongress

**FOKO 2026**  
4.-7. März 2026 · CCD, Stadthalle Düsseldorf



## FOKO 2026 Begrüßung und Eröffnung

### Verantwortung gestalten – Qualität bewahren

Mit einer herzlichen Begrüßung eröffnete Dr. Christian Albring, Kongressleiter des FOKO 2026, am Donnerstagmittag die Veranstaltung in der Düsseldorfer CCD-Stadthalle. Er dankte dem gesamten FOKO-Team, der BVF-Akademie, den Referentinnen und Referenten sowie den Ausstellern für ihr Engagement und betonte: Die Entscheidung, den FOKO erneut ausschließlich als Präsenzkongress durchzuführen, sei bewusst und konsequent – kein digitales Format könne die Qualität des direkten fachlichen Austauschs ersetzen.



Dr. Christian Albring, Kongressleiter

Einen breiten Raum nahm die berufspolitische Lage der Frauenärzteschaft ein. Albring zeichnete ein deutliches Bild der Rahmenbedingungen: wachsender Bürokratieaufwand, zunehmende technische Überforderung im Praxisalltag und ein gravierendes Missverhältnis zwischen Leistung und Honorierung. Er machte dabei auf einen zentralen Missstand aufmerksam:

**„Zwischen 5 und 15 % der fachärztlichen Tätigkeit – zusammen 40 Milliarden Leistungen jährlich – wird nicht honoriert.“**

Albring verwies zudem darauf, dass der ursprüngliche Gedanke eines verpflichtenden Primärarztsystems erfolgreich abgewehrt worden sei. Frauenärztinnen und Frauenärzte verstünden sich seit jeher als Primärärztinnen und -ärzte ihrer Patientinnen – eine Rolle, die sie täglich ausfüllten.

Mit einem klaren Appell an professionelle Haltung und Verantwortung schloss sich Markus Haist, Präsident des Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e. V. (BVF), der Eröffnung an – und betrat damit als neu gewählter Präsident erstmals den FOKO in dieser Funktion. Er betonte, dass kontinuierliche Fortbildung weit mehr sei als eine berufliche Selbstverständlichkeit – sie sichere die Qualität der Versorgung und bilde die Basis, ärztliche Kompetenz und Zuständigkeit langfristig zu erhalten.

**„Wer sich regelmäßig fortbildet, schützt nicht nur seine Patientinnen, sondern auch die ärztliche Kernkompetenz unseres Fachs.“**

Er lenkte den Blick auf den raschen Wandel im Gesundheitssystem: Ambulantisierung, neue Finanzierungsmodelle und veränderte Versorgungsstrukturen stellten die Frauenärzteschaft vor erhebliche Herausforderungen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit sei gelebte Realität, doch dürfe sie nicht in die Substitution ärztlicher Aufgaben münden. Diagnostik, Therapieentscheidungen und Risikoabwägungen erforderten ärztliche Expertise

– und dürften nicht ökonomischen Interessen geopfert werden.



Markus Haist, BVF-Präsident

Im Jubiläumsjahr des 75-jährigen Bestehens des BVF erinnerte Haist an die Verantwortung über Generationen hinweg. Jede Phase der Verbandsgeschichte sei getragen vom Engagement für Qualität, Berufsethos und gesellschaftliche Verantwortung gewesen – diese Tradition gelte es fortzuführen. Zugleich unterstrich er die Bedeutung von Nachwuchsförderung und weiblicher Repräsentanz in den Gremien des BVF: Schon heute würden viele Bezirksverbände von Kolleginnen geleitet, und dies müsse sich auch auf Landesebene künftig stärker widerspiegeln.

Zum Abschluss sprach sich Haist für Reformbereitschaft bei gleichzeitiger Wahrung ärztlicher Kernkompetenzen aus. Der BVF suche den konstruktiven Dialog mit Politik und Kostenträgern, bleibe aber in seinen Grundsätzen klar. Ärztliche Verantwortung, so betonte er, sei eine fachliche und ethische Verpflichtung, die nicht verhandelbar ist.



Prof. Dr. Gert Naumann, DGGG-Präsident

Die enge Verbundenheit zwischen Berufsverband und Fachgesellschaft stand auch im Mittelpunkt des Grußworts von Prof. Dr. Gert Naumann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG). Er betonte, dass ihm die persönliche Anwesenheit ein be-

sonderes Anliegen sei – als sichtbares Zeichen dieser Verbindung. Naumann gratulierte Markus Haist herzlich zu seiner neuen Rolle als BVF-Präsident.

Er hob ausdrücklich hervor, wie gut und vertrauensvoll die Zusammenarbeit zwischen BVF und DGGG bereits sei – belegt durch zahlreiche gemeinsame Projekte der vergangenen Jahre.

**„In diesen politisch schwierigen Zeiten gewinnen wir nur gemeinsam – und wir verlieren getrennt.“**

Denn letztlich, so Naumann, seien alle Beteiligten vor allem eines: Frauenärztinnen und Frauenärzte – unabhängig davon, in welcher Organisation sie aktiv sind.

Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung wurde außerdem die Ehrenmitgliedschaft des Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e. V. vergeben – eine Auszeichnung, die in besonderen Fällen an herausragende Persönlichkeiten verliehen wird. In diesem Jahr ging sie an Dr. Klaus König.

In der Laudatio, die Dr. Christian Albring vortrug, wurde Dr. Königs jahrzehntelanges Wirken als eines der Kontinuität und Verantwortung gewürdigt. Seit 1978 BVF-Mitglied, hat er das Fachgebiet in zahlreichen Funktionen geprägt – als Landesvorsitzender Hessen, als Mitglied des BVF-Vorstands und schließlich als dessen zweiter Vorsitzender, sowie als engagiertes Mitglied zentraler ärztlicher Institutionen. Darüber hinaus hat er in der Leitlinienarbeit Maßstäbe gesetzt und wirkt bis heute an der Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte mit.

In seinen Dankesworten blickte Dr. König auf einen langen Berufsweg zurück – von der klinischen Assistenzzeit bis zur niedergelassenen Tätigkeit – und würdigte die gewachsene, vertrauensvolle Verbindung zwischen Berufsverband und Fachgesellschaft. Mit einem Appell an die jüngere Generation schloss er: Es gehe darum, das Fachgebiet aktiv weiterzuentwickeln und mitzugestalten – über die reine Praxistätigkeit hinaus.



Verleihung der Ehrenmitgliedschaft des BVF an Dr. Klaus König (Mitte) durch Dr. Christian Albring (links) und Markus Haist (rechts)

## Inhalt

FOKO 2026: Eröffnung und Ehrung .....	1
Programm, 6.–7.3.2026 .....	2
Vulvodynie – eine gynäkologisch- psychosomatischsexualmedizinische Herausforderung .....	3
R. Engel-Széchényi	
Impressionen .....	4
Diagnostik und Therapie der Endo- metriose – von der Erstdiagnose zur individualisierten Therapie in Praxis und Klinik .....	5
P. Klein, H. Krentel, S. D. Schäfer	
BVF auf dem FOKO 2026: Zwei praxisnahe Services für Ihre Patientinnen .....	6
Brustkrebspatientinnen sicher behandeln – kompetent begleiten! Was muss ich 2026 in der Praxis wissen? .....	7
S. Wagner	
Kinder und Jugendliche in der gynäkologischen Praxis .....	7
P. G. Oppelt	
Symposien, Meet the Experts .....	8
Basis-Kolposkopiekurs .....	8
M. Henes, E. Mann, V. Küppers	
Medikamentöser und operativer Schwangerschaftsabbruch .....	9
C. Bormann, A. Nugent	
Prä- und perinatale Infektionen: Infektionen in der Schwangerschaft frühzeitig erkennen und behandeln .....	12
M. Enders	
Unerfüllter Kinderwunsch: Wann welche Diagnostik? .....	14
D. Foth	
Herzfehler sicher erkennen .....	16
M. Meyer-Wittkopf	
Psychoonkologie in der gynäkologischen Praxis .....	18
F. Siedentopf	
Schwangerschaftsdepression: Früherkennung und Frühbehandlung auf dem Weg in die Regelversorgung .....	20
S. Simen, S. Monks	
Transpersonen in unserer Praxis .....	21
C. Dorn	
Lokalanästhetika in der Frauenheilkunde .....	24
S. Weinschenk	
Impressum .....	24
Alle Veranstaltungen auf einen Blick .....	26
Lageplan Industrierausstellung .....	28
Marktplatz .....	29
Vorschau gynkongress 3 .....	31

Die Symposien und Meet  
the Experts  
finden Sie auf Seite 8.

## Programm, Freitag, 6. März 2026

<b>Kurs 17</b>	<b>Psychologisches Management und psycho- onkologische Begleitung bei Nebenwirkun- gen in der Tumorthherapie</b>
08.00 – 10.00 Raum 01	Friederike Siedentopf, Berlin
<b>Kurs 18</b>	<b>CTG-Kurs</b>
08.00 – 10.00 Raum 02	Vorsitz: Nicole Mattern, Berlin Siegfried Köhler, Marburg
<b>Kurs 19</b>	<b>Kinder und Jugendliche in der gynäkologi- schen Praxis</b>
08.00 – 10.00 Raum 26	Vorsitz: André Motamedi, Hamburg Patricia Oppelt, Erlangen
<b>Kurs 20</b>	<b>Kinderwunsch – rationale Diagnostik in der Frauenarztpraxis</b>
08.00 – 10.00 Raum 27	Vorsitz: Kerstin Schwarzer, Bremen Dolores Foth, Köln
<b>Kurs 21</b>	<b>Brustkrebspatientinnen sicher behandeln – kompetent begleiten! Was muss ich 2026 in der Praxis wissen?</b>
08.00 – 10.00 Raum 28	Vorsitz: Martin Hesse, Harztor Steffen Wagner, Saarbrücken
10.00 – 10.30	Pause – Besuch der Industrierausstellung
<b>4. Hauptthema</b>	<b>Onkologie</b>
10.30 – 12.00 Großer Hörsaal	Vorsitz: Markus Haist, Pforzheim Tanja Fehm, Düsseldorf – Neue Medikamente – neue Nebenwirkungen Wolfgang Janni, Ulm – Neue Wege in der operativen Therapie: Robotik, Sentinel und Deeskalation Marion Kiechle, München – Ovarialkarzinom – von der Salpingektomie bis zum Debulking Annette Hasenburg, Mainz – Gynäkologische Herausforderungen unter Systemtherapie Tanja Fehm, Düsseldorf
12.00 – 13.30	Pause – Besuch der Industrierausstellung
<b>5. Hauptthema</b>	<b>Junge Perspektiven</b>
13.30 – 14.30 Großer Hörsaal	Vorsitz: Christian Albring, Hannover Annette Hasenburg, Mainz – FERTILE Dreigliedrige Erhebung zu Repro- duktion, Infertilität, Lebensstileinflüssen und ärztlicher Tätigkeit unter Ärztinnen und Ärzten in Deutschland Lina Schiestl, Mainz – Zeitgemäße Arbeitsplatzkonzepte in einer Frauenarztpraxis Diana Grünberger, Dinslaken – Gesund leben – Sicher starten: Bedarfs- analyse und Entwicklung eines Versorgungs- modells zur präkonzeptionellen Beratung von Frauen im reproduktiven Alter Leonie Zikarsky, Ulm – Die Auswirkung einer digitalen Gesundheits- anwendung auf die Menopausen-spezifische Lebensqualität – eine zweiarmlige randomi- sierte kontrollierte Pilotstudie Rieke Lober, Aachen – Externe Perspektiven, meine Arbeit als Gynäkologin mit Ärzten ohne Grenzen Veronika Siebenkotten-Branca, Köln
14.30 – 15.00	Pause – Besuch der Industrierausstellung
<b>6. Hauptthema</b>	<b>Digitalisierung/E-Health</b>
15.00 – 16.30 Großer Hörsaal	Vorsitz: Frank Thieme, Freyburg Marion Kiechle, München – Digitalisierung & Integrative Projekte in der Gynäkologie – wo stehen wir? Markus Wallwiener, Halle/Saale – KI – innovative Ansätze in der Gynäkologie Sebastian Griewing, Marburg – KI und innovative Ansätze in der Geburts- hilfe und im Praxisalltag Florian Recker, Köln

16.30 – 16.45	Pause – Besuch der Industrierausstellung
<b>Kurs 22</b>	<b>Transpersonen in unserer Praxis</b>
16.45 – 18.45 Raum 01	Christoph Dorn, Hamburg
<b>Kurs 23</b>	<b>Die kleine Hormonschule – was man in der Gynäkologie von der Laboranalytik wissen sollte</b>
16.45 – 18.45 Raum 02	Katrin Schaudig, Hamburg Anneliese Schwenkhagen, Hamburg
<b>Kurs 24</b>	<b>Notfälle in der Praxis und Reanimation</b>
16.45 – 18.45 Raum 26	Lars Friedrich, Hannover Kai Johanning, Bielefeld
<b>Kurs 25</b>	<b>Medikamentöser und operativer Schwanger- schaftsabbruch</b>
16.45 – 18.45 Raum 27	Cornelia Bormann, Hamburg Andreas Nugent, Hamburg
<b>Kurs 26</b>	<b>Ultraschall bei 11 – 13 SSW zwischen Screening und Diagnostik</b>
16.45 – 18.45 Raum 28	Nadine Buys, Düsseldorf K. Oliver Kagan, Tübingen

## Programm, Samstag, 7. März 2026

<b>Kurs 27</b>	<b>Prävention, Diagnose und Therapie schwan- gerschafts-relevanter Infektionen</b>
08.00 – 10.00 Raum 02	Martin Enders, Stuttgart
<b>Kurs 28</b>	<b>Vulvodynie – eine gynäkologisch- psychosomatisch-sexualmedizinische Herausforderung</b>
08.00 – 10.00 Raum 27	Roswitha Engel-Széchényi, Stuttgart
<b>Kurs 29</b>	<b>Diagnostik und Therapie der Endometriose – von der Erstdiagnose zur individualisierten Therapie in Praxis und Klinik</b>
08.00 – 10.00 Raum 28	Petra Klein, Aschaffenburg Harald Krentel, Aschaffenburg Sebastian D. Schäfer, Münster
<b>Kurs 30</b>	<b>Basis-Kolposkopiekurs</b>
08.00 – 18.30 Raum 01	Melanie Henes, Tübingen Ellen Mann, Rostock Volkmar Küppers, Düsseldorf
<b>Kurs 31</b>	<b>Impfen Kompakt – Impfwissen 2026 Der Impfkurs für die gynäkologische Praxis und Klinik</b>
09.30 – 17.30 Raum 26	Michael Wojcinski, Steinhagen
10.00 – 10.30	Pause – Besuch der Industrierausstellung
<b>7. Hauptthema</b>	<b>Allgemeine Gynäkologie</b>
10.30 – 12.00 Großer Hörsaal	Vorsitz: Werner Harlfinger, Mainz Matthias David, Berlin – Multimodale Schmerztherapie als integratives Therapiekonzept am Beispiel der Endome- triöse Michael Schenk, Berlin – Die Beckenbodensonographie als Goldstandard in der Diagnostik von Beckenbodenproblemen: „Schnell gelernt, universell einsetzbar!“ Gerd Naumann, Erfurt – Management der frühen Fehlgeburt – ein Update Matthias David, Berlin
12.00 – 12.45	Pause – Besuch der Industrierausstellung

## Programm, Samstag, 7. März 2026

<b>8. Hauptthema</b>	<b>Blick ins Nachbarfach</b>
<b>12.45 – 13.45</b> <b>Großer Hörsaal</b>	<i>Vorsitz: Rolf Englisch, Bielefeld Patricia G. Oppelt, Erlangen</i> – <b>Neue vektorübertragene Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe</b> <i>Christiane Piepel, Bremen</i> – <b>Frauenherzen schlagen anders – Die gynäkologische Praxis als erste Anlaufstelle für die Frauengesundheit</b> <i>Lisa Dannenberg, Düsseldorf</i>
<b>9. Hauptthema</b>	<b>Endokrinologie</b>
<b>14.00 – 15.00</b> <b>Großer Hörsaal</b>	<i>Vorsitz: Rüdiger Gaese, Worms Anneliese Schwenkhagen, Hamburg</i> – <b>Hormonelle Veränderungen bei Leistungssportlerinnen und deren Risiken</b> <i>Cordula Schippert, Hannover</i> – <b>Longevity – Mythen und Fakten</b> <i>Bernd Kleine-Gunk, Nürnberg</i>
<b>15.00 – 15.30</b>	<b>Pause – Besuch der Industrieausstellung</b>
<b>Kurs 32</b>	<b>Lokalanästhetika in der Frauenheilkunde</b>
<b>15.30 – 17.30</b> <b>Raum 02</b>	<i>Dorothee Sander, Velbert Stefan Weinschenk, Karlsruhe</i>
<b>Kurs 33</b>	<b>EBM, GOÄ und IGeL stressfrei</b>
<b>15.30 – 17.30</b> <b>Raum 27</b>	<i>Jürgen Schulze, Erfstadt</i>
<b>Kurs 34</b>	<b>Fetale Herzfehler sicher erkennen</b>
<b>15.30 – 17.30</b> <b>Raum 28</b>	<i>Matthias Meyer-Wittkopf, Rheine</i>

## Gesundheit im Fokus!

**mgo-medin.de**

**Das neue Fachportal für Wissen, Fortbildung und News**

- ✓ Praxisnahe Inhalte aus zahlreichen medizinischen Fachgebieten
- ✓ Aktuelle Fachinformationen
- ✓ Exklusive Experteninterviews und Veranstaltungsnews



**mg<sup>o</sup>medizin**

### Sexualmedizin

## Vulvodynie – eine gynäkologisch-psychosomatisch-sexualmedizinische Herausforderung

Vulvodynie und ihre lokalisierte Form, die Vestibulodynie, bezeichnen das chronische Vorhandensein von Missempfindungen (Brennen, Jucken und Schmerzen) im Vulva- und Vestibulum-Bereich, für die keine infektiologische/dermatologische Ursache gefunden werden kann.

Die Erkrankung ist nicht selten: sie tritt mit etwa 8–10% Häufigkeit im Frauenleben in allen Altersklassen auf. Häufig geht der Diagnosestellung eine jahrelange Leidensgeschichte der betroffenen Frauen voraus, mit Konsultationen von Ärzten verschiedener Fachrichtungen (Gynäkologen, Dermatologen, Urologen), gefolgt von wenig erfolgreichen Therapieversuchen mit Antimykotika, Antibiotika, Antiseptika bis zu operativen Maßnahmen.

Bereits nach drei Monaten besteht bei der Vulvodynie eine Chronifizierung. Diese sollte durch frühzeitiges Erkennen des Krankheitsbildes unbedingt verhindert werden.

Der Leidensdruck der Betroffenen ist hoch. Man unterscheidet zwei Formen der Vulvodynie: die

provozierte (bei Berührung ausgelöste Schmerzsymptomatik) von der unprovozierten (die Berührungsunabhängig besteht). Beide Formen können lokalisiert oder generalisiert auftreten.

Häufig geht der Vulvodynie-Entwicklung eine Infektion voran (Harnwegsinfektion, Pilzinfektion). Hellhörig werden sollte man als Behandler, wenn trotz adäquater Therapie die Symptome der Patientin nicht verschwinden. Allzu oft aber werden weitere medikamentöse Maßnahmen ergriffen, die nicht mehr greifen, sodass es zu einer Beschwerdezunahme der Patientin mit der Gefahr des Ärzte-Hoppings kommt.

Histologisch zeigen sich Neuproliferationen im Vestibulum-Bereich, ebenso finden sich vermehrt Lymphozyten, Mastzellen und proinflammatorische Zytokine. Allerdings sind diese Veränderungen nicht beständig in allen Studienergebnissen zu finden. Auch hormonelle Einflüsse werden diskutiert: so berichten Frauen unterschiedliche Schmerzintensitäten im Zyklusverlauf. Bei gehäuftem Auftreten

in Familien wird eine genetische Prädisposition diskutiert.

Häufige Komorbiditäten im psychischen Bereich sind Angststörungen, Depressionen, Zwangserkrankungen, Traumavorgeschichte sowie chronischer psychosozialer Stress; im somatischen Bereich Reizblase, Reizdarm und Bruxismus.

Frauen schildern das Symptom als Brennen, Jucken, Ziehen, aber auch als stechenden Schmerz, z.B. im Bereich der Harnröhre. Häufiger Harndrang sowie perianales Brennen können auch zum Krankheitsbild gehören. All diese Beschwerden führen zu starken Einschränkungen im Alltags-, Sozial-, Sexual-, und Beziehungsleben der Patientinnen und fördern eine ängstlich-depressive Grundstimmung. Durch den Schmerzzort (Vulva) ist die Sexualität der Patientinnen und Paare regelhaft gestört, was überdies zu Schuld- und Insuffizienzgefühlen der Patientin sowie chronischen Beziehungskonflikten führt.

Die Vulvodynie wird als chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und physischen Faktoren aufgefasst und mittels

multimodalem Therapiekonzept behandelt.

Hilfreich ist, wenn der mit der Therapie betraute Arzt ein ganzheitlich biopsychosoziales Krankheitskonzept anbieten kann, da die Patientinnen zunächst auf eine somatische/infektiologische Schmerzursache fixiert sind und hartnäckig daran festhalten. Eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung sowie die Etablierung eines neuen, von der Patientin akzeptierten Krankheitskonzeptes sind wesentlich für eine erfolgreiche Therapie.

Hierzu wird zunächst das Modell des Angst-Anspannungs-Schmerz-Teufelskreis etabliert, und auf die Beckenbodenmuskulatur, die regelhaft dyston ist, übertragen. Die Patientin sollte an eine auf Beckenboden spezialisierte Physiotherapie/manuelle Therapie angebunden werden, mit dem Ziel der Spannungs- und Schmerzlösung in diesem Bereich.

Zusätzlich erfolgt die Einleitung einer medikamentösen Therapie, bestehend aus einer hochdosierten Magnesiumgabe sowie einer Substanz aus der Klasse der

**Kurs 28**  
**Vulvodynie – eine gynäkologisch-psychosomatisch-sexualmedizinische Herausforderung**  
**Sa., 7.3.2026, 8.00 Uhr,**  
**Raum 27**

Antidepressiva zur Veränderung der Schmerzwahrnehmung. Die Anwendung von antiinfektiösen Medikamenten muss gestoppt werden. Mit der Patientin wird das Führen eines Schmerztagbuches besprochen. In regelmäßigen Konsultationen wird die Veränderung der Schmerzsymptomatik unter oben beschriebenen Maßnahmen beobachtet und gleichzeitig auf die Lebenssituation der Patientin eingegangen. Die ärztliche Kunst besteht in einer geduldigen, optimistischen Grundhaltung, die vermittelt, dass eine psychosoziale Lebensveränderung bei der Patientin möglich wird, in deren Verlauf sich die Schmerzsymptomatik allmählich verliert.



**Dr. Roswitha Engel-Széchényi**

Fachärztin für Frauenheilkunde / Geburtshilfe Psychotherapie / Sexualmedizin / Paartherapie  
Stuttgart  
servus@engel-gyn.de

# Impressionen



Lesen Sie die offizielle Kongresszeitung auch online!  
Ausgabe 1 und 2 jetzt verfügbar

gynkongress  
Ausgabe 1



gynkongress  
Ausgabe 2



Endometriose

# Diagnostik und Therapie der Endometriose – von der Erstdiagnose zur individualisierten Therapie in Praxis und Klinik

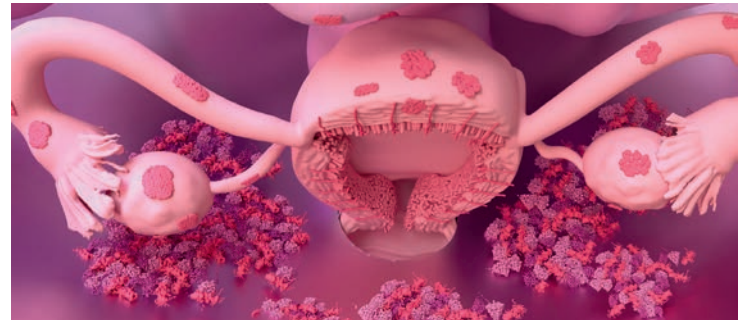
Zur Behandlung von symptomatischer Endometriose und Adenomyose stehen medikamentöse, reproduktionsmedizinische und operative Methoden zur Verfügung. Wann ist der richtige Moment für welche Art der Behandlung? Die Grundlage für die Beantwortung dieser Frage und eine individualisierte Therapieentscheidung bildet die exakte prätherapeutische Erfassung der Ausprägung der Erkrankung.

Welche Symptome hat die Patientin? Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch? Wurden bereits medikamentöse und/oder operative Therapiemaßnahmen durchgeführt? Liegt eine tief-infiltrierende Endometriose vor? Besteht eine simultane Adenomyose? Eine detaillierte Anamneseerhebung, die klinische Untersuchung und die transvaginale und abdominale Sonographie sowie ergänzende radiologische Untersuchungen bieten die Möglichkeit diese Fragen

möglichst umfassend zu beantworten und erlauben eine Klassifikation der Erkrankung nach #Enzian. Auf dieser Grundlage kann ein Behandlungsziel definiert und ein Therapiekonzept erstellt sowie eine langfristige Strategie unter

Berücksichtigung des Lebensalters und der Familienplanung entwickelt werden.

Der Kurs zeigt an Fallbeispielen welche ganz unterschiedlichen Strategien bei Patientinnen mit



© Design Cells – stock.adobe.com

Endometriose / Adenomyose möglich sind, wie eine umfassende Diagnostik als Grundlage der Therapie gelingen kann, und wie das Netzwerk zwischen Endo-

metriosezentrum, Praxis und Kinderwunschzentrum idealerweise agiert. Wir laden Sie ganz herzlich ein, Ihre „Fälle“ mitzubringen und mit uns zu diskutieren.



**BERUFSHAFTPFLICHT  
JETZT ZUM JUBEL<sup>N</sup>TARIF**



**Dr. med. Petra Klein**

Oberärztin der Frauenklinik, Zertifiziertes Endometriosezentrum, Klinikum Aschaffenburg-Alzenau



**Dr. med. Harald Krentel**

Chefarzt der Frauenklinik, Zertifiziertes Endometriosezentrum, Klinikum Aschaffenburg-Alzenau



**Dr. med. Sebastian D. Schäfer**

Chefarzt der Frauenklinik, Zertifiziertes Endometriosezentrum, Ludgerus-Kliniken Münster GmbH Standort Clemenshospital

## Wir feiern 30 Jahre BHV-Sonderkonzept

Für das Vertrauen und die langjährige Treue sagen wir DANKE mit unserem exklusiven Jubiläumstarif - eigens entwickelt für die Mitglieder im Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V.

Bei einem Wechsel in den Jubiläumstarif entfällt die umgesetzte Beitragsanpassung von 10 %. In vielen Fällen reduziert sich der Beitrag sogar zusätzlich. So einfach war es noch nie, hochwertige Absicherung mit echter Kostenersparnis zu verbinden. BVF-Mitglieder, die noch nicht über das Sonderkonzept abgesichert sind, können ebenfalls von dem Jubiläumstarif profitieren.

**Wir beraten Sie gerne zum „Jubiläumstarif – 30 Jahre Haftpflicht-Sonderkonzept des BVF e.V.“. Besuchen Sie uns an unserem Stand auf dem FOKO und lassen Sie vor Ort direkt Ihr persönliches Einsparpotenzial berechnen.**



Hier gibt's Infos zum Jubitarif

**Kurs 29**  
Diagnostik und Therapie der Endometriose – von der Erstdiagnose zur individualisierten Therapie in Praxis und Klinik  
Sa., 7.3.2026, 8.00 Uhr, Raum 28



## BVF auf dem FOKO 2026: Zwei praxisnahe Services für Ihre Patientinnen

Zwei kleine, aber sehr praxisnahe BVF-Services, die am Ende im Alltag richtig viel bewirken: Am BVF-Stand (72a) stellen wir Ihnen zwei Materialien vor, mit denen Sie Patientinnen Orientierung geben, Prävention sichtbar machen und Ihre Beratung elegant in den Alltag „verlängern“ können und das ohne Mehraufwand in der Praxis.

Lernen Sie die Kampagne „Schwanger mit dir“ mit dem neuen Mutterpass-Sticker kennen und geben Sie ärztlich geprüfte Informationen niedrigschwellig an Ihre Patientinnen auch außerhalb Ihrer Sprechzeiten weiter.

Außerdem gibt es eine Neuauflage des BVF-Vorsorgepasses als komfortablen Print-

Service. Kommen Sie vorbei, sprechen Sie uns an und nehmen Sie die Materialien direkt für den täglichen Einsatz in Ihrer Praxis mit.

Ihr  
Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V.



### BVF-Vorsorgepass: Prävention erinnern, Verlauf dokumentieren – jetzt komfortabel bestellbar

Der Vorsorgepass ist ein einfacher, aber wirksamer Begleiter, um Prävention im Alltag Ihrer Patientinnen zu verankern: Er erinnert an die nächste Untersuchung, macht bereits erfolgte Termine sichtbar und unterstützt die Dokumentation des bisherigen Verlaufs – kompakt, verständlich und jederzeit griffbereit. In der Neuauflage bietet der BVF-Vorsorgepass strukturierte Felder u.a. für die jährliche Krebsfrüherkennung ab 20 Jahren (mit Raum für Datum, Stempel und Unterschrift), für das Mammographie-Screening sowie für den Kombitest Zytologie/HPV.

Ergänzend greift er wichtige präventive „Anker“ auf, wie etwa Hinweise zum Chlamydien-Screening, zur Darmkrebsfrüherkennung und zur Hautkrebsfrüherkennung – inklusive der praktischen Erinnerung, den Impfausweis zur Früherkennungsuntersuchung mitzubringen.

Neu ist vor allem der Komfort: Bisher war der Vorsorgepass als Download verfügbar, musste jedoch individuell (online oder stationär) gedruckt werden. Diesen Schritt übernimmt jetzt der BVF, damit Sie den Pass ohne Umwege einsetzen können. Über die Homepage kann

der BVF-Vorsorgepass als Printpaket bestellt werden: 50 Stück gegen eine geringe Schutzgebühr inkl. Porto von 4,60 Euro, 51 bis 100 Stück für 5,50 Euro. Und für BVF-Mitglieder gibt es einen unkomplizierten Einstieg: Mit dem Gutschein, der im BVF@ktuell #6 versandt wurde, können Sie sich am BVF-Stand 20 Vorsorgepässe kostenfrei abholen – ideal für den Startbestand in Ihrer Praxis.

Kommen Sie vorbei, schauen Sie sich ihn in Ruhe an und nehmen Sie direkt mit, was Ihnen und Ihren Patientinnen im Vorsorgealltag hilft.

### Mutterpass-Sticker: Schwangerenvorsorge – analog und digital vernetzt

Mit dem Mutterpass-Sticker der BVF-Kampagne „Schwanger mit dir“ haben wir ein neues wirkungsvolles Werbemittel für Ihre Praxis entwickelt, um frauenärztliche Schwangerenvorsorge sichtbar, verständlich und alltagsnah zu vermitteln. Der Mutterpass begleitet Schwangere durch die gesamte Schwangerschaft und besitzt eine hohe emotionale Bedeutung, genau hier setzt der Sticker an. Er wird beim ersten Praxisbesuch mit der Übergabe des Mutterpasses überreicht, einem Moment besonderer Aufmerksamkeit, in dem eine verlässliche Arzt-Patientinnen-Beziehung entsteht.

alltag werdender Mütter, der stark durch digitale und visuelle Formate geprägt ist. Für Praxen bietet er eine einfache Möglichkeit, Aufklärung nachhaltig zu unterstützen, ohne zusätzliche Abläufe zu schaffen. Gleichzeitig stärkt er die Sichtbarkeit frauenärztlicher Expertise über die Praxis hinaus und trägt dazu bei, Orientierung und Sicherheit in der Schwangerschaft zu vermitteln.

Auf dem FOKO 2026 wird der Mutterpass-Sticker am BVF-Stand vorgestellt. Kommen Sie mit Ihrem Newsletter-Gutschein, den Sie in BVF@ktuell #6 finden, vorbei und nehmen Sie die Materialien für Ihren Praxisalltag direkt mit. Am Stand erhalten Sie mit dem Gutschein zwei Etikett-Bögen à 8 Sticker. Weitere Sticker können Sie mit unserer Druckvorlage selbst in der Praxis drucken oder gegen eine Schutzgebühr auf der BVF Homepage bei unserer Druckerei bestellen. Dort finden Sie auch weitere Materialien von „Schwanger mit dir“ wie Flyer und Aufsteller sowie Social Media und Webseiten-Inhalte.

Als dauerhaft präsenten Orientierungspunkt verweist der Sticker über einen integrierten QR-Code direkt auf digitale Inhalte der Kampagne „Schwanger mit dir“. Patientinnen erhalten so niedrigschwellig den Zugang zu fachlich geprüften Informationen und Erklärvideos. Der Sticker schafft eine Brücke zwischen persönlicher Beratung in der Praxis und dem heutigen Informations-

**Ultraschall der Brustdrüsen**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie zu jeder Früherkennungsuntersuchung Ihren Impfausweis mit.

Chlamydien-Screening (bis zum 25. Lebensjahr)

Beratung zur Darmkrebsfrüherkennung (ab dem Alter von 50 Jahren, Kontrolle nach 10 Jahren)

Hinweis auf Hautkrebsfrüherkennung (ab dem Alter von 35 Jahren jedes 2. Jahr)

\_\_\_\_\_

**VORSORGEPASS für**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**BVF** Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V.

**Jährliche Krebsfrüherkennung bei Frauen ab 20 Jahren**  
Stempel und Unterschrift der Frauenärztin/des Frauenarztes

<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV
<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV
<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Kombitest Zytologie/HPV

**Mammographie-Screening / Mammographie**  
ab 50 bis 74 Jahre, alle 2 Jahre

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel \_\_\_\_\_



## Gynäkologische Onkologie

# Brustkrebspatientinnen sicher behandeln – kompetent begleiten!

## Was muss ich 2026 in der Praxis wissen?

**Die Patientinnen erwarten aktuelle Therapiekompetenz auch in der niedergelassenen Frauenarztpraxis. Die ambulante Betreuung von Brustkrebspatientinnen wird zunehmend komplex, und gerade in der niedergelassenen Frauenarztpraxis steigt der Bedarf an klar strukturiertem, aktuellem und praxisorientiertem Wissen.**

Moderne systemische Therapien – von CDK4/6-Inhibitoren über risikoadaptierte antihormonelle Strategien bis hin zu Checkpoint-Inhibitoren und Antibody-Drug-

Conjugates (ADCs) – eröffnen Patientinnen erhebliche therapeutische Chancen, gehen aber zugleich mit neuen, teils ungewohnten Toxizitäten einher. Diese müssen auch im ambulanten Setting früh erkannt werden, um Sicherheit, Therapietreue und Behandlungserfolg nachhaltig zu sichern.

Da antihormonelle Therapien immer länger und individueller werden, sind insbesondere jüngere Patientinnen häufig erheblich belastet. Vasomotorische Beschwerden, Schlafstörungen, Gelenkschmerzen oder kognitive Einschränkungen können die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen und erfordern gezielte, wirksame Maßnahmen. Der Kurs zeigt daher praxisnah, wie bewährte Strategien aber auch neue Substanzen wie selektive NK-3-Rezeptorantagonisten eingesetzt werden können, um klimakterische Beschwer-

den effektiv zu behandeln und Therapieabbrüche zu vermeiden. Ergänzend wird erläutert, welche seriösen komplementärmedizinischen Ansätze eine hilfreiche unterstützende Rolle spielen und sicher in die Versorgung integriert werden können.

Das Management der CDK4/6-Inhibitoren gewinnt weiter an Bedeutung, da zunehmend mehr Patientinnen auch in der adjuvanten Situation damit behandelt werden. Der Kurs vermittelt, wie Neutropenien, Fatigue oder hepatotoxische Veränderungen sicher eingeordnet und Dosisanpassungen oder Therapiepausen optimal gesteuert werden. Hinzu kommen neue toxikologische Herausforderungen durch Checkpoint-Inhibitoren sowie durch Antikörper-Wirkstoff-Derivate (ADCs) verursachte Nebenwirkungen, die in der Niederlassung frühzeitig erkannt werden müssen.

### Fallbeispiele aus der täglichen Praxis

Mehrere praxisnahe Fallbeispiele verdeutlichen, wie moderne Therapien alltagstauglich begleitet, Nebenwirkungen frühzeitig erkannt und Patientinnen gezielt unterstützt werden können. Dabei wird auch klar, dass erfolgreiche Betreuung weit über die rein medizinische Ebene hinausgeht: Psychosoziale Beratung, das Erkennen emotionaler Belastungen und die Unterstützung der Familien rücken zunehmend in den Mittelpunkt eines ganzheitlichen Versorgungskonzepts.

Eine zentrale Rolle spielt die vertrauensvolle, kontinuierliche Beratung durch die niedergelassene Frauenärztin bzw. den niedergelassenen Frauenarzt, die für viele Patientinnen entscheidend ist, um komplexe Therapieentscheidungen zu treffen und herausfordernde Behandlungsphasen durchzuhalten. Ebenso kann

eine sektorenübergreifende Versorgung zwischen Brustzentrum und Frauenarztpraxis einen wesentlichen Unterschied machen, indem sie Behandlungskontinuität schafft und eine optimal abgestimmte Versorgung ermöglicht.

Der Kurs richtet sich an alle niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte, die ihre onkologische Kompetenz vertiefen und Patientinnen in einer zunehmend komplexen Therapielandschaft umfassend, sicher, ganzheitlich und lebensqualitätsorientiert begleiten möchten.

**Kurs 21**  
Brustkrebspatientinnen sicher behandeln – kompetent begleiten!  
Was muss ich 2026 in der Praxis wissen?  
Fr., 6.3.2026, 8.00 Uhr,  
Raum 28



**Dr. med. Steffen Wagner**

Vorsitzender der Saarl. Krebsgesellschaft, Vorstandsmitglied des BNGO

## Kinder- und Jugendgynäkologie

# Kinder und Jugendliche in der gynäkologischen Praxis

**Die Kinder- und Jugendgynäkologie ist ein interdisziplinäres Fach, aus einer Schnittmenge zwischen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendheilkunde sowie den angrenzenden Fächern wie zum Beispiel Kinderurologie oder Kinderchirurgie. Neben der Diagnostik und Therapieempfehlung, geht es auch darum den Mädchen in verständlicher, altersgerechter Weise Informationen zu vermitteln, ihnen zuzuhören und Ängste zu klären.**

Entzündliche Veränderungen der Vulva und Vagina gehören zu den häufigsten Vorstellungsgründen in der Kinder- und Jugendgynäkologie. Für die Beurteilung von Entzündungen von Vulva und Vagina sind altersspezifische Faktoren zu berücksichtigen. Stand der hormonellen Entwicklung und der damit verbundene Grad der Östrogenisierung des Genitales haben eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Infektionen. In der hormonel-

len Ruhephase (2 bis 8 Jahre) findet sich typischerweise die Vulvovaginitis. Als Symptome finden sich Rötung der Vulva, leichter bis starker Juckreiz, Missempfindungen und Brennen. Bei Beteiligung der Vaginalschleimhaut besteht Ausfluss, je nach Ursache eitrig, blutig oder gelblich-grünlich.

Die häufigste Fehldiagnose bei Juckreiz und Rötung im Vulvabereich von Kindern ist die Mykose. In der hormonellen Ruhephase ist aufgrund des Fehlens von Östrogen eine Infektion mit Pilzen jedoch nahezu ausgeschlossen. Zumeist findet sich eine unspezifische Vulvovaginitis, die durch mangelnde oder falsche Genitalhygiene nach dem Stuhlgang oder falsche Sitzhaltung beim Wasserlassen hervorgerufen wird. Die unspezifische Vulvovaginitis ist eine Ausschlussdiagnose. Deshalb muss differenzialdiagnostisch an einen vaginalen Fremdkörper gedacht werden, eine  $\beta$ -hämolyisierende Streptokokken-

infektion der Gruppe A (Scharlach-Erreger) sowie einen Lichen sclerosus.

Der Lichen sclerosus tritt in 10–15% der Fälle präpubertär auf, mit einem Durchschnittsalter zwischen 4–6 Jahre. Entscheidend ist die Berücksichtigung des Lichen sclerosus bei der Diagnosestellung auch beim Kleinkind, um eine Therapieverzögerung zu vermeiden. Der Lichen sclerosus kann über die Pubertät hinaus, also auch im Stadium der Östrogenisierung, bestehen bleiben. Häufige Fragestellungen des Jungendalters sind Störungen im Pubertätsverlauf (zu früh – zu spät), oder Störungen im Blutungsverhalten (z.B. Oligomenorrhoe, juvenile Dauerblutung, Dysmenorrhoe).

Generell reicht zur Diagnosestellung eine ausführliche Anamnese, die Inspektion des äußeren Genitales und die abdominale Sonografie des inneren Genitales, wenn Basiswissen zur Genitalent-

wicklung und Abläufe der Pubertät vorhanden sind. Als Faustregel gilt, die Menarche beginnt ca. 2,5 Jahre nach Beginn der Thelarche. Bleibt bei einem völlig normalen Pubertätsverlauf die Blutung aber länger aus, sollte an eine genitale Fehlbildung gedacht werden. Hier werden das Fehlen von Organen oder die Fehlbildungen mit Abflussbehinderung unterschieden.

Genitale Fehlbildungen haben in der weiblichen Gesamtbevölkerung eine Prävalenz von 0,1–5%. Bei Patientinnen mit Sterilität oder Infertilität ist der Anteil deutlich höher (3,5–6,3%). Blutungen sind bis zu zwei Jahre nach Beginn der Menarche unregelmäßig (Polymenorrhoe, Oligomenorrhoe).

Eine weiterführende Abklärung und Therapie sollte nur bei bestehenden Androgenisierungszeichen oder bei Leidensdruck (z.B. Polymenorrhoe und Hyper-

**Kurs 19**  
Kinder und Jugendliche in der gynäkologischen Praxis  
19., 6.3.2026, 8.00 Uhr,  
Raum 26

menorrhoe) frühzeitig erfolgen. In der Kinder- und Jugendgynäkologie werden Mädchen und Jugendliche nicht einfach als „kleine Frauen“ betrachtet und behandelt – gynäkologische Probleme und Fragestellungen sind anders. Die jungen Patientinnen brauchen eine besondere Beratungsatmosphäre und fundiertes Wissen über die physiologischen Besonderheiten, aber auch die entwicklungspsychologischen Aspekte inklusive einer angepassten Gesprächsführung.



**Prof. Dr. med. Patricia G. Oppelt**

Frauenklinik des Universitätsklinikum Erlangen  
patricia.oppelt@uk-erlangen.de

## Frühstücks- / Lunch- / Satelliten-Symposien, Meet the Experts

## Freitag, 6.3.2026

## ■ 8.00–9.30 Uhr · Raum 13

**Frühstücks-Symposium**

Jenapharm eine Marke von Bayer

**Neurokinin-Therapie (NKT)****unplugged – neue Evidenz von OASIS bis NIRVANA**

Vorsitz: Thomas Römer, Köln

– What's the Story Morning Glory –

NKT reloaded: Evidenz aus den OASIS-Studien

Anneliese Schwenkhagen, Hamburg

– „I can't Get no Sleep“ – Schlafstörungen in den Wechseljahren

Annette Bachmann, Frankfurt/Main

– Neue Perspektiven im Management

therapieinduzierter Beschwerden bei

Brustkrebspatientinnen

Sherko Kümmel, Essen

## ■ 10.00–10.30 Uhr · Raum 13

**Meet the Expert**

Exeltis Germany GmbH

**Verhütung in der Perimenopause**

Anneliese Schwenkhagen, Hamburg

## ■ 12.00–12.30 Uhr · Raum 02

**Meet the Expert**

Pfizer Pharma GmbH

**RSV-Schutz durch Impfung in der Schwangerschaft oder Prophylaxe mit Antikörpern?****Fachübergreifender Dialog zur RSV-Prävention bei Säuglingen**

Gunther Gosch, Magdeburg

Carsten Hagenbeck, Düsseldorf

## ■ 12.00–12.30 Uhr · Raum 27

**Meet the Expert**

DR. KADE Pharmazeutische Fabrik GmbH

GmbH

**Phytotherapien bei Zyklusbeschwerden**

Reinhild Georgieff, Leipzig

## ■ 12.30–13.30 Uhr · Raum 13

**Lunch-Symposium**

GEDEON RICHTER PHARMA GmbH

**Die Relugolix-Kombinationstherapie in der Praxis – Von der Patientenerwartung zur Therapie**

Vorsitz: Harald Krentel,

Aschaffenburg

– Endometriose leitliniengerecht

behandeln

Ansgar Busert, Recklinghausen

– Myom-bedingte Symptome

behandeln

Dirk-Toralf Baerens, Ilse

## ■ 12.30–13.30 Uhr · Raum 28

**Lunch-Symposium**

Astellas Pharma GmbH

**Zwei Jahre Veezo™ in der Praxis – Erfahrungen, Evidenz und Ausblick**

Thomas Römer, Köln

Katrin Schaudig, Hamburg

## ■ 14.30–15.00 Uhr · Raum 13

**Meet the Expert**

Aristo Pharma GmbH

**Kontrazeption im Wandel: Ist die Pille noch zeitgemäß?**

Thomas Römer, Köln

## ■ 14.30–15.00 Uhr · Raum 28

**Meet the Expert**

GEDEON RICHTER PHARMA GmbH

**Östrogene – von der Menarche bis zur Menopause**

Vorsitz: Nele Freerksen-Kirschner,

Aachen

Ludwig N. Baumgartner, Freising

## ■ 16.45–18.45 Uhr · Raum 13

**Satelliten-Symposium**

Novartis Pharma GmbH

**Gemeinsam stark: Adjuvante Brustkrebspatientinnen in der niedergelassenen Gynäkologie**

Vorsitz: Christina Moisis-Tesch,

Wiesbaden

– Vom Rezidivrisiko zur richtigen

Therapie: AGO-Leitlinie trifft Praxisalltag

Athina Kostara, Düsseldorf

– Gemeinsam stärker – Ärztliche

Netzwerke in der modernen Brust-

krebsversorgung

Hans Tesch, Frankfurt/Main

– Die adhärenzte Patientin – wie eine

gute Zusammenarbeit zwischen

Patientin und Ärztin/Arzt die Therapie

beeinflusst

Hendrik Veldink, Nordhorn

– Zwischen Leitlinie und Realität –

Mammakarzinom interdisziplinär

Christina Moisis-Tesch, Wiesbaden

## Samstag, 7.3.2026

## ■ 8.00–9.30 Uhr · Raum 13

**Frühstücks-Symposium**

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

**Impfen in der Gynäkologie – Schutz für jede Lebensphase**

Vorsitz: Michael Wojcinski, Steinhagen

– Impfungen für die Gesundheit von

Mutter und Kind

Michael Abou-Dakn, Berlin

– Praktische Umsetzung von

Impfungen in der Frauenarztpraxis

Lutz Hoins, Bremen

## ■ 10.00–10.30 Uhr · Raum 13

**Meet the Expert**

Exeltis Germany GmbH

**Herausforderung in der gynäkologischen Praxis: PCOS und Hirsutismus**

Maren Goeckenjan, Dresden

## ■ 12.00–12.30 Uhr · Raum 28

**Meet the Expert**

Astellas Pharma GmbH

**Praxisbesonderheit – Was bedeutet das für mich? Definition, Nutzen & Umsetzung in der gynäkologischen Praxis**

Gerhard Nitz, Berlin

## ■ 12.00–12.45 Uhr · Raum 13

**Mini-Symposium**

PASCOE pharmazeutische

Präparate GmbH

**Hochdosiertes Vitamin C in der Praxis**

Wibke Cornelius, Augsburg

## Kolposkopie

## Basis-Kolposkopiekurs

Seit dem 01.01.2020 gilt eine neue Regelung für das Zervixkarzinom-Screening. Es wird nun als organisiertes Screening nach der organisierten Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (oKFE-RL) des G-BA durchgeführt. Die Kolposkopie hat dadurch einen neuen und hohen Stellenwert in der Abklärung auffälliger zytologischer Befunde und bei der Diagnostik von Personen mit Uterus und persistent positiven hr HPV-Test erhalten.

Da die meisten HPV-Infektionen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auftreten und über 90% davon innerhalb von 24 bis 36 Monaten ohne klinische Relevanz ausheilen, wird im organisierten Screening die jährliche Teilnahme aller Personen mit Uterus zwischen dem 20. und

34. Lebensjahr am zytologischen Screening empfohlen.

Ab dem 35. Lebensjahr erfolgt alle drei Jahre eine Ko-Testung (Zytologischer Abstrich + HPV-Test).

Die Abklärung auffälliger zytologischer Befunde und persistentem Nachweis von Hochrisikotypen des humanen Papillomavirus (hr HPV) erfolgt gemäß dem Abklärungsalgorithmus durch eine Abklärungskolposkopie. Jede Person mit Uterus und auffälligen Befunden hat Anspruch auf diese Untersuchung.

Kolleginnen und Kollegen, die sich auf die Pathophysiologie von HPV-Infektionen, die Entstehung, Diagnostik und Therapie von Präneoplasien und Karzinomen, insbesondere der Zervix, Vulva und Vagina, spezialisiert haben, sind für die Durchführung der Abklärungskolposkopie qualifiziert.

Um eine hohe Weiterbildungsqualität zu gewährleisten, hat die AG-CPC bereits vor Einfüh-

rung des organisierten Zervixkarzinom-Screenings eine strukturierte Kolposkopieausbildung etabliert. Diese umfasst die Teilnahme und Ausbildung im Rahmen eines Basis- und eines Fortgeschrittenenkurses, die mit der abschließenden Prüfung zum Kolposkopiediplom endet. Während im Basiskurs die Grundlagen der Kolposkopie praxisbezogen erlernt werden können, vertieft der Fortgeschrittenenkurs für Kolposkopie das bereits erworbene Wissen nach einer Mindestzeit von 6 Monaten praktischer Tätigkeit. Hier werden anhand von Fällen auch viele spezielle Fragestellungen vermittelt und diskutiert. Basiskurs und Fortgeschrittenenkurs können selbstverständlich aber auch aus Interesse und im Sinne der Weiterbildung belegt werden.

Die veröffentlichten Ergebnisse der AG-CPC Registerstudie unterstreichen die Bedeutung der frühzeitigen Abklärung auffälliger Screeningbefunde zur frühzeitigen Entdeckung von OPpflichtigen CIN3 und einzelner frühzeitiger und gut therapierbarer Zervixkarzinome in der Gruppe der niedrig-Risikozytologien. Ein besonderes Augenmerk muss auf die High-risk-HPV-Persistenz


mit den High-risk-Typen 16 und 18 gelegt werden, die sich eine besonders hohe Persistenzrate und Pathogenität ausweisen und in 60–70% aller Zervixkarzinome nachweisbar sind.

Die Abklärungskolposkopie dient neben der histologischen Abklärung und Sicherung zytologisch und/oder kolposkopisch auffälliger Befunde auch der weiteren Therapieplanung.

Durch das etablierte Screening kann eine Risikogruppe mit persistierender High-risk-HPV-Besiedlung/Infektion identifiziert werden, die von intensiveren und häufigeren weiterführenden Untersuchungen wie der Abklärungskolposkopie profitiert, während HPV-negative Frauen nicht so häufig gescreent werden müssen.


Einen wichtigen Beitrag zur weiteren Reduktion der Krankheitslast und damit auch zur Entlastung des Gesundheitssystems würde die deutliche Steigerung der noch immer niedrigen, bei Mädchen knapp über 50% und bei Jungen unter 40% liegenden, HPV-Impfquoten leisten. Auch das eine wichtige Aufgabe

von uns Frauenärztinnen und Frauenärzten.




**Prof. Dr. med. Melanie Henes**

Leitende Oberärztin Hormon- und Kinderwunschprechstunde / Dysplasieeinheit Department für Frauengesundheit Vorstandsvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. melanie.henes@med.uni-tuebingen.de



**Dr. med. Ellen Mann**

Oberärztin Geburtshilfe, Leiterin der AGCPC/DKG zertifizierte Dysplasieeinheit Sekretärin im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. Universitätsfrauenklinik und Poliklinik am Klinikum Südstadt Rostock ellen.mann@klinikusued-rostock.de



**PD Dr. med. Volkmar Küppers**

Frauenheilkunde & Geburtshilfe Zytologisches Labor Dysplasie-Sprechstunde Königsallee 64, 40212 Düsseldorf info@dysplasie-praxis.de

**Kurs 30**  
**Basis-Kolposkopiekurs**  
**Sa., 7.3.2026, 8.00 Uhr,**  
**Raum 01**

Schwangerschaftskonflikt

# Medikamentöser und operativer Schwangerschaftsabbruch – wo stehen wir heute?

Mit der (direkt bevorstehenden) Veröffentlichung der S3 Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon ist es an der Zeit, einmal kurz zurückzublicken. Im Januar 2023 wurde die erste Leitlinie im deutschsprachigen Raum zu diesem Thema als S2k Leitlinie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums veröffentlicht. Der hinter allem stehende Qualitätsanspruch: Schwangerschaftsabbrüche gehören zur gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und die Beratung, Betreuung und Versorgung der betroffenen Patientinnen sollte evidenzbasiert und interdisziplinär erfolgen.

Bei der Erstellung standen sich in der Leitlinien-Kommission die konträren Positionen zum Teil unversöhnlich gegenüber. Im Spannungsfeld zwischen dem Schutz des ungeborenen Lebens einerseits und der sexuellen, reproduktiven Freiheit und Selbstbestimmung der Frau sowie den Grundrechtspositionen der schwangeren Frau andererseits wurde vehement diskutiert und um Konsens gerungen. Dies spiegelt den allgemeinen Zeitgeist wider und so wie es in der Kommission gelungen ist aufeinander zuzugehen, wäre in unserer multikulturellen Integrationsgesellschaft mit ethisch-moralischer Pluralität der Positionen und verschiedenen Religionen ein „Aufeinanderzugehen“ wünschenswert.

Mit der Auswertung der ELSA-Studie (Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer, Angebote der Beratung und Versorgung; Projektlaufzeit 11/2020-10/2023) liegen erstmals Daten zur Versorgungssituation von ungewollt Schwangeren in Deutschland vor, die Mängel aufzeigen: 60% der befragten Frauen gaben Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Informationen zum Schwangerschaftsabbruch an. Ziel sollte nun die Bereitstellung eines breiten, niedrigschwelligen, barrierearmen und vielsprachigen Beratungsangebots sein. Vor allem vor dem Hintergrund, dass eine ungewollte Schwangerschaft kein seltenes Ereignis in der reproduktiven Biografie einer Frau ist.

Um bei einem gewünschten Schwangerschaftsabbruch eine

ausgewogene Patientinnen-Beratung durchführen zu können, bedarf es nicht nur der Kenntnis bezüglich der Rahmenbedingungen, sondern die Verfahren medikamentös/operativ sollten auch im Kontext zur Lebenssituation der Patientin und dem allgemeinen Zeitgeist bewertet werden. Der in vielen Ländern stetig steigen-

den Anzahl von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen ist dabei Rechnung zu tragen. Welche Methode im Einzelfall am besten geeignet ist, sollte in einem ergebnisoffenen Gespräch mit der Patientin zusammen entschieden werden. Ferner sollte den Frauen beim Vorgespräch sowie unmittelbar vor oder nach dem

Schwangerschaftsabbruch eine Verhütungsberatung angeboten werden. Im Kurs und im folgenden Text sollen rechtliche, aber vor allem auch praxisrelevante Grundlagen dargestellt werden.

Laut dem Statistischen Bundesamt (DeStatis) lag die Zahl der in Deutschland 2024 durchge-

**Kurs 25**  
Medikamentöser und operativer Schwangerschaftsabbruch  
Fr., 6.3.2026, 16.45 Uhr, Raum 27

fürten Schwangerschaftsabbrüche bei 106.455 pro Jahr – bei weiterhin leicht steigender Tendenz.

Eine Schwangerschaft kann prinzipiell medikamentös und operativ abgebrochen werden.

## Kelzy® – Simply the first

2 mg Dienogest und 0,02 mg Ethinylestradiol im 24/4 Einnahmeschema

Retard-tablette zur Kontrazeption



Zugelassen ab der Menarche

DE-2509-02221-2

- ✓ Hohe Zyklusstabilität\*
- ✓ Mehr Dienogest – weniger Ethinylestradiol pro Zyklus\*\*
- ✓ 24 h-Sicherheitsfenster
- ✓ Bester Pearl-Index (0,2)‡

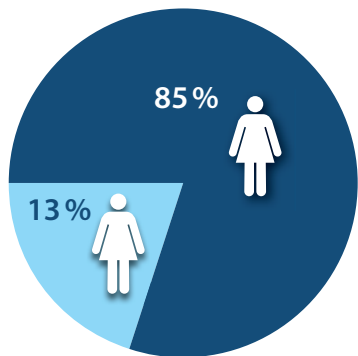


\* 1,7% der Frauen brachen die europäischen Phase-III-Studien wegen blutungsbedingter Nebenwirkungen ab.  
\*\* 14% mehr Dienogest und 24% weniger Ethinylestradiol pro Zyklus verglichen mit oralen Kontrazeptiva mit 2 mg Dienogest und 0,03 mg Ethinylestradiol in einem 21/0 Einnahmeschema.  
‡ aller oralen Kontrazeptiva (Originalprodukte) in Deutschland, Overall Pearl-Index gemäß jeweiliger FI.

kelzy.de



**Kelzy 2 mg/0,02 mg Retardtableten. Wirkstoffe:** Dienogest/Ethinylestradiol **Zus.:** Weiße Retardtabl.: Jede Tabl. enth. 2 mg Dienogest u. 0,02 mg Ethinylestradiol. Grüne Placebo-Tabl.: Die Tabl. enth. keine Wirkstoffe. **Stoffhaltige Retardtabl. enth.** 19 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat). Jede grüne Placebo-Tabl. enth. 56 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat). **Sonst. Bestandt.:** Weiße (wirkstoffhaltige) Retardtabl.: Lactose-Monohydrat, Hypromellose (E 464), Povidon K30, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pfl.], Filmüberzug: Polyvinylalkohol (teilhydrolysiert), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum, Macrogol 400. Grüne Tabl. (Placebo): Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K30, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pfl.], Filmüberzug: Hypromellose, Triacetin, Polysorbat 80, Titandioxid (E 171), Indigocarmin-Aluminiumsalz (E 132), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O **Anwend.:** Orale hormon. Kontrazeption. Bei d. Entscheidung, Kelzy zu verschreiben, sollten die aktuel., indiv. Risikofakt. d. einzelnen Frauen, insbes. i. Hinblick auf ven. Thromboembolien (VTE), berücksichtigt werden. Auch sollte das Risiko f. eine VTE bei Anwend. v. Kelzy m. dem anderer komb. hormon. Kontrazept. (KHK) vergl. werden. **Gegenanz.:** Überempf. gg. die Wirkst. od. gg. einen d. genannten sonst. Bestandt. Vorliegen einer od. Risiko f. eine VTE, VTE – besteh. VTE (u. Therapie m. Antikoagulantien) od. VTE i. d. Vorgeschichte (z. B. tiefe Venenthrombose [TVT] od. Lungenembolie [LE]), bek. erbl. od. erwor. Prädispos. f. eine VTE, wie z. B. APC-Resistenz (einschl. Faktor-V-Leiden), Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel od. Protein-S-Mangel, gr. Operationen m. läng. Immobil., hohes Risiko f. eine VTE aufgr. mehrerer Risikofakt. Vorliegen einer od. Risiko f. eine arter. Thromboembolie (ATE), ATE – besteh. ATE, ATE i. d. Vorgeschichte (z. B. Myokardinfarkt) od. Erkr. i. Prodromalstadi. (z. B. Angina pectoris), Zerebrovaskuläre Erkr. – besteh. Schlaganfall, Schlaganfall i. d. Vorgeschichte od. prodromale Erkr. (z. B. transitorische ischäm. Attacke [TIA]) i. d. Vorgeschichte, bek. erbl. od. erwor. Prädispos. f. eine ATE, wie z. B. Hyperhomocysteinämie u. Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupusantikoagulans), Migräne m. fok. neural. Sympt. i. d. Vorgeschichte, hohes Risiko f. eine ATE aufgr. mehrerer Risikofakt. od. eines schwerw. Risikofakt. wie: -Diabetes mellit. m. Gefäßschäd., -Schw. Hyperton., -Schw. Dyslipoproteinämie, Besteh. od. vorausgeg. schw. Lebererkr., -sol. sich die Leberfunktionswerte nicht wieder normal. haben, besteh. od. vorausgeg. (benigne od. maligne) Lebertumoren, bek., durch Sexualsteroiden beeinfl. maligne Erkr. (z. B. d. Geschlechtsorgane od. d. Mamma) od. d. Verdacht darauf, nicht abgekl. vaginale Blutungen. Kelzy ist kontraindiziert f. die gleichz. Anwend. m. Arzneim., d. Omnitrovir/Paritaprevir/Ritonavir, Dasabuvir, Glecaprevir/Pibrentasvir u. Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir enth. **Nebenw.:** Häufig: Vaginalinfekt., Libidostör., Stimmungsschwank., Kopfschm., Übelkeit, Abdominalschm., Akne, Menorrhagie, Brustbeschw., Dysmenorrhoe, Gewichtszunahme, Thyreotropin i. Blut erh., Triglyzeride i. Bl. erh., Gelegentl. Harnwegsinfekt., Hypothyreose, Appetitstör., Hyperglykämie, Angst, depr. Verstimm., Depression, psychische Stör., Schlafstör., Migräne, Schwindelgefühl, Hyperton., thrombotische Ereignisse, Erbrechen, Diarrhoe, Flatulenz, aufgetr. Bauch, Alopezie, Pruritus, Dermatitis, Hyperhidrose, Ausschlag, Schm. i. d. Extremitäten, Amenorrhoe, vagin. Blutungen, Ovarialzysten, vulvovagin. Trockenh., Beckenschm., vulvovagin. Pruritus, Zervixdysplasie, Dyspareunie, Menstruationsstör., vagin. Ausfluss, vulvovagin. Entzündungen, Erschöpf., peripher. Ödeme, Schwellung, Kreatinphosphokinase i. Bl. erh., Cholesterin i. Bl. erh., Leberenzym erh., Gewichtsabnahme. **Selten:** Genitaler Herpes, Myringitis, Fibroadenom i. d. Brust, Leukopenie, Hyperthyreoidismus, Dyslipidämie, Flüssigkeitsretention, Dysgeusie, Hypoästhesie, Parästhesie, Augenjucken, Sehstör., Vertigo, Palpitationen, Blutdruckfluktuation, Hämatom, Hitzegefühl, Besenreisvarizen, Varizen, Epistaxis, Obstipation, Dyspepsie, gastroösophageale Refluxerkr., Hyperästhesie d. Zähne, Chloasma, tr. Haut, Hauterkr., Urtikaria, Arthralgie, Haematurie, Leukozyturie, Endometriumhyperpl., Beschw. i. Genitalb., Unwohlsein, Träg., gen. Verschlecht. d. psych. Zustandes, Laktatdehydrogenase i. Bl. erh., Kalium i. Bl. erh., Blutdr. anomal, Prolaktin i. Bl. erh., Fibrin D Dimer erh., Insulinresistenztest. Nicht bekannt: Exazerbation v. Symptom. eines hereditären u. erwor. Angioödems. **Verschreibungspflichtig. Warnhinweis:** Enthält Lactose **Zul.-Inhaber:** Exeltis Germany GmbH, Adalperstr. 84, 85737 Ismaning. **Stand d. Information:** Sept. 2024



Place of abortion in Germany 2025

- ambulant in Krankenhäusern
- ambulant in Praxen bzw. OP-Zentren

Abb. 2: Verhältnis Praxis/Krankenhaus.

### Aktuelle epidemiologische Zahlen

Eine Jahresauswertung 2025 lag bei der Erstellung des Artikels noch nicht vor. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, lag die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche im 3. Quartal 2025 bei 26.710, ein Plus gegenüber dem 3. Quartal 2024 von 2,9%. Die Ursachen für die Entwicklung sind anhand der Daten nicht bewertbar.

Sieben von zehn Frauen (69%), die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt, 20% zwischen 35 und 39 Jahre. 9% der Frauen waren 40 Jahre und älter, 3% waren jünger als 18 Jahre (► Abb. 1). Rund 44,5% der Frauen hatten vor dem Schwangerschaftsabbruch noch kein Kind zur Welt gebracht.

96% der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wurden nach der Beratungsregelung vorgenommen. Eine medizinische oder kriminologische Indikation lag in den übrigen 4% der Fälle vor. Die meisten Schwangerschaftsabbrüche wurden operativ mittels Vakuumaspiration durchgeführt, bei 43,5% (1. Quartal 2025) erfolgte ein medikamentöser Abbruch mit Mifegyne®. Damit setzte sich der erfreuliche Trend der Zunahme medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche fort. Die Eingriffe erfolgten überwiegend ambulant (► Abb. 2), davon 85% in Arztpraxen beziehungsweise OP-Zentren und 13% ambulant in Krankenhäusern.

### Rahmenbedingungen, rechtliche Grundlagen

Ein Schwangerschaftsabbruch (SAB) ist nach § 218 Strafgesetzbuch (StGB) grundsätzlich rechtswidrig. Er bleibt aber auf Grundlage der sog. Beratungsregelung unter bestimmten Bedingungen straffrei. Eine Schwangere, die den Eingriff verlangt, muss sich drei Tage vor dem gewählten Termin des Schwangerschaftsabbruches in einer staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle beraten lassen. Wichtig ist hierbei das vorgeschriebene Zeitfenster für die Bedenkzeit: Zwischen dem Ausstellen des Beratungsscheins und dem Eingriff müssen mindestens drei volle (Kalender)Tage liegen. Für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruches dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen (post conceptionem) oder 14 Wochen nach dem 1. Tag der letzten Menstruationsblutung (post menstruationem) vergangen sein.

Außerdem ist ein Schwangerschaftsabbruch auf Grundlage einer medizinischen oder einer kriminologischen Indikation möglich, dann ist er nicht rechtswidrig nach § 218a Abs. 2 StGB und wird von der Krankenkasse bezahlt. Eine medizinische Indikation liegt vor, wenn für die Schwangere Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes besteht. Eine kriminologische Indikation ist gegeben, wenn davon auszugehen ist, dass die Schwangerschaft durch eine Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch entstanden ist (Indikationen nach § 218a Absatz 2 und 3 StGB). Für alle Mädchen, die vor dem vollendeten 14. Lebensjahr schwanger werden, gilt immer einer kriminologische Indikation. Ein SAB mit medizinischer Indikation ist – anders als bei der Beratungsregelung – auch nach der 12. Woche nach Empfängnis (14. Woche nach dem ersten Tag der letzten Menstruation) straffrei möglich. Der SAB darf nicht von der Ärztin/dem Arzt vorgenommen werden, die

oder der die Indikation ausgestellt hat. Dies ist bei der kriminologischen Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB) genauso, aber es gibt keine Beratungspflicht, jedoch einen Anspruch auf Beratung (auf Wunsch der Schwangeren). Auch bei dieser Indikation dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen (14 Wochen nach dem 1. Tag der letzten Regel) vergangen sein.

Die gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch fallen in den nationalen Zuständigkeitsbereich. Es gibt jedoch Stellungnahmen von internationalen Organisationen, wie der Weltgesundheitsorganisation, den Vereinten Nationen und des Europäischen Parlaments, welche die sexuelle und reproduktive Freiheit und Selbstbestimmung der Frau in den Vordergrund stellen und ihre Mitgliedstaaten dazu auffordern, legale Schwangerschaftsabbrüche und einen allgemeinen Zugang zu ärztlichen Leistungen sicherzustellen (Entschließung Europäisches Parlament 2021; Allgemeine Erklärung, UNO 2018; Weltgesundheitsorganisation 2012). Die Zahl der Arztpraxen und Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, sank von 2.050 Meldestellen im Jahr 2003 auf 1.110 im Jahr 2021, was einem Rückgang um 46% entspricht (Statistisches Bundesamt 13.5.2023). Die Liste der Bundesärztekammer verzeichnet 360–400 Einträge von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (Stand 5.1.2026).

Erste Ergebnisse zur Versorgungsstruktur ungewollt Schwangerer in Deutschland liegen nun mit der **ELSA Studie (Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer, Angebote der Beratung und Versorgung)** vor. Die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte umfangreiche Studie, die über 3 Jahre (2020–2023) lief, belegt Versorgungsmängel und Stigmatisierungen. Passend zu diesem Thema: Im Januar 2024 wurde ein Gesetz gegen sog. „Gehsteigbelästigungen“ auf den Weg gebracht um die Rechte der Schwangeren zu stärken und sie

vor radikalen Abtreibungsgegnern zu schützen.

### Entscheidungsfindung

Das ärztliche Beratungsgespräch zur Behandlungsoption Schwangerschaftsabbruch soll werteneutral, ergebnisoffen und nicht-direktiv erfolgen. Es ist nicht gleichzusetzen mit der Beratungspflicht der Schwangerenkonfliktberatung nach § 219, Abs. 1, in dem die Ratsuchende nach Gesetzestext „zur Fortsetzung der Schwangerschaft ermuntert“ werden soll. Für eine Entscheidungsfindung ist es wichtig die Erfahrungen und Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte bezüglich der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, Evidenzen und Risiken mit den persönlichen Präferenzen, Lebensumständen, Zielen, Werten und Überzeugungen der Patientin in einem gemeinsamen Prozess abzuwägen (NICE 2021).

Die Aufklärung soll eine Orientierung über Behandlungsoptionen bieten. Die Patientin kann dann eine informierte, unterstützte Entscheidung über das Für und Wider eines Schwangerschaftsabbruches und die Art der Durchführung selbstbestimmt treffen; Ziel ist ein tragfähiger Entschluss.

Minderjährige Schwangere können nach einem Abwägungsprozess durch die betreuenden Ärztinnen/Ärzte, eine entsprechende Reife der Betroffenen vorausgesetzt, auch ohne Einwilligung der Eltern die Schwangerschaft feststellen lassen, eine Schwangerschaftskonfliktberatung durchführen und eine Beratungsbescheinigung erhalten. Außerdem können sie ab dem Alter von 16 Jahren selbstständig eine Kostenübernahme bei der gesetzlichen Krankenkasse beantragen.

Bei einer Schwangeren vor dem vollendeten 14. Lebensjahr liegt stets eine kriminologische Indikation vor. Hier entfallen die Pflichtberatung und die drei Tage Wartefrist/Bedenkzeit. Eine Strafanzeige ist hierfür nicht notwendig. Die Indikationsstellung und der

Schwangerschaftsabbruch dürfen prinzipiell nicht durch die gleiche Ärztin/den gleichen Arzt durchgeführt werden. Der Abbruch ist in diesem Falle eine reguläre Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

### Anti-D-Prophylaxe

Eine Rhesus-Alloimmunisierung kann die Gesundheit einer nachfolgenden Schwangerschaft gefährden und die Rhesus-Prophylaxe ist sicher und leicht verfügbar. Daher werden routinemäßige Rh-Faktor-Bestimmungen und die Verabreichung von Immunglobulin bei Frauen, die einen operativen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, empfohlen. Es gibt aktuell keine evidenzbasierten Beweise, die die routinemäßige Verabreichung von Rhesus-Immunglobulin an Rhesus-negative Frauen, die sich einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch unterzogen haben, unterstützen oder widerlegen.

Die Bestimmung des korrekten Gestationsalters mittels Angaben zur letzten Menstruation bei stabilem Zyklusverhalten oder mittels Ultraschall ist ein essenzieller Bestandteil der Betreuung jeder Schwangeren. Nach § 218c StGB gilt es als ärztliche Pflichtverletzung, sich bei einem Schwangerschaftsabbruch nicht von der Dauer der Schwangerschaft überzeugt zu haben.

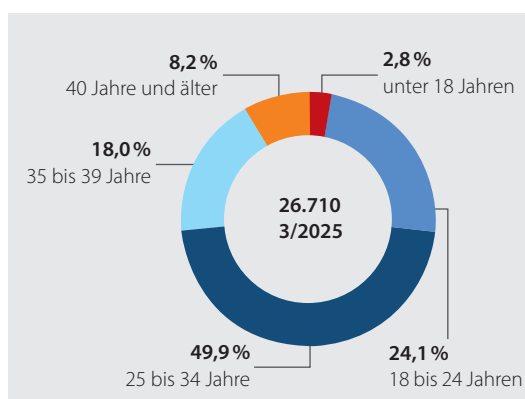
Eine (vaginale) Ultraschalluntersuchung im 1. Trimenon kann auch den Nachweis eines liegenden Intrauterinpressars, einer Gemini-Gravidität, einer gestörten Fröhschwangerschaft sowie Extrauterin-gravidität erbringen.

### Medikamentöser SAB

In den letzten Jahren zeigte sich eine stetige Zunahme der medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche: Lag der bundesweite Durchschnitt 2018 noch bei 25%, wurde der Anteil im 1. Quartal 2025 mit 43,5% ausgewiesen. Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs ist in unterschiedlichen „Settings“ möglich: ambulant in gynäkologischen, allgemeinmedizinischen oder anderen Praxen, in ambulanten OP-Zentren oder in besonderen Fällen ambulant oder stationär in Kliniken.

Entscheidet sich die Schwangere für den medikamentösen Abbruch, erfolgt die Einnahme von Mifepriston in Gegenwart einer Ärztin/eines Arztes.

Die Frage, ob die Gabe des Prostaglandins in der Praxis erfolgen muss oder das Medikament



### Pressemitteilung vom 10. Dezember 2025

WIESBADEN – Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 106.455 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, hat sich die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche gegenüber dem Vorjahr mit +0,2% kaum verändert. Sie lag damit weiterhin über dem Niveau der Jahre 2014–2020.

Sieben von zehn Frauen (69%), die im Jahr 2024 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt und 20% waren im Alter zwischen 35 und 39 Jahren. 9% der Frauen waren 40 Jahre und älter, 3% waren jünger als 18 Jahre. 43% der Frauen hatten vor dem Schwangerschaftsabbruch noch kein Kind zur Welt gebracht.

Etwa die Hälfte (54,8%) der Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden, hatten bereits ein oder mehrere Kinder. Ein Drittel der Schwangerschaftsabbrüche ließen verheiratete Frauen vornehmen. Zwei Drittel der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren ledig.

Abb. 1: Pressemitteilungen des Statistischen Bundesamts

von der Patientin selbst zuhause eingenommen werden kann (home use), wird in systematischen Übersichten zu Effektivität, Sicherheit und Akzeptanz als gleichwertig beantwortet (Wedsinghe 2010, Gambir 2020). Dies bestätigt auch die 218. Stellungnahme der DGGG vom 9.6.2015. Hier heißt es: ... die Applikation von Misoprostol (Cytotec®) zu Hause ist sicher und wird von den meisten Frauen bevorzugt.

Die Misoprostol-Tabletten können also der Schwangeren ausgehändigt werden mit der Maßgabe, diese 36 bis 48 Stunden nach Mifepriston einzunehmen.

Gastrointestinale Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe treten bei der Anwendung von Misoprostol häufig auf. Als prophylaktische Begleitmedikation wird z.B. 30 Min. vor Misoprostol-Anwendung die Einnahme eines Antiemetikums und eines Analgetikums (z.B. Ibuprofen) als Schmerzmanagement empfohlen. Wichtig ist der Hinweis im Aufklärungsgespräch, dass ein medikamentöser SAB nicht schmerzfrei ist, aber bei adäquater Schmerzmedikation gut tolerabel. Schmerzen durch die Uteruskontraktionen werden individuell sehr unterschiedlich erlebt.

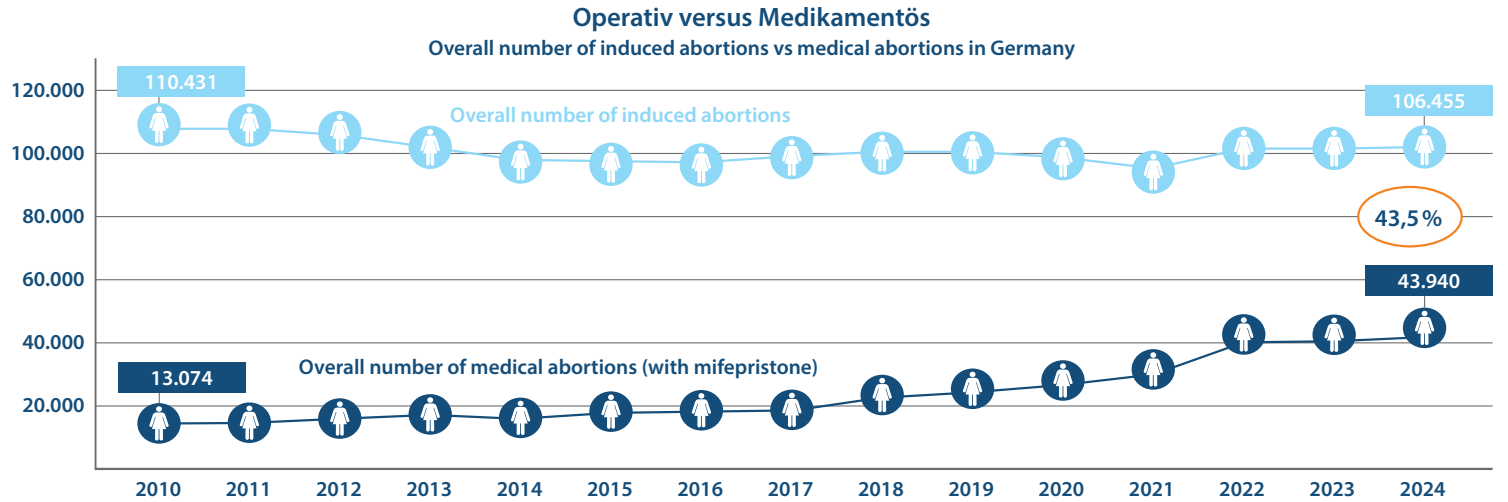
#### Applikationsschema für Misoprostol und Mifepriston

In Deutschland ist Mifegyne® (= 200 mg Mifepriston) für den medikamentösen SAB bis zum 49. Tag nach Beginn der letzten Regelblutung zugelassen. Diese Zulassung umfasst die einmalige orale Gabe von 600 mg Mifepriston und 36 bis 48 Stunden danach die buccale, sublinguale oder vaginale Verabreichung von 400 µg Misoprostol. Alternativ laut europäischer Zulassung auch 200 mg Mifepriston als Einzeldosis oral und 36–48 Stunden später die Verabreichung von 600–800 µg (3–4 Tbl.) Misoprostol (Cytotec®) buccal/sublingual oder vaginal. Zwischen dem 50. und dem 63. Tag dann die Gabe von 600 mg Mifepriston oral oder alternativ 200 mg Mifepriston als Einzeldosis und 36–48 Stunden später die Gabe von 800 µg Misoprostol (Cytotec®).

Die kombinierte Anwendung mit Mifepriston und Misoprostol ist prinzipiell wirksamer als die mögliche alleinige Anwendung von Misoprostol.

#### Aufklärung / Ablauf

Es sollte eine dezidierte Aufklärung darüber erfolgen, was die betroffene Frau an Blutungen, Schmerzen



3. Quartal 2025: 45 % Absaugmethode versus 43,5 % medikamentös

Abb. 3: Nach der Zulassung von Mifegyne® in Deutschland ist der Anteil medikamentöser SAB von 3 % im Jahr 2000 auf 43,5 % in 2025 angestiegen. Quelle: Bundesamt für Statistik (Federal office of statistics)

oder gastrointestinalen Nebenwirkungen zu erwarten hat und wie das abgehende Schwangerschaftsgewebe aussieht.

Bei stärkeren oder nicht sistierenden Blutungen kann eine weitere Einnahme von Misoprostol erfolgen, selten ist eine Vakuumaspiration nötig. Das Risiko für stärkere uterine Blutungen nach medikamentösem Abbruch wird mit ca. 1 % angegeben, für eine transfusionspflichtige Blutung liegt es zwischen 0,1 % und 0,6 %. Liegt im Verlauf der Verdacht auf Residuen vor, kann die nächste Regelblutung abgewartet werden, wenn zwischenzeitlich keine verstärkten Blutungen auftreten oder es Hinweise auf eine Infektion gibt. Die erneute Gabe von Prostaglandinen (Misoprostol) oder eine operative Vakuumaspiration sind weitere Behandlungsoptionen. Wenn der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch fehlschlägt und es zum Fortbestehen einer intakten Gravidität kommt (0,5 bis 1 % der Frauen) ggfs. Wiederholung Mifepriston/Misoprostol-Schema oder Vakuumaspiration.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch erfordert in jedem Fall eine sonografische Nachkontrolle.

Infektionen nach medikamentösem Abbruch sind selten. Weder die gynäkologischen Fachgesellschaften verschiedener Länder noch die WHO empfehlen eine routinemäßige prophylaktische Antibiotikagabe beim medikamentösen SAB.

#### Risikoauflärung

Fachgerecht durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche sind sichere Prozeduren, die nur in sehr seltenen Fällen zu ernstesten Komplikationen wie z.B. transfusionspflichtigem Blutverlust, Sepsis oder Uterusverletzungen führen. Das Risiko für Komplikationen steigt

mit dem Schwangerschaftsalter (RCOG 2011). Im Vergleich zwischen medikamentösem und operativem Abbruch gibt es keine Evidenz dafür, dass eine der beiden Methoden mehr Risiken aufweist (Kulier 2001).

#### Operativer Schwangerschaftsabbruch

In Deutschland wurden 2024 ~49.000 operative SAB durchgeführt. Rechnet man die gestörten Frühgraviditäten, zum Beispiel Missed Abortion, Abortus incompletus etc. dazu, gehört dieser operative Eingriff zu einem der häufigsten im gynäkologischen Alltag.

#### Kostenübernahme (KÜ)

Die Kosten für einen SAB nach Beratungsregelung werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Ein Anspruch auf Kostenübernahme besteht, wenn die Aufbringung der Mittel aus wirtschaftlichen Gründen nicht zuzumuten ist (Voraussetzung: Wohnsitz im Geltungsbereich des Gesetzes). Kostenträger sind in diesem Fall die Länder.

#### Methodenauswahl

Schon in den 1990er-Jahren galt auch in Deutschland die Vakuumaspiration (Synonym: Saugkürettage) als GOLDSTANDARD. Die Durchführung einer Vakuumaspiration ist im 1. Trimenon (bis 14. SSW) die Methode der Wahl. Diese Empfehlung findet sich auch in den Leitlinien verschiedener internationaler gynäkologischer Fachorganisationen und der WHO (World Health Organization) wieder. Die WHO bezeichnet die Durchführung mit der Kürette als obsolet, auch routinemäßig im Anschluss an eine Vakuumaspiration. Bei der Wahl der Größe des Absaugröhrchen ist die Schwangerschaftswoche minus 1 eine gute Faustregel. Alle Frauen, die sich einem operativen Schwangerschaftsabbruch

unterziehen, sollten eine perioperative Antibiotikaprophylaxe als Einmaldosis (single shot) erhalten. Neben Doxycyclin sind Metronidazol und  $\beta$ -Lactam-Antibiotika wie Cephalosporine geeignet, das Infektionsrisiko nach einem Schwangerschaftsabbruch zu verringern.

Vor einem operativen Schwangerschaftsabbruch kann nach einer Nutzen-Risiko-Abwägung, insbesondere bei Nullparität oder nach Voroperationen an der Zervix ein Zervixpriming sinnvoll sein. Schwerwiegende perioperative Komplikationen wie transfusionspflichtiger Blutverlust, Perforationen der Uteruswand und Zervixrisse bei der Dilatation treten in weniger als 0,1 % der Vakuumaspirationen auf (White et al. 2015). Die Studienlage bezüglich der Notwendigkeit einer Rhesusprophylaxe vor Ende der 10. SSW ergibt, dass diese wahrscheinlich unnötig ist. Da es zurzeit keine Leitlinien zu einem Vorgehen ohne Rhesus-Prophylaxe gibt, sollte der Schwangeren analog zum Vorgehen bei gestörter Frühgravidität eine Prophylaxe angeboten werden.

#### Management von Schwangerschaftsresiduen

Nach einem operativen Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon verbliebene Schwangerschaftsreste sollen zwischen 0,7 % und 3 % nach Vakuumaspiration (White 2005) durch einen erfahrenen Operateur/eine erfahrene Operateurin vorkommen.

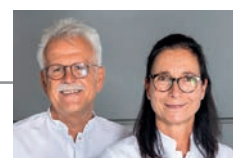
Zu den Symptomen bei verbliebenen Schwangerschaftsresten gehören vaginale Blutungen,

Unterbauchschmerzen und Infektionszeichen.

Um einen unvollständigen Schwangerschaftsabbruch zu verhindern, ist eine Inspektion des abgesaugten Materials unmittelbar postoperativ zu empfehlen. Wenn Zweifel bestehen, sollte außerdem eine Ultraschallkontrolle erfolgen.

Ist bei transvaginaler Sonografie die Darstellung intracavitärer (suspekter) Strukturen erfolgt, können verbliebene Schwangerschaftsreste entweder durch die Verabreichung von Misoprostol oder, falls dies erfolglos bleibt, durch eine erneute Vakuumaspiration im Rahmen einer Hysteroskopie behandelt werden.

Neben der Anamnese sollte die Beurteilung des klinischen Verlaufes herangezogen werden: vaginale Blutung (Stärke) oder Amenorrhoe (Zeitdauer), Infektionszeichen (Labor, sub-/febrile Temperaturen, Abklärung Endo-/Endomyometritis), Unterbauchschmerzen,  $\beta$ -hCG-Verlauf herangezogen werden. Wenn weiterhin Symptome vorhanden sind und nach der Menstruation sonografisch ein Verdacht auf residuales Schwangerschaftsgewebe besteht, sollte eine operative Hysteroskopie zur Entfernung von vorhandenen Geweberesten erfolgen. Wichtig ist die Schonung des umliegenden Gewebes um das bestehende Risiko der Entwicklung von intrauterinen Synchieen (Asherman-Syndrom) mit konsekutiver Einschränkung der Fertilität so klein wie möglich zu halten.



**Dr. med. Cornelia Bormann**  
Frauenklinik an der Elbe  
Hamburg  
bormann@frauenklinik-elbe.de

**Dr. med. Andreas Nugent**  
Frauenklinik an der Elbe  
Hamburg  
nugent@frauenklinik-elbe.de

## Gynäkologische Infektiologie

# Prä- und perinatale Infektionen: Infektionen in der Schwangerschaft frühzeitig erkennen und behandeln

**Infektionen in der Schwangerschaft können die Gesundheit der Mutter gefährden und/oder auf den Embryo/Fetus bzw. das Neugeborene übertragen werden und zu kindlichen Schädigungen führen. Abhängig vom Zeitpunkt der Übertragung werden pränatale von perinatalen Infektionen unterschieden. Es stehen verschiedene Interventionsmöglichkeiten bei der Diagnose einer akuten bzw. chronischen mütterlichen Infektion zur Verfügung.**

Infektionen können mit einer höheren mütterlichen Morbidität und Mortalität einhergehen (z. B. COVID-19, Influenza). Bei prä- und perinatalen Infektionen sind das vertikale Transmissionsrisiko und die Auswirkungen auf das Kind im Wesentlichen abhängig von der Art des Erregers, dem Infektionstyp (akut, chronisch, rekurrend), dem Gestationsalter zum Zeitpunkt der mütterlichen Infektion, dem transplazentaren Transport von mütterlichen IgG-

Antikörpern sowie dem Reifegrad des fetalen Immunsystems. Mögliche Folgen sind Abort, intrauteriner Fruchttod, Frühgeburt oder die Geburt eines infizierten Kindes (Fehlbildungen, Entwicklungsstörungen, asymptotische/symptomatische Infektion mit/ohne Spätschäden). Perinatale Infektionen können sowohl zu akuten Krankheitsbildern beim Neugeborenen als auch zu chronischen Infektionen mit Spätfolgen führen. Die wichtigsten Erreger prä- und perinataler Infektionen sind in ►Tabelle 1 aufgelistet.

Die durch natürliche Infektion oder Impfung erworbene Immunität der Mutter trägt zum Schutz vor Erstinfektion bzw. Erkrankung in der Schwangerschaft und somit zum Schutz des Fetus oder Neugeborenen bei. Bereits vor einer Schwangerschaft sollte nach Durchsicht des Impfpasses der Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungsrichtlinie komplettiert werden. Lebendimpfungen (z. B. gegen

Masern, Mumps, Röteln und Varizellen) sind 4 Wochen vor und in der Schwangerschaft zu vermeiden. Impfungen gegen die saisonale Influenza, Pertussis und COVID-19 werden ab dem 2. Trimenon ausdrücklich empfohlen.

In der Mutterschafts-Richtlinie ist die Erhebung der Impfanamnese für Röteln sowie ein obligatorisches Infektionsscreening für *Treponema pallidum* (Syphilis), HIV, Hepatitis B-Virus und *Chlamydia trachomatis* vorgesehen (►Tab. 2). Bei diesen Infektionen stehen neben einer etablierten Labordiagnostik effektive Maßnahmen zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung zur Verfügung. Mitte 2023 wurde der Zeitpunkt des HBsAg-Screenings von der 32. SSW in die Frühschwangerschaft verlegt. Ziel der frühen Testung ist es, bei Schwangeren mit hoher Viruslast durch die rechtzeitige Einleitung einer antiviralen Therapie das vertikale Transmissionsrisiko zu reduzieren. Zusätzlich zum obligatorischen Infektionsscreening

in der Mutterschaftsvorsorge erfolgt häufig als individuelle Gesundheitsleistung die Bestimmung des Immunstatus für Zytomegalievirus (CMV), *Toxoplasma gondii*, Parvovirus B19 und Varizella-Zoster-Virus sowie der Ausschluss einer vaginal-rektalen Besiedlung mit B-Streptokokken (►Tab. 3).

Bei Seronegativität für die nicht impfpräventablen Infektionen Zytomegalie und Toxoplasmose sollte über Möglichkeiten der Expositionsprophylaxe durch Hygienemaßnahmen, insbesondere bei Umgang mit Kleinkindern (Zytomegalie) und beim Umgang mit Lebensmitteln (Toxoplasmose) aufgeklärt werden. Aufgrund des asymptomatischen Verlaufs dieser Infektionen sollten Antikörperkontrollen in regelmäßigen Abständen (sequenzielles Screening) in Erwägung gezogen werden. Bei akuter CMV-Infektion gibt es derzeit keine generelle evidenzbasierte Therapieempfehlung. Nach Primärinfektion in der Frühschwangerschaft kann im Individualfall nach umfassender Beratung ein off-label Behandlungsversuch (Sekundärprävention) erwogen werden. Im Hinblick auf aktuelle Studien ist dabei der Einsatz von Valaciclovir der Gabe von CMV-Hyperimmunglobulin vorzuziehen. Ziel ist es, das Risiko einer intrauterinen Übertragung der CMV-Infektion auf den Fetus zu senken. Eine weitere off-label Behandlungsoption mit allerdings sehr begrenzter Datenlage ist die antivirale Therapie bei bestätigter (symptomatischer) fetaler CMV-Infektion. Bei akuter Toxoplasmose kann eine früh-

zeitig eingeleitete antiparasitäre Therapie das Risiko für schwere ZNS-Schäden beim Kind senken.

Wegen der hohen Kontagiosität der Varizellen ist eine Expositionsprophylaxe wenig erfolgreich. Gleiches gilt für die Parvovirus-B19-Infektion, da der Beginn der Virusausscheidung beim Indexfall deutlich vor dem Auftreten der Symptome liegt. Windpocken können durch die frühzeitige Postexpositionsprophylaxe mit Varizella-Zoster-Immunglobulin verhindert werden. Bei akuten Varizellen sollte eine antivirale Therapie mit Aciclovir erfolgen. Bei Parvovirus-B19-bedingter schwerer fetaler Anämie oder Hydrops fetalis kann die fetale Mortalitätsrate durch intrauterine Transfusion von Erythrozytenkonzentraten gesenkt werden. Der Nachweis von B-Streptokokken in der Spätschwangerschaft indiziert die intrapartale intravenöse Antibiotikaprophylaxe zur Prävention einer Neugeborenenensepsis.

Die Zika-Virus-Infektion ist eine reiseassoziierte Infektion. Derzeit sind in den tropischen und subtropischen Endemiegebieten keine größeren Ausbrüche bekannt. Prinzipiell besteht aber bei Reisen in Endemiegebiete ein (aktuell geringes) Infektionsrisiko. Die Schwangere bzw. das Paar sollten über mögliche Infektionswege und Präventionsmaßnahmen aufgeklärt werden, da die pränatale Infektion mit Zika-Virus zu schweren ZNS-Schädigungen beim Kind führen kann. Schwangere mit einer SARS-CoV-2-Infektion haben im Vergleich

Erreger	mögliche Krankheitsbilder beim Fetus / Kind
<b>pränatal</b>	
Zytomegalievirus (CMV)	Cytomegalia infantum / Hördefekte
Zika-Virus	kongenitales Zika-Virus Syndrom
Parvovirus B19	Hydrops fetalis
<i>Toxoplasma gondii</i>	kongenitale Toxoplasmose
<i>Listeria monocytogenes</i>	Granulomatosis infantiseptica
Rötelnvirus	Rötelnembryopathie
<i>Treponema pallidum</i>	Lues connata
Varizella-Zoster-Virus	fetales Varzellensyndrom
Herpes-simplex-Virus 1, 2	fetales Herpesyndrom (extrem selten)
<b>perinatal</b>	
Hepatitis-B-Virus	chronische Infektion → Zirrhose, Karzinom
Hepatitis-C-Virus	chronische Infektion → Zirrhose, Karzinom
HIV 1, 2	chronische Infektion → AIDS
Varizella-Zoster-Virus	schwere neonatale Varizellen
Herpes-simplex-Virus 1, 2	Herpes neonatorum
Enteroviren	Myokarditis, sepsisähnliches Krankheitsbild, Meningoenzephalitis
Zytomegalievirus	schwere Verläufe bei extrem Frühgeborenen möglich
B-Streptokokken	Sepsis
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ophthalmia neonatorum, Sepsis, Arthritis, Hautabszesse
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Konjunktivitis, Pneumonie

Tab. 1: Prä- und perinatal übertragene Infektionen mit Folgen für Fetus/Kind

Erreger	Untersuchung
<i>Treponema pallidum</i>	Lues-Suchreaktion ggf. Bestätigungstest
HIV	Beratung (Dokumentation im Mutterpass); HIV-Test (nur nach Einwilligung)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Untersuchung von Erststrahl-Urin mittels Nukleinsäureamplifikationstechnik (NAT)
Rötelnvirus	Test auf Röteln-Antikörper bei Schwangeren ohne Rötelnimmunität (Rötelnimmunität kann angenommen werden, wenn im Impfpass zwei Rötelnimpfungen dokumentiert sind oder spezifische Antikörper rechtzeitig vor Eintritt dieser Schwangerschaft nachgewiesen wurden)
Hepatitis B-Virus	HBsAg-Bestimmung (die Untersuchung entfällt, wenn Immunität, z. B. nach Schutzimpfung, nachgewiesen ist)

Tab. 2: Infektionsscreening bei Feststellung der Schwangerschaft im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie

Nur maternale  
Immunisierung kann Babys  
ab dem ersten Atemzug  
vor RSV schützen

**Empfehlen Sie die Impfung mit ABRYSVO®!**

So unterstützen Sie Schwangere dabei, schon vor der Geburt zum Schutz ihres Babys vor RSV beizutragen.\*<sup>2</sup>

Mehr als 30 Krankenkassen erstatten die Kosten bereits als Satzungsleistung, andere auf Anfrage.

Hier geht es zu den aktuellen Pflichtangaben



\* Die maternale Immunisierung mit ABRYSVO® reduziert das Risiko schwerer RSV-Erkrankungen der unteren Atemwege bei Säuglingen um 81,8 % in den ersten 3 Lebensmonaten und um 69,4 % in den ersten 6 Lebensmonaten.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>) Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). Stellungnahme – gemeinsame Empfehlung zur RSV-Impfung für Schwangere. Geburtshilfe Frauenheilkunde 2024; 84(02): 122–123. <sup>2</sup>) Fachinformation ABRYSVO®, Stand: September 2025.

Infektion <sup>1</sup>	Untersuchung / Beratung
Zytomegalie <sup>2</sup>	Bestimmung des Immunstatus (IgG- und IgM-Antikörper) in der Frühschwangerschaft; Beratung zur Expositionsprophylaxe; evtl. sequenzielle Tests zur Erkennung einer asymptomatischen Infektion → Sekundärprävention mit dem Ziel der Reduktion des intrauterinen Transmissionsrisikos in Erwägung ziehen
Toxoplasmose <sup>2</sup>	Bestimmung des Immunstatus (IgG- und IgM-Antikörper) in der Frühschwangerschaft; Beratung zur Expositionsprophylaxe; evtl. sequenzielle Tests zur Erkennung einer asymptomatischen Infektion → Antibiotikatherapie
Ringelröteln <sup>2</sup>	Bestimmung des Immunstatus (IgG- und IgM-Antikörper) in der Frühschwangerschaft; evtl. sequenzielle Tests zur Erkennung einer asymptomatischen Infektion bzw. „niedrige Testschwelle“ nach möglichem Kontakt (z.B. Fällen in Kita/Schule der Kinder, in der Familie, bei Freunden/Verwandten, am Arbeitsplatz)
Varizellen <sup>2</sup>	Klärung des Immunstatus <sup>3</sup> (IgG-Antikörper) in der Frühschwangerschaft (→ VZV Seropositivrate >95 %), erleichtert das Vorgehen nach Exposition in der Schwangerschaft
B-Streptokokken	In der 35.–37. Schwangerschaftswoche: Untersuchung eines vaginal-rektalen Abstrichs mittels spezieller Kulturverfahren → ggf. intrapartale Antibiotikaprophylaxe anbieten

<sup>1</sup> Untersuchungen für diese Infektionen sind in der Schwangerschaft aktuell nur bei begründetem Verdacht auf eine akute Infektion (z. B. Symptome, relevanter Kontakt) Kassenleistung  
<sup>2</sup> bei unklarer Immunitätslage  
<sup>3</sup> bei entsprechender Indikation Kassenleistung im Rahmen der Empfängnisregelung

Tab. 3: Immunstatusbestimmung bzw. Infektionsscreening außerhalb der Mutterschafts-Richtlinie

zu Schwangeren ohne SARS-CoV-2-Infektion ein erhöhtes Risiko für Hospitalisierung und Beatmung. Wichtige Faktoren, die das Risiko beeinflussen, sind u. a. das Gestationsalter zum Zeitpunkt der mütterlichen Infektion, BMI, Impfstatus, maternales Alter

und die Virusvariante. Bei symptomatischer Infektion im dritten Trimenon besteht ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt. Mögliche aber wahrscheinlich seltene Folge einer SARS-CoV-2-Infektion in der Schwangerschaft ist das Auftreten einer schweren Plazent

titis mit konsekutiver Totgeburt. Eine pränatale Übertragung von SARS-CoV-2 auf den Fetus wurde in Einzelfällen beschrieben und betraf fast nur Infektionen im 3. Trimenon. Infizierte Neugeborene sind meist asymptomatisch oder nur mild symptomatisch.

SARS-CoV-2-bedingte kongenitale Defekte bzw. Fehlbildungen sind nicht bekannt. Frauen im gebärfähigen Alter (insbesondere bei Kinderwunsch) sowie Schwangeren ab dem 2. Trimenon mit unvollständiger Basisimmunität empfiehlt die STIKO ausdrücklich die COVID-19-Impfung.

In der Schwangerschaft werden Infektionen bei der Mutter in erster Linie serologisch diagnostiziert. Spezifische IgG-, IgM-, IgA-Antikörper werden heute hauptsächlich mit Immunoassays detektiert. Insbesondere bei Virusinfektionen und Toxoplasmose spielen darüber hinaus die Bestimmung der IgG-Avidität und der Nachweis epitopspezifischer IgG-Antikörper (z. B. im Immunoblot-Test) zur Eingrenzung des Infektionszeitpunktes eine ausschlaggebende Rolle. Der Erregernachweis mittels Anzucht und/oder Nukleinsäureamplifikationstechnik (NAT) erfolgt vorrangig im Rahmen der

**Kurs 27**  
**Prävention, Diagnose und Therapie schwangerschaftsrelevanter Infektionen**  
**Sa., 7.3.2026, 8.00 Uhr, Raum 02**

invasiven pränatalen Diagnostik. Beim Neugeborenen ist je nach Infektion der Erregernachweis und/oder die Bestimmung spezifischer Antikörper indiziert. Insgesamt ist der Einsatz moderner Labormethoden die Voraussetzung für eine zielgerichtete Beratung zum Risiko für Mutter und Kind sowie zu Möglichkeiten der Prävention und Therapie.



**Prof. Dr. med. Martin Enders**

Labor Prof. Dr. med. Gisela Enders & Kollegen MVZ GbR, Stuttgart

**Kinderwunschpatientinnen**

# Unerfüllter Kinderwunsch: Wann welche Diagnostik?

**Die Abklärung von Sterilitätsfaktoren ist indiziert, wenn nach einem Jahr bei regelmäßigem Geschlechtsverkehr zum Zeitpunkt der Ovulation eine Schwangerschaft nicht eingetreten ist. Am häufigsten finden sich mehr oder weniger relevante Ursachen bei beiden Partnern und nur selten die eindeutige Ursache auf Seiten der Frau oder des Mannes; häufig ist auch keine Ursache nachweisbar (idiopathische Sterilität).**

80% aller Schwangerschaften treten in den ersten sechs Zyklen ein. Jedoch muss die Altersabhängigkeit der Fertilität beachtet werden. Die Abnahme der Fertilität einer Frau beginnt ab dem 30. Lebensjahr. Am Ende des dritten Lebensjahrzehnts besteht bereits eine deutlich eingeschränkte Fertilität. Die Fertilität von Frauen Ende der 30er ist im Vergleich zu Frauen in den 20ern um die Hälfte reduziert.

Die Abklärung von Sterilitätsfaktoren ist indiziert, wenn nach einem Jahr bei regelmäßigem Geschlechtsverkehr zum Zeitpunkt der Ovulation eine Schwangerschaft nicht eingetreten ist. Individuell wird je nach Alter auch eine frühzeitigere Diagnostik emp-

fohlen: Die American Society for Reproductive Medicine (ASRM) empfiehlt, bei Frauen ab 35 Jahre die Diagnostik einzuleiten, wenn nach sechs Monaten eine Schwangerschaft nicht eingetreten ist. Bei Frauen ab 40 Jahre sollten Diagnostik und Therapie unmittelbar veranlasst werden. Bei Vorliegen von Zyklusstörungen ist die Diagnostik ebenfalls zeitnah einzuleiten.

**Vorgehen in der frauenärztlichen Praxis**

Ziel der Beratung ist es, die Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit zu erkennen und individuell angemessene, an den Bedürfnissen des Paares orientierte therapeutische Maßnahmen vorzuschlagen. Hierbei gilt es, ein Übertherapieren zu vermeiden; andererseits dürfen notwendige Schritte nicht zu spät eingeleitet werden, da sich dadurch die Aussichten auf eine erfolgreiche Therapie verschlechtern. Die Diagnostik beider Partner wird gleichzeitig eingeleitet.

Die Abklärung weiblicher Sterilitätsursachen in der Frauenarztpraxis umfasst u. a. die allgemeine und Zyklusanamnese zur Erfassung von Risikofaktoren, die gynäkologische Untersuchung einschließlich vaginalem Ultraschall

und die Abklärung auf das Vorhandensein einer Chlamydieninfektion.

Wichtig sind die Überprüfung des Impfstatus und die Beratung über Faktoren, die die Fertilität negativ beeinflussen, wie Rauchen, Alkohol, Unter- und Übergewicht. Notwendige Dauermedikationen müssen auf ihre Eignung für eine Schwangerschaft überprüft werden.

Bei 15% der infertilen Paare besteht eine ovarielle Dysfunktion. Oligo- und Amenorrhoe, klinische Zeichen des Hyperandrogenismus (Akne, Hirsutismus) und Galaktorrhoe sind die wichtigsten klinischen Faktoren. Die Hauptursachen für eine ovarielle Dysfunktion sind PCOS, Über- und Untergewicht, Hyperprolaktinämie, Schilddrüsenfunktionsstörungen und exzessiver Sport.

**Zyklusanamnese ist der wichtigste Part**

Die Zyklusanamnese ist der wichtigste Part. Die meisten Frauen mit ovulatorischen Zyklen geben regelmäßige Zyklen zwischen 21 und 35 Tagen an. Dabei werden auch interzyklische Variationen von fünf Tagen als physiologisch angesehen. Bei Frauen mit regelmäßigem Zyklus ist das Vorhan-

densein endokrinologischer Sterilitätsursachen unwahrscheinlich.

Eine Serumbestimmung von Progesteron ist die sicherste Methode zum Nachweis der Ovulation. Die Bestimmung kann z. B. eine Woche vor der zu erwartenden Regelblutung durchgeführt werden. Beachtet werden muss, dass die Progesteronsekretion des Corpus luteum pulsatil erfolgt und somit Schwankungen unterliegt. Die Höhe des Progesteronspiegels hat keinen Zusammenhang mit der „Qualität“ der Corpus-luteum-Phase.

Wichtigstes Kriterium der Corpus-luteum-Insuffizienz sind prämenstruelle Zusatzblutungen

**Kurs 20**  
**Kinderwunsch – rationale Diagnostik in der Frauenarztpraxis**  
**Fr., 6.3.2026, 8.00 Uhr, Raum 27**

bzw. eine verkürzte zweite Zyklushälfte. Die sekretorische Leistung des Corpus luteum basiert in erster Linie auf der Qualität des präovulatorischen Follikels, sodass Zeichen einer gestörten zweiten Zyklushälfte als Folge einer Follikelreifungsstörung zu sehen sind.

Das Zyklusmonitoring mit vaginalem Ultraschall ist nur notwendig, wenn die Ovulation durch andere, einfachere Methoden nicht nachgewiesen werden kann.

Die endokrinologische Diagnostik wird individuell in Abhängig-

Relevante endokrinologische Parameter bei Kinderwunsch		
Zyklusanfang	10.–12. Zyklustag präovulatorisch	2. Zyklushälfte z. B. Ovulation + 7 Tage
Estradiol	Estradiol	Estradiol
LH	LH	Progesteron
FSH		
Prolaktin		
Testosteron		
SHBG		
DHEAS		
TSH		

Weitere individuell indizierte Hormondiagnostik: AMH, Androstendion, 17-OH-Progesteron, Kortisol

Tab. 1: Mögliche Hormondiagnostik der Frau bei unerfülltem Kinderwunsch

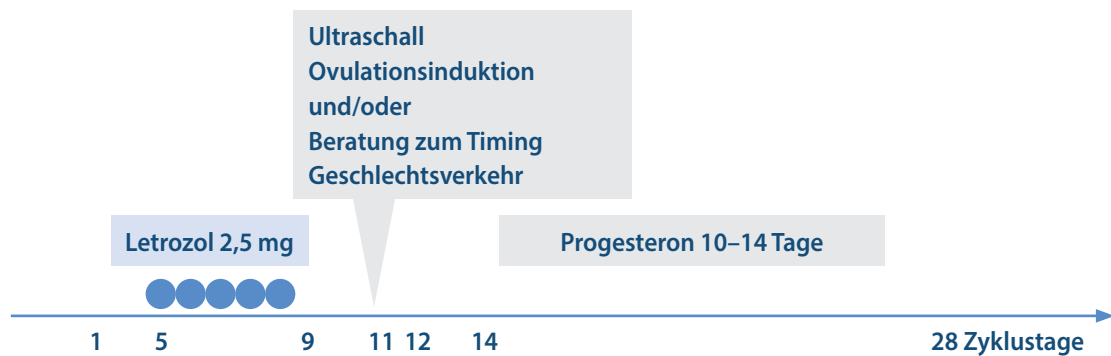


Abb. 1: Behandlung mit Letrozol (Beispiel)

keit von anamnestischen und klinischen Befunden indiziert (►Tab. 1).

ovarielle Stimulationsbehandlungen die Schwangerschaftschance nicht gesteigert werden.

Die Indikation zur Laparoskopie mit Chromopertubation und Hysteroskopie wird individuell nach

Ausschluss endokriner und andrologischer Sterilitätsursachen gestellt. Mögliche Indikationen sind der klinische Verdacht auf Endometriose, Risikofaktoren für eine tubare Sterilität und Alter der Frau < 35 Jahre.

Patientinnen erzielt werden. Der Single-Embryo-Transfer hat sich zur Vermeidung von Mehrlingschwangerschaften zunehmend etabliert. Die Kryokonservierung ist heute fester Bestandteil der Kinderwunschbehandlung.

Die Überweisung zur Kinderwunschpraxis sollte frühzeitig erfolgen, da auch die Schwangerschaftschancen bei assistierter Reproduktion altersabhängig sind. Mit IVF/ICSI-Therapien können heute Schwangerschaftschancen von ca. 40% bei 30-jährigen



PD Dr. Dolores Foth

MVZ PAN Institut GmbH – Interdisziplinäres Kinderwunschzentrum Köln  
 d.foth@pan-klinik.de

Im Vorfeld jeglicher Operationsindikation im Rahmen der Sterilitätsdiagnostik muss die nicht invasive Diagnostik einschließlich Spermogramm abgeschlossen sein.

**PCOS häufigste endokrinologische Sterilitätsursache**

Das PCOS betrifft 8–13% aller Frauen im reproduktiven Alter und stellt die häufigste endokrinologische Sterilitätsursache dar. Die Erkrankung zeichnet sich durch eine große Heterogenität aus. Zyklusstörungen, Sterilität und Hyperandrogenismus sind die klinisch relevanten und häufigsten Symptome.

Bei diagnostizierter Anovulation erfolgt die ovarielle Stimulationsbehandlung in Abhängigkeit von der Kausalität mit Clomifen, Letrozol (►Abb.1) oder Gonadotropinen. Nach neuer S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des polyzystischen Ovarsyndroms (PCOS) ist jetzt auch in Deutschland Letrozol Medikament der ersten Wahl zur Follikelreifung bei Frauen mit PCOS und Anovulation. Als Mittel der zweiten Wahl können Clomifen und/oder Gonadotropine verwendet werden. Eine sonografische Kontrolle des Follikelwachstums zur Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften sollte durchgeführt werden. Das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften ist mit Letrozol geringer im Vergleich zu Clomifen.

Allen Frauen mit PCOS und Übergewicht müssen multifaktorielle Lifestyle-Interventionen mit Diät, Bewegung und Verhaltensstrategien zur Gewichtsreduktion empfohlen werden. Eine Gewichtsreduktion von 5 bis 10% (in 6 Monaten) führt zu einer signifikanten klinischen Besserung. Individuell ist die Gabe von Metformin insbesondere bei nachgewiesener Insulinresistenz möglich.

Für Patientinnen mit prämaturer Ovarialinsuffizienz kann durch

**FOKO 2026 | Lunch-Symposium | Congress Center Düsseldorf**  
 6. März 2026 | 12.30–13.30 Uhr | Raum 13

# DIE RELUGOLIX-KOMBINATIONSTHERAPIE IN DER PRAXIS

## Von der Patientenerwartung zur Therapie

**Vorsitz:** Dr. med. Harald Krentel (Aschaffenburg)

**Endometriose leitliniengerecht behandeln**  
 Dr. med. Ansgar Busert (Recklinghausen)

**Myom-bedingte Symptome behandeln**  
 Dirk-Toralf Baerens (Ilsede)

*Kommen Sie vorbei und vertiefen Sie Ihr Wissen!*

Zum Pflichttext



Gedeon Richter Pharma GmbH | Ettore-Bugatti-Straße 6–14 | 51149 Köln | Telefon: 02203 9688444  
 E-Mail: service@gedeonrichter.de | www.gedeonrichter.de | campus-frauengesundheit.de



## Herzfehler sicher erkennen

**Herz- und Gefäßanomalien gehören zu den häufigsten angeborenen Fehlbildungen und bedürfen in mehr als der Hälfte der Fälle einer operativen Behandlung im Neugeborenenalter. Die vorgeburtliche Ultraschalldiagnostik erlaubt nicht nur eine frühzeitige Herzfehlerklassifikation, sondern trägt vielerorts zu einer Optimierung sowohl der perinatalen, kinder-kardiologischen und herzchirurgischen Elternberatung als auch der Geburts- und Therapieplanung bei. Die Kenntnis von Herz- und Gefäßanomalien, die unbehandelt bereits intrauterin progrediente Sekundärschädigungen mit Ausbildung eines funktionell univentrikulären Herzens verursachen, erlaubt zudem die Frage nach der optimalen Frühdetektion bei zum Teil möglicher vorgeburtlicher Intervention im Mutterleib. Zum jetzigen Zeitpunkt ist für mehr als 90 % der komplexen angeborenen Herzfehler eine frühzeitige pränatale Detektion mit optimierter Schwangerschaftsüberwachung zur Vermeidung einer intrauterinen kardialen Dekompensation ausreichend, da etablierte Behandlungskonzepte für die postnatale Behandlung seit längerem bestehen und die In-utero-Palliation in der internationalen**

**Literatur überwiegend noch palliativ oder experimentell ist.**

Herzfehlbildungen gehören zu den häufigsten kongenitalen Fehlbildungen und werden mit einer Inzidenz von 0,5 bis 1 % bei allen Neugeborenen angegeben. Jährlich werden in Deutschland etwa 6.000 bis 8.000 Kinder mit Herz- und Gefäßanomalien lebend geboren, die Hälfte davon sind schwere Anomalien und bedürfen zumeist einer oder mehrerer operativer Behandlungen nach der Geburt. Betrachtet man die Mortalitätsziffern von Neugeborenen in der Bundesrepublik Deutschland im Detail, so fällt auf, dass weiterhin etwa 20 % aller Todesfälle beim Säugling und 50 % aller durch Fehlbildungen bedingten Todesfälle im Säuglingsalter auf angeborene Herzfehler beziehungsweise kardiovaskuläre Fehlbildungen zurückgeführt werden. Seit 1995 hat jede Schwangere in Deutschland Anspruch auf drei Ultraschalluntersuchungen als Routineuntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge. Die zweite und zunehmend auch die erste Untersuchung haben neben der Bestimmung des kindlichen Wachstums und der Schwangerschaftsentwicklung die Aufgabe kindliche Fehlbildungen zu erkennen. Allerdings zeigen internationale prospektive Studien zum pränatalen „Herzfehlerscreening“,

die auch auf die Verhältnisse der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in Deutschland übertragbar sind, dass bei Früh- und Neugeborenen bisher ca. nur ein Drittel bis die Hälfte aller Herzfehler beziehungsweise 50 % der Herzvitien, die in der sonografischen Screening-Schnittebene „Vierkammerblick“ entdeckt werden könnten, vorgeburtlich diagnostiziert werden.

Ist ein Herzfehler bereits pränatal erkannt kann das herzkranke Kind ohne Zeitverzögerung in den angegliederten pädiatrischen Abteilungen betreut und therapiert werden. Neben intensivmedizinischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten ist in vielen Fällen auch die Möglichkeit einer frühzeitigen, interventionellen und/oder kinderherzchirurgischen Therapie für die Prognoseverbesserung der herzkranken Neugeborenen wichtig. In mehreren großen Studien konnte belegt werden, dass durch die pränatale Entdeckung zum Beispiel einer Transposition der großen Gefäße oder eines hypoplastischen Linksherz-Syndroms nicht nur das perinatale Management, sondern auch die Mortalität und postoperative Morbidität der betroffenen Kinder deutlich verbessert wird. Es wird zudem immer häufiger postuliert, dass die postnatale Behandlung mancher intrauterin diagnostizierter Herzfehlbildungen zu spät kommt, da die morphologischen Ursachen dieser Krankheitsbilder (z. B. Klappenstenosen oder -dysplasien) im Rahmen des fetalen Wachstums aufgrund der veränderten intrakardialen und intravaskulären Hämodynamik häufig zu zum Teil irreversiblen Sekundärschäden von primär nicht fehlgebildeten Herz- und Gefäßabschnitten führen. Dass diese Vorstellungen über die Genese und vorgeburtliche Progredienz von kongenitalen Herzfehlbildungen zukünftige Behandlungskonzepte entscheidend beeinflussen werden, ist einleuchtend. Obgleich dieser Hinweis auf mögli-

che Entwicklungen der nächsten Jahre auf dem Gebiet der intrauterinen Therapie bestimmter obstruktiver Herzfehler im Augenblick noch sehr spekulativ erscheinen mag, so verdeutlicht es jedoch die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen vorgeburtlichen Herzfehler-Diagnose mit resultierender Beratungsmöglichkeit und Therapieplanung.

Die Erfolgsrate der fetalen Echokardiografie bei der Entdeckung beziehungsweise Diagnosebestätigung angeborener Herzfehlbildungen ist eng an die Erkennung möglicher fetomater-naler Risikofaktoren sowie die individuelle Untersucherexpertise gekoppelt. Nur bei ungefähr 10 bis 30 % der Feten mit Herzvitien sind anamnestische oder (molekular-) genetische Risiken (Familienanamnese, Teratogene in der Frühschwangerschaft, maternale Erkrankungen, molekulargenetisch nachweisbare Neumutationen) vorhanden. Da demnach bei 70 bis 90 % der angeborenen Herzfehler derzeit weder anamnestisch noch mit konventionell genetischen oder molekulargenetischen Methoden ein Risikofaktor eruiert werden kann, sind sonografische kardiale „Auffälligkeiten“ im geburtshilflichen Screeningultraschall im Rahmen der Schwangerenvorsorge richtungsweisend für eine effektive Nutzung der in den Perinatalzentren vorhandenen Expertise.

Durch alleinige Darstellung des Vierkammerblicks lassen sich in einem „low-risk-Kollektiv“ jedoch nur rund 40 bis 50% der angeborenen Herzfehler entdecken, die zusätzliche Untersuchung der Ausflustrakte und der beiden großen Arterien steigert diese Rate auf 65 bis 70%, wobei alle kritischen Herzfehler einbezogen sind. Dieses Potenzial wird allerdings derzeit in der BRD bei weitem noch nicht erreicht. In Zusammenstellungen pränatal diagnostizierter Fehlbildungen sind angeborene Herzfehler im Vergleich zu ande-

**Kurs 34  
Fetale Herzfehler sicher erkennen  
Sa., 7.3.2026, 15.30 Uhr,  
Raum 28**

ren Organfehlbildungen deutlich unterrepräsentiert, da sie der vorgeburtlichen Diagnostik noch zu oft entgehen. Dies mag zum einen darin begründet sein, dass die Interpretation der von verschiedenen Anlotpunkten aus aufgenommenen Schnittbilder des Herzens ein gutes räumliches Vorstellungsvermögen des Untersuchers erfordert und selbst die Beurteilung einer optimal eingestellten Vierkammerblick- oder Ausflustraktebene sehr vom Ausbildungsstand des Untersuchers abhängt. Die diagnostische Darstellung des fetalen Herzens ist zudem wie bei allen sonografischen Bildgebungsverfahren stark von der Beschaffenheit und Ausdehnung der überlagernden maternalen und fetalen Gewebeschichten abhängig.

Bei Feten, bei denen im Rahmen der vorgeburtlichen Diagnostik zusätzliche extrakardiale Fehlbildungen nachgewiesen wurden, ist die möglichst exakte vorgeburtliche Erfassung aller Fehlbildungen sowie der Nachweis von gleichzeitig bestehenden Erbgutanomalien entscheidend. So kann wegen der zum Teil damit verbundenen erheblichen Verschlechterung der fetalen Prognose auf weitere belastende diagnostische oder schwangerschaftsverlängernde Maßnahmen bei der Mutter im Rahmen von Palliativ- oder Indikationskonzepten interdisziplinär verzichtet werden.

Bislang existieren nur wenige Studien aus dem deutschen Sprachraum, in denen untersucht wurde, inwieweit Feten mit angeborenen Herzfehlern im Rahmen der allgemeinen Schwangerenvorsorge tatsächlich detektiert und an ein Zentrum für Perinatalogie/Kinderkardiologie zur weiterführenden Diagnostik, Beratung und Therapieplanung überwiesen werden. Aufgrund von ernüchternden Ergebnissen einer in manchen Studien nur 10–30-%igen pränatalen Detektionsrate von angeborenen Rechtsherzfehlern sind die Fortbildungskonzepte des Berufsverbandes zur Verbesserung des Ausbildungsstandes aller am vorgeburtlichen Herzfehlbildungsscreening Beteiligten begrüßenswert. Für alle derzeitigen Methoden zur intrauterinen Darstellung von Herzfehlern gibt es zahlreiche Limitationen – diese sind unter anderem die Störan-

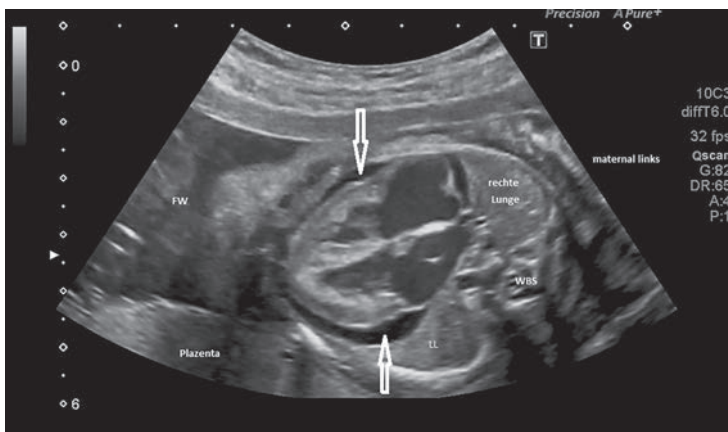


Abb. 1: Fetale Thorax-/Vierkammerblick-Ebene mit deutlicher Kardiomegalie und Perikarderguss (senkrechte Pfeile) bei fetaler Anämie durch maternale Parvovirus-B19-Erstinfection vor vier Wochen; FW = Fruchtwasser, LL = linke Fetallunge, WBS = fetale Wirbelsäule.



Abb. 2: Normaler Fünfkammerblick, 27. SSW



Abb. 3: Normaler Dreigeäßblick eines Fetus in der 27. SSW

Besuchen Sie uns auf dem **FOKO 2026** an **Stand 20!**

# COOL *durch das* FEUER *der* MENOPAUSE

**KRAFTVOLL MIT HORMONFREIEM VEOZA™**

**Die gezielte und etablierte Therapie bei Hitzewallungen und Nachtschweiß\*<sup>1,1-3</sup>**

- Schnelle Wirksamkeit und einfache Einnahme<sup>1,4,5</sup>
- Wenig Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten<sup>1</sup>
- Erholsamer Schlaf ohne Tagesmüdigkeit<sup>1,6</sup>



**JETZT  
budgetneutral<sup>8</sup>  
VERORDNEN!**

<sup>8</sup> Dank bundesweiter Praxisbesonderheit (rückwirkend gültig ab 01.01.2025):<sup>7</sup> Verordnungen von VEOZA sind von den Prüfungsstellen vom Verordnungsvolumen abzuziehen, wenn die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten wurden. Die Praxisbesonderheit gilt nur für die Patientengruppe, bei der der G-BA im Beschluss vom 01.08.2024<sup>8</sup> einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie „Beobachtendes Abwarten“ festgestellt hat. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei Frauen in der Menopause mit moderaten bis schweren vasomotorischen Symptomen, die für eine Hormontherapie in Frage kommen und sich nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung für eine Hormonersatztherapie entschieden haben. Der Nutzen einer Langzeitbehandlung muss regelmäßig geprüft werden, da die Dauer der vasomotorischen Symptome individuell unterschiedlich sein kann. Frauen, die sich einer onkologischen Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Antihormontherapie) gegen Brustkrebs oder andere östrogenabhängige Malignome unterziehen, wurden nicht in die klinischen Studien eingeschlossen. Daher ist VEOZA nicht für die Anwendung in dieser Population empfohlen, da Sicherheit und Wirksamkeit nicht bekannt sind.

**1.** Fachinformation VEOZA, aktueller Stand. **2.** Verordnungsdaten (ODV), IQVIA (Feb 2024 - April 2025). **3.** Anteil neuen Patientinnen vs. Gesamtzahl der Patientinnen, IQVIA, Juni 2025. **4.** Lederman S, et al. Lancet. 2023;401(10382):1091-1102. **5.** Johnson KA, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2023;108(8):1981-1997. **6.** Shapiro C M M, et al. Maturitas. 2024;186:107999. **7.** [https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/24020pb20250101.pdf](https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/24020pb20250101.pdf) (zuletzt abgerufen am: 09.12.2025). **8.** <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1055/#beschluesse> (zuletzt abgerufen am: 09.12.2025).

**Veozä™ 45 mg Filmtabletten.**

**Wirkstoff:** Fezolinetant. **Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält: **Wirkstoff:** 45 mg Fezolinetant. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mannitol (Ph.Eur.) (E 421), Hydroxypropylcellulose (Ph.Eur.) (E 463), Niedrig substituierte Hydroxypropylcellulose (E 463a), Mikrokristalline Cellulose (E 460), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 470b). **Filmüberzug:** Hypromellose (E 464), Talkum (E 553b), Macrogol (E 1521), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Veozä wird angewendet für die Behandlung von moderaten bis schweren vasomotorischen Symptomen (VMS), die mit der Menopause assoziiert sind (siehe Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“ in der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Gleichzeitige Anwendung moderater oder starker CYP1A2-Inhibitoren (siehe Abschnitt 4.5 „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“ in der Fachinformation). Bekannte oder vermutete Schwangerschaft (siehe 4.6 „Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“ in der Fachinformation). **Nebenwirkungen:** Häufig ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): Schlaflosigkeit; Diarrhoe, Abdominalschmerz; Alaninaminotransferase (ALT) erhöht, Aspartataminotransferase (AST) erhöht. **Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar):** Arzneimittelbedingter Leberschaden (DILI). **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande; Deutsche Vertretung des pharmazeutischen Unternehmers: Astellas Pharma GmbH, Ridlerstraße 57, 80339 München. **Stand:** März 2025.

 **astellas**

 **VEOZA™**  
fezolinetant

\*VEOZA (Fezolinetant) wird angewendet für die Behandlung von moderaten bis schweren vasomotorischen Symptomen (VMS), die mit der Menopause assoziiert sind.<sup>1</sup>

MAT-DE-VEO-2025-00306 | Erstellt: Dezember 2025

MEHR ERFAHREN



fälligkeit durch fetale Bewegungen sowie die ausgeprägte Abhängigkeit von der fetalen Lage. Von knöchernen fetalen Thorax-, Rücken- oder Extremitätenstrukturen überlagerte Herzsegmente oder bei Oligo- beziehungsweise Anhydramnie posterior liegende Herzanteile können insbesondere in fortgeschrittenerem Schwangerschaftsalter kaum noch diagnostisch beurteilbar sein. Kinderkardiologen sind deshalb in der klinischen Praxis häufig mit einer gewissen diagnostischen Unschärfe der vorgeburtlichen Herzdiagnostik konfrontiert. Trotz all dieser seit langem bekannten Limitationen trägt die frühzeitige pränatale Herzfehlerdetektion entscheidend zur Optimierung des vorgeburtlichen und perinatalen Managements bei. Eine alleinige pränatale Feststellung eines Herzfehlers ohne zeitnahe kinderardiologische/kinderherzchirurgische Beratung über alle Aspekte der prä- und postnatalen Prognose und therapeutischen Möglichkeiten führt nicht nur zu einer erheblichen Verängstigung der Eltern, sondern gefährdet vereinzelt auch die Kontinuität der Schwangerschaft.

Postnatale kinderardiologische Untersuchungsreihen haben gezeigt, dass nur wenige Herzfehler im Laufe der Zeit ohne Intervention eine Verbesserung beziehungsweise Spontanheilung (z. B. Spontanverschluss von muskulären Ventrikelseptumdefekten) aufweisen. Die Mehrzahl insbesondere der komplexen angeborenen Vitien zeigt dagegen einen stetig progredienten Verlauf einschließlich konsekutiver Sekundärphänomene wie Rhythmusstörungen oder myokardialer Insuffizienz. Bereits intrauterin zeigt sich bei frühzeitig diagnostizierten Klappenstenosen/-atresien häufig eine Zunahme der ventrikulären Umbauvorgänge im Sinne von zum Teil irreversiblen endo- beziehungsweise myokardialen Sekundärschädigungen des fetalen Herzens. Ähnlich wie in der postnatalen kinderardiologischen/kinderherzchirurgischen Behandlungssituation wäre es demnach auch in der vorgeburtlichen Situation entscheidend Herzfehler nicht nur so früh wie möglich zu diagnostizieren, sondern falls möglich auch zu behandeln, um so irreversible Organschäden zu vermeiden. Bei den

meisten Herzfehlerentitäten ist der Organschaden zum Zeitpunkt der vorgeburtlichen Diagnose bereits beträchtlich und auch durch eine intrauterine Intervention kaum mehr korrigierbar. Die minimalinvasive pränatale Therapie des erkrankten Fetus ist ein Arbeitsfeld der Perinatalmedizin, das in einer sehr dynamischen Entwicklung begriffen ist. Aufgrund der rasant verlaufenden Miniaturisierung vieler Endoskopie- und Kanülen-Systeme werden immer mehr bereits intrauterin progredient verlaufende Erkrankungen des Feten einer vorgeburtlichen Therapie zugänglich. Die publizierten zum Teil deutlich geringeren Sekundärschäden dieser Kinder stimmen hoffnungsvoll, gleichwohl haben diese zum Teil noch experimentellen Methoden aufgrund der fehlenden Langzeitergebnisse in Anbetracht der umfangreichen postnatalen kinderherzchirurgischen Expertise noch zu wenig Eingang in die Routineversorgung gefunden. Bereits im Jahr 2000 wurde erstmalig bei einer schwangeren Patientin die atretische Pulmonalklappe ihres ungeborenen Kindes in der 26. Schwangerschaftswoche mittels

transthorakaler antegrader Katheterintervention wiedereröffnet. In Analogie zu den „Frühkorrektur“-Zielen der modernen postnatalen Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie werden pränatale Herzinterventionen bei humanen Feten seither vermehrt in spezifischen Studienprotokollen durchgeführt. Dabei wird bisher überwiegend die ultraschallgesteuerte Punktion des Fetalherzens zwecks Einbringens eines Dilatationskatheters, der dann in den stenotischen Klappenapparat vorgeschoben wird, favorisiert. Im Rahmen des weiteren postnatalen Behandlungskonzeptes kann dann statt der sonst üblichen univentrikulären Palliation häufiger eine biventrikuläre Korrekturoperation dieser Herzfehlerfälle gelingen. Der durch den vorverlagerten Interventionszeitpunkt möglicherweise günstige prognostische Einfluss für die kleinen Patienten muss in den kommenden Jahren durch gut konzipierte Studien belegt werden. Auch Kinder mit Pulmonalklappenatresie und erst postpartaler Katheterintervention können durchaus noch eine deutliche Zunahme der rechtsventrikulären Dimensionen bis hin zur

Möglichkeit einer biventrikulären Palliation aufweisen. Besondere Anforderungen müssen deshalb an die interdisziplinäre Beratung und psychologische Begleitung der Eltern während und nach der Diagnose eines fetalen Herzfehlers, gestellt werden. Dabei sollte über die Art der Erkrankung sowie die voraussichtliche Prognose in Abhängigkeit vom vor- beziehungsweise nachgeburtlichen Therapiezeitpunkt einschließlich aller interventionsbezogenen Risiken durch ein Konsortium aus Pränatalmedizinerinnen, Kinderkardiologen und Herzchirurgen umfassend informiert werden.



**Prof. Dr. med.  
Matthias  
Meyer-Wittkopf**

DEGUM Stufe III  
Zentrum für Pränataldiagnostik  
Mathias-Spital Rheine sowie  
Universitätsfrauenklinik Oldenburg  
m.meyer-wittkopf@mathias-stiftung.de

## Psychoonkologie

# Psychoonkologie in der gynäkologischen Praxis

**Die Aufgaben der Psychoonkologie sind vielfältig. Sie soll Anleitung und Unterstützung bei dem Prozess der Krankheitsbewältigung mit dem Ziel geben, möglichst günstige Voraussetzungen für den Krankheitsverlauf zu schaffen. Sie soll den Kreislauf von Angst und Anspannung unterbrechen, der zahlreiche Medikamentenreaktionen (z.B. Übelkeit bei Chemotherapie oder Schmerzen) verstärken kann. Sie ist das Angebot einer stützenden therapeutischen Beziehung, orientiert an den Erfordernissen von Krankheitsverlauf und medizinischen Notwendigkeiten.**

Psychoonkologische Angebote verbessern die Lebensqualität, Compliance und Zufriedenheit mit der Behandlung. Nebenwirkungen, Fatigue und die erlebte Hilflosigkeit werden reduziert.

Die praktische Umsetzung der psychoonkologischen Bedürfnisse der Patientinnen in der täglichen klinischen Routine ist insgesamt keine leichte oder gar zufriedenstellend gelöste Aufgabe. Wahrscheinlich erhalten viele Patientinnen nicht die benötigte Hilfe im psychoonkologischen Bereich und vor allem in der frühen Behandlungsphase berichtet eine große Anzahl von Patientinnen über emotionalen Stress.

Auch heute noch ist eine Stigmatisierung Krebskranker nicht von der Hand zu weisen (Bild vom „schlechten Sterben“). In einer Gesellschaft, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit idealisiert, haben Einschränkungen

durch Krankheit wenig Daseinsberechtigung. In besonderem Maß gilt dies für die Krebserkrankung, da Tod und Sterben weiterhin gesellschaftlich tabuisierte Themen sind. Bei Überlebenden einer Krebserkrankung sind ebenfalls psychische Folgen zu beobachten. Es besteht große Verunsicherung hinsichtlich der Zukunftsplanung (sog. Damokles-Syndrom) und Progredienzangst. Die Folgen der Therapie erfordern häufig die langfristige Anpassung an ein verändertes Körperbild z.B. nach Mastektomie. Die psychologische Vorbereitung auf physiologische Veränderungen wie z.B. der Eintritt klimakterischer Symptome nach einer Chemotherapie müssen thematisiert werden.

### Aspekte der Gesprächsführung

Gerade im Hinblick auf die Compliance ist es wichtig, dass die Patientinnen sich als Partner in der Kommunikation erleben. In

den letzten Jahrzehnten ist der offene Umgang mit Informationen selbstverständlich geworden, dies entspricht jedoch noch nicht unbedingt einer offenen Kommunikation. Gerade in existenziellen Fragen droht häufig die Sprachlosigkeit und nonverbale Elemente im Gespräch spielen eine große Rolle. Im Gespräch ist es wichtig, eine Handlungsperspektive (Wie geht es weiter?) aufzuzeigen.

Effektive Kommunikation erfordert nicht notwendigerweise mehr Zeit. Einfache Elemente der Gesprächsführung können dabei helfen, ein schwieriges Gespräch zu strukturieren.

### Überbringen schlechter Nachrichten und Diagnosevermittlung

Mit der Diagnosestellung geraten Patienten in eine Krisensituation und vom Zeitpunkt der Diagnosemitteilung an beginnen Bewältigungsmechanismen zu

wirken. Schon allein in welchem Rahmen die Diagnose mitgeteilt wird, kann Einfluss auf die weitere Krankheitsverarbeitung haben. Am belastendsten wird der Zeitpunkt der Diagnosestellung erlebt. Oftmals sind Patienten in der Ausnahmesituation, in der sie sich befinden, nicht in der Lage, das gesamte Ausmaß an Informationen aufzunehmen, mit dem sie konfrontiert werden. Dies ist bei der Mitteilung von Ergebnissen (z.B. der Histologie) zu berücksichtigen und ggf. ist die Weitergabe von Informationen auf mehrere Gespräche aufzuteilen.

Trotz Mitteilung ungünstiger Befunde kann ein gut verlaufendes Aufklärungsgespräch bei Patienten Gefühle der Zufriedenheit auslösen und eine günstige Krankheitsverarbeitung initiieren. Wenn eine kontinuierliche Betreuung trotz Interdisziplinarität in Diagnose und Therapie realisierbar ist, ist das sehr wün-

**Kurs 17  
Psychologisches Management und psychoonkologische Begleitung bei Nebenwirkungen in der Tumorthherapie  
Fr., 6.3.2026, 8.00 Uhr,  
Raum 01**

schenswert. Hier können wir in der gynäkologischen Praxis unsere Patientinnen sehr gut dabei unterstützen, ihren Weg durch die Erkrankung zu finden.

### Lebensqualität und Resilienz

Heute verstehen wir unter Lebensqualität weniger die objektive Verfügbarkeit von materiellen und immateriellen Dingen, sondern eher den Grad, mit dem ein vom Einzelnen erwünschter Zustand an körperlichem, psychischem und sozialem Befinden auch tatsächlich erreicht wird. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat sich mittlerweile in der Onkologie als Zielkriterium für den Erfolg von Interventionen fest etabliert. Sie ist nicht linear abhängig von der Schwere der Erkrankung (Lebensqualitätsparadoxon nach Herschbach). Soziale Unterstützung verbessert die Lebensqualität.

Wie ein traumatisches Erlebnis verarbeitet wird, hängt wahrscheinlich auch von der psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der betroffenen Person ab.

Die im Zusammenhang mit der Resilienz gefundenen Reaktionsweisen entsprechen teilweise auch den für die Krankheitsverarbeitung als günstig angesehenen adaptiven Copingmechanismen. Wie beim Coping trägt auch die soziale Unterstützung durch Freundeskreis und Familie zur Resilienz bei.

### Begleitung in der Nachsorge

Die Nachsorge beginnt mit Abschluss der Primärbehandlung, die wiederum von der Erkrankung und dem Erkrankungsstadium abhängig ist. Die Basis der Begleitung in dieser Phase bildet die Zuwendung und das ärztliche Gespräch. Erkrankungsspezifisch sind die durchgeführten körperlichen und apparativen Untersuchungen.

Der Therapieabschluss ist aus psychischer Sicht für viele Patientinnen eine kritische Phase, da, so belastend die Therapie auch war, wenigstens aktiv gegen den Krebs vorgegangen wurde. An das Leben ohne ständige Arzttermine und ohne die Sicherheit, die eine onkologische Therapie vermittelt, müssen sich die Patientinnen erst wieder gewöhnen. Häufig sind die Nachsorgetermine zunächst angstbesetzt. Dies wird als Leben unter dem „Dammoklesschwert“ charakterisiert. Dazu gehört auch die Beobachtung, dass viele Krebserkrankungen psychosomatische Langzeitfol-

gen wie Fatigue, Schlafstörungen, Erschöpfungszustände, Herz- u. Kreislaufbeschwerden, Schwindel und Rückenschmerzen nach sich ziehen können, die im Rahmen der Nachsorge thematisiert und therapeutisch angegangen werden müssen.

Häufig wird erst bei der Nachsorge die Frage nach sekundär-präventiven Verhaltensänderungen gestellt. Hier ist ein wichtiger Ansatzpunkt, das gegebenenfalls gestörte Körperbild und die Minderung des Selbstwertge-

fühls zu korrigieren und durch die Motivierung zu körperlicher Aktivität und Sport zu einer Verbesserung der Lebensqualität beizutragen. In dieser Phase der Nachsorge können auch am ehesten Ernährungsumstellung und andere gesundheitsfördernde Maßnahmen wie z. B. Verzicht auf Nikotin umgesetzt werden. Eine Bedingung, dass dies umsetzbar wird und gelingt, ist eine möglichst kontinuierliche Begleitung, die wir in der gynäkologischen Praxis sehr gut umsetzen können.

### Ziel und Inhalt des Kurses

- Vermittlung von theoretischen psychoonkologischen Grundlagen und praktischen psychoonkologischen Interventionen
- Gesprächsführungstechniken für das Mitteilen schlechter Nachrichten
- Konzepte für ressourcenorientierte und resilienzstärkende Psychoonkologie
- Erlernen von sinnvollen Interventionen im notwendigen Zeitmanagement bei der Begleitung von Krebspatientinnen in der täglichen Praxis

Dabei können eigene Fallbeispiele gerne mitgebracht werden.



PD Dr. med.  
Friederike  
Siedentopf

FÄ f. Gynäkologie u. Geburtshilfe  
mit Zusatztitel Psychotherapie  
Praxis für Brusterkrankungen  
Friederike.Siedentopf@gmx.de



Dielera®  
Dienogest & Estradiolvalerat

Meine Prio A  
Natürlich  
sicher verhüten.

Das Kontrazeptivum,  
das Dienogest mit  
natürlichem Estradiol vereint!¹

- Positive Effekte bei Androgenisierungserscheinungen¹
- Vergleichsweise weniger Induktion der Gerinnungsfaktoren als durch Ethinylestradiol²,³
- Preisattraktive Alternative zu Qlaira® (ausschließlich in der Indikation Kontrazeption\*)



\*Dielera® ist zugelassen zur Kontrazeption, nicht jedoch zur Behandlung der Hypermenorrhoe.

Herzliche  
Einladung

Meet the Expert  
mit Prof. Dr. med.  
Thomas Römer

„Kontrazeption  
im Wandel:  
Ist die Pille noch  
zeitgemäß?“

Freitag, 6. März  
14:30 – 15:00 Uhr  
Raum 13

1 Dielera® Fachinformation, Aristo Pharma, Stand 04/2025 • 2 Klipping C et al. Drugs R D 2011;11:159-70 • 3 Gaussem P et al. Thromb Haemost 2011;105:560-7

**Dielera® Filmtabletten (Rp).** Wirkstoffe: Estradiolvalerat/Dienogest. **Zus.:** dunkelgelbe Tabl.: 3 mg Estradiolvalerat; pinke Tabl.: 2 mg Estradiolvalerat und 2 mg Dienogest; hellgelbe Tabl.: 2 mg Estradiolvalerat und 3 mg Dienogest; braune Tabl.: 1 mg Estradiolvalerat; weiße Tabl.: ohne Wirkstoffe. **Sonst. Bestandt.:** Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Vorverkleisterte Stärke (Mais), Povidon K25 (E1201), Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich] (E572), Hypromellose (E464), Macrogol 6000, Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172), Eisen(III)-oxid (E172), Mikrokristalline Cellulose (Ph. Eur.), Polyvinylalkohol, partiell hydrolysiert, Macrogol 3350. **Anw.:** Orale Kontrazeption. Bei der Entscheidung, Dielera 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 Dielera mit dem anderer kombinierter hormonaler Kontrazeptiva (KHK) verglichen werden. **Gegenanz.:** Vorliegen einer oder Risiko für eine venöse Thromboembolie (VTE); Venöse Thromboembolie – bestehende VTE [auch unter Therapie mit Antikoagulantien] oder VTE in der Vorgeschichte (z. B. tiefe Venenthrombose [TVT] oder Lungenembolie [LE]); Bekannte erbliche oder erworbene Prädisposition für eine venöse Thromboembolie, wie z. B. APC-Resistenz (einschließlich Faktor-V-Leiden), Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel oder Protein-S-Mangel; Größere Operationen mit längerer Immobilisierung; Hohes Risiko für eine venöse Thromboembolie aufgrund mehrerer Risikofaktoren; Vorliegen einer oder Risiko für eine arterielle Thromboembolie (ATE), Arterielle Thromboembolie – bestehende ATE, ATE in der Vorgeschichte (z. B. Myokardinfarkt) oder Erkrankung im Prodromalstadium (z. B. Angina pectoris); Zerebrovaskuläre Erkrankung – bestehender Schlaganfall, Schlaganfall oder prodromale Erkrankung (z. B. transitorische ischämische Attacke [TIA]) in der Vorgeschichte; Bekannte erbliche oder erworbene Prädisposition für eine arterielle Thromboembolie, wie z. B. Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupusantikoagulant); Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte; Hohes Risiko für eine arterielle Thromboembolie aufgrund mehrerer Risikofaktoren oder eines schwerwiegenden Risikofaktors wie: Diabetes mellitus mit Gefäßschädigung, Schwere Hypertonie, Schwere Dyslipoproteinämie; Bestehende oder vorausgegangene schwere Lebererkrankung, solange sich die Leberfunktionswerte nicht normalisiert haben, Bestehende oder vorausgegangene Lebertumoren (benigne oder maligne), Bekannte oder vermutete sexualhormonabhängige maligne Tumoren (z. B. der Genitalorgane oder der Brust); Diagnostisch nicht abgeklärte vaginale Blutungen; Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenw. häufig:** Kopfschmerzen, abdominale Schmerzen, Übelkeit, Akne, Amenorrhoe, Brustbeschwerden, Dysmenorrhoe, Zwischenblutungen (Metrorrhagie), Gewichtszunahme, Aggression, Angst, Dysphorie, verstärkte Libido, Nervosität, Alpträumen, Unruhe, Schlafstörung, Stress, Aufmerksamkeitsstörung, emotionale Störung, Schlaflosigkeit, verminderte Libido, psychische Störung, Stimmungswechsel, Benommenheit, Migräne, Hitzegefühl, Hypertonie, Diarrhoe, Erbrechen, Anstieg der Leberenzyme, Alopecie, Hyperhidrosis, Pruritus, Hautausschlag, Muskelkrämpfe, Brustvergrößerung, Raumforderung in der Brust, Zervixdysplasie, dysfunktionelle uterine Blutungen, Dyspareunie, fibrozytische Brustveränderungen, Menorrhagie, Menstruationsstörungen, Ovarialzysten, Beckenschmerzen, prämenstruelles Syndrom, Uterusleiomyom, Uteruskämpfe, uterine/vaginale Blutungen einschließl. Schmierblutung, vaginaler Ausfluss, vulvovaginale Trockenheit, Müdigkeit, Reizbarkeit, Ödeme, Gewichtsabnahme, Blutdruckveränderungen. **Selten:** Candidiasis, oraler Herpes, PID (Unterleibsentzündung), vermutetes okuläres Histoplasmose-Syndrom, Tinea versicolor, Harnwegsinfektion, bakterielle Vaginosis, 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 (VTE), arterielle Thromboembolie (ATE), Hypotonie, Thrombophlebitis, Venenschmerzen, Obstipation, Mundtrockenheit, Dyspepsie, gastroösophageale Refluxerkrankung, lokal noduläre Hyperplasie der Leber, chronische Cholezystitis, allergische Hautreaktion, Chloasma, Dermatitis, Hirsutismus, Hypertrichose, Neurodermitis, Pigmentationsstörung, Seborrhoe, Hauterkrankung, Rückenschmerzen, Kieferschmerzen, Schmerzgefühl, Schmerzen im Bereich des Dartrakts, ungewöhnliche Abbruchblutungen, benigne Brustneoplasien, Mammakarzinom in situ, Brustzysten, Brustsekretion, zervikale Polypen, zervikales Erythem, koitale Blutungen, Galaktorrhoe, genitaler Ausfluss, Hypomenorrhoe, verspätete Menstruation, rupturierte Ovarialzyste, Vaginalgeruch, vulvovaginale Brennen, vulvovaginale Beschwerden, Lymphadenopathie Asthma, Dyspnoe, Epistaxis, Schmerzen im Brustkorb, Unwohlsein, Pyrexie, pathologischer Zervixabstrich. Enthält Lactose. Packungsbeilage beachten. (verschreibungspflichtig). (Stand Dezember 2024). Aristo Pharma GmbH, Wallenroder Straße 8-10, 13435 Berlin.



# Schwangerschaftsdepression: Früherkennung und Frühbehandlung auf dem Weg in die Regelversorgung

Die UPlusE-Studie mit über 13.000 Teilnehmern steht kurz vor Ihrem erfolgreichen Abschluss. Die Erkenntnisse der Studiengruppe untermauern die besondere Bedeutung der Früherkennung und Frühbehandlung von psychischen und sozialen Belastungen im Peripartum. Somit ist der Weg dafür geebnet, dass Screening und Frühintervention von Schwangerschaftsdepressionen Teil der Mutterchaftsrichtlinie, und damit künftig auch Teil der Regelversorgung werden.

Depressionen während und im ersten Jahr nach der Schwangerschaft betreffen 10–15% der Mütter und 5–10% der Väter.

Zudem erleben 30% der Eltern in dieser Phase psychosoziale Belastungen. Unbehandelt können diese Depressionen chronifizieren, Schwangerschaft und Geburt beeinträchtigen sowie langfristige negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Mütter und die ganze Familie haben. In Deutschland fehlen hierzu noch systematische Früherkennungs- und Frühbehandlungsprogramme.

## Innofond-Projekt schließt Versorgungslücke

Das im Februar 2024 gestartete UPlusE-Projekt hat bereits das Teilziel erreicht, systematische Screenings für Depressionen und psychosoziale Belastungen in pädiatrischen Praxen zu

etablieren. Der digitale Versorgungsvertrag hierfür wird gerade ausgearbeitet. Als digitale Basis dient die PraxisApp, über die Screeningbögen (u.a. EPDS und Plus-Fragen) an frischgebackene Eltern verteilt werden. Anhand der Scores erhalten die Eltern passende Beratungsangebote und werden – falls medizinisch notwendig – an spezialisierte Psychiater:innen oder Psychotherapeut:innen überwiesen. Hierfür wurde während dem UPlusE-Projekt ein Netzwerk mit über 360 psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Praxen aufgebaut, sodass binnen 2–4 Wochen Termine für auffällig gescreente Patient:innen vergeben werden können.

Infos zur PraxisApp  
„Meine GynPraxis“



UPlusE-Studienwebsite  
www.upluse.de



## Zwischenergebnisse aus der gynäkologischen Praxis

Fast 60% der angeschriebenen Schwangeren nehmen teil. Bei ungefähr 24% der Teilnehmer:innen gibt es erhöhte depressive Symptome, ca. 50% geben psychosoziale Belastungen an. In diesen Daten zeigt sich, dass insbesondere belastete Familien das Screeningangebot wahrnehmen. Bisher nehmen allerdings nur ungefähr die Hälfte der auffällig gescreenten Teilnehmer:innen auch ein Hilfsangebot in Anspruch. Bisherige Rückmeldungen von Praxen und Eltern weisen auf eine hohe Zufriedenheit mit dem Screeningprogramm hin. Die gewonnenen Daten belegen einen hohen Bedarf, gute Akzeptanz und Hinweise für eine höhere Inanspruchnahme für Hilfsleistungen, wenn gescreent und beraten wird. Da jedoch nur wenige Gynäkolog:innen an UPlusE teilnahmen, ist der Weg zum Versorgungsvertrag noch etwas länger – im Vergleich zu den Pädiater:innen.

App „Meine GynPraxis“ nach Studienende zur Verfügung gestellt. Der digitale Screeningbogen kann dann automatisch an Patientinnen versandt, von diesen ausgefüllt und wieder zurückgesendet werden. Die Scores werden an die Praxis übermittelt und sowohl Frauenärzt:in und Patientin erhalten via PraxisApp weiterführende Handlungsempfehlungen und Beratungsangebote. Diese Leistung wird jedoch nach der Studie nicht weiter vergütet, zumindest nicht bis das Screening auf pränatale Depressionen in die Regelversorgung aufgenommen wird.



Dr. med.  
Susanne Simen

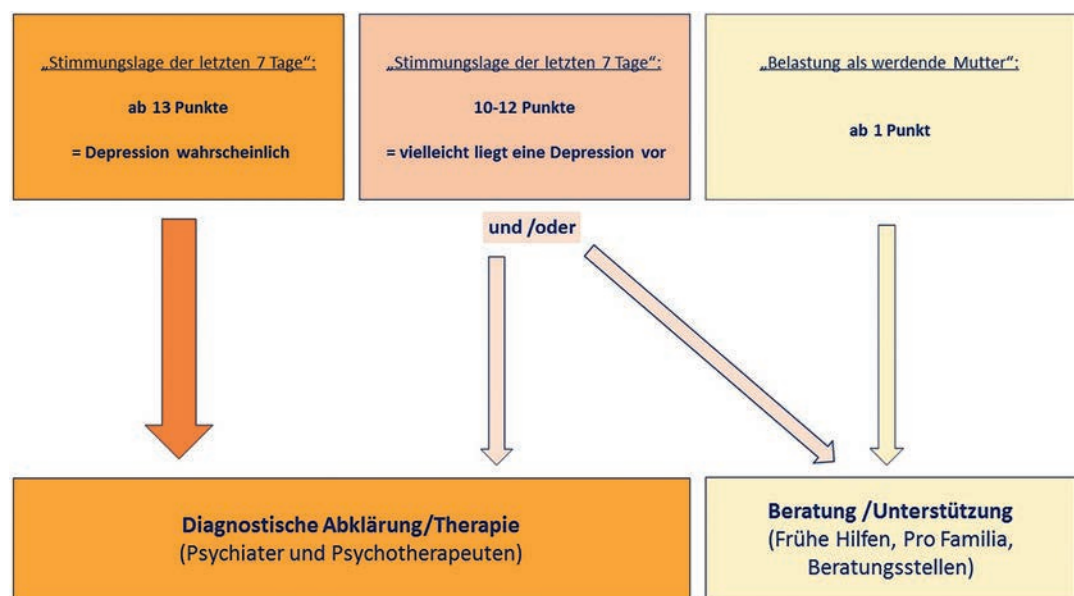
Studienleitung UPlusE  
Klinikum Nürnberg  
Universitätsklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie der PMU Nürnberg



Sean Monks

Monks –  
Ärzte im Netz GmbH, München

## Schritt 2: Finden Sie die passende Anlaufstelle für Ihre Punktwerte in folgendem Schema:



„Stimmungslage der letzten 7 Tage“ ab 13 Punkten: Lassen Sie diesen Punktwert bitte unbedingt bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten abklären – Adressen und schnelle Termine finden Sie hier: [Adressen in Ihrer Region](#).

Abb. 1: UPlusE: Interventionsschema für Schwangere nach EPDS-Score

## Bestens informiert zwischen den Ausgaben.

Nichts mehr verpassen mit dem FRAUENARZT-Newsletter!

### Unser Service für Sie:

- Highlights der aktuellen Ausgabe
- Vorschau auf Artikel der kommenden Ausgabe
- Aktuelle News & Meldungen aus der Industrie
- Veranstaltungen

Jetzt anmelden unter [frauenarzt.de](https://www.frauenarzt.de)



Verpassen Sie keine wichtigen Fachbeiträge der „Nummer 1“ unter den Facharzttiteln für Gynäkologinnen und Gynäkologen in Klinik und Praxis – digital im 14-tägigen Newsletter!



## Geschlechtsinkongruenz

## Transpersonen in unserer Praxis

**Es gibt immer mehr Menschen, die sich offen zu ihrer Transsexualität bekennen, eine Transition anstreben und sich daher zunehmend mit ihren medizinischen Belangen in Ihren Praxen vorstellen.**

Die Transsexualität/Transgender (heutzutage Geschlechtsinkongruenz) ist ein Zustand, in dem die empfundene Geschlechtszugehörigkeit nicht mit dem bei Geburt vorhandenen Geschlecht übereinstimmt. Die Gewissheit, sich einem biologisch anderen Geschlecht – weiblich oder männlich – zugehörig zu fühlen, die Ablehnung der mit dem biologischen Geschlecht verbundenen Erwartungen sowie der zunehmende Wunsch, biologisch, sozial und auch juristisch im gewünschten Geschlecht anerkannt zu leben, kennzeichnen die Geschlechtsinkongruenz (ehemals Transsexualität/ Transgender). Der dadurch entstehende Leidensdruck bezeichnet die Geschlechtsdysphorie.

Menschen, deren Geschlechtsidentität demjenigen Geschlecht entspricht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, bezeichnet man als Cis-Frau bzw. Cis-Mann.

Transidentität/Transsexualität gehört diagnostisch zurzeit immer noch zur Gruppe der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (ICD-10 F64.0). Für die ICD-11 (seit 2023 in englischer Version veröffentlicht) wird die Diagnose als „Geschlechtliche Nichtübereinstimmung“ (Geschlechtsinkongruenz) bezeichnet. Damit ist erstmals die Diagnose außerhalb der psychischen Störungen eingeordnet.

Seit 1980 gilt das Transsexuellengesetz (TSG), welches nur die Änderung des Vornamens oder Personenstandes regelt. Es regelt somit nicht die psychologischen oder medizinisch ärztlichen Behandlungen. Nach dem Transsexuellengesetz ist eine operative

Intervention für eine Personenstands- oder Namensänderung nicht mehr notwendig.

Die World Association for transgender Healthcare (WPATH) geht von einer Prävalenz von 1:12.000 bis 1:45.000 bei Transfrauen (Mann zu Frau) und 1:30.000 bis 1:200.000 bei Transmännern (Frau zu Mann) aus. Dieses ändert sich gerade: Es werden zunehmend mehr Transmänner behandelt. Neuere Rechenmodelle gehen dazu von 1:2.000 bis 1:5.000 aus.

Weltweit ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, so stieg u.a. die Anzahl der Diagnose Geschlechtsinkongruenz in Deutschland von ca. 50 auf 100.000 Versicherte im Jahre 2013 auf über 450 auf 100.000 Versicherte im Jahre 2022. Über mögliche Ursachen für die Zunahme der Häufigkeit von F64-Diagnosen (zum Beispiel realer Prävalenzanstieg, erhöhte „awareness“, abnehmende Stigmatisierung, verbesserte Ver-

sorgungssituation, soziale Anstreckung, Überdiagnostik) kann auf der Basis der Daten keine Aussage getroffen werden.

Wir empfehlen unbedingt, dass die Betreuung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten in spezialisierten Zentren bzw. Praxen erfolgen sollte – mindestens jedoch nach Rücksprache mit den spezialisierten Kolleginnen oder Kollegen, bevor angleichende medikamentöse oder operative Eingriffe veranlasst werden.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte orientieren sich an dem „standard of care“ bzw. den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung einer einheitlichen Begutachtung (MDS) nach § 282 Absatz 2, Satz 3 SGB V; welche auch als Voraussetzung für entsprechende Kostenerstattung gelten [mod. nach Dorn & Keck, 2020].

**Richtlinien in Deutschland**

Die neue MDS-Richtlinie verbes-

**Kurs 22**  
Transpersonen in  
unserer Praxis  
Fr., 6.3.2026, 16.45 Uhr,  
Raum 01

sert die Situation der Patientinnen und Patienten durchaus, auch wenn sie umstritten ist. Eine kurze modifizierte Zusammenfassung ist hier dargestellt:

**Diagnose**

- Die transsexuelle Identität muss mindestens zwei Jahre durchgehend bestanden haben.
- Sie darf kein Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z. B. einer Schizophrenie, sein.
- Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein

**Indikation für geschlechtsangleichende Maßnahme erfolgt in zwei Schritten:**

- Eine psychiatrische oder psychotherapeutische Indika-

**SYNLAB** 

Präzise Diagnosen für die  
Gesundheit der Frau –  
Vertrauen Sie auf unsere Expertise.

Auch 2026 bieten wir Ihnen wieder unsere Fortbildungen an:

**Gynäkologische Intensivseminare:**

16. – 18. April	Leimen
23. – 25. April	St. Peter-Ording
11. – 13. Juni	Fleesensee / Göhren-Lebbin
26. – 28. November	Tegernsee

**Gynäkologische Endokrinologie – Systematisches Basisseminar:**

24. – 26. September Fleesensee / Göhren-Lebbin

Weitere interessante Veranstaltungen finden Sie in unserem SYNLAB Akademie Fortbildungsprogramm!



**Besuchen Sie uns an  
unserem Messestand  
Nummer 55 auf dem  
FOKO 2026.**

**Medikation Transmann**

Testosteronspritze Nebido® (z. B. Nebido® oder Testosteron Besins®) i. m. alle 10–14 Wochen  
 oder Testogel® 25–100 mg oder Beutel transdermal täglich  
 oder Testoviron® alle 3 Wochen  
 Ggf. in Kombination mit GnRH Analoga (z. B. Enantone®/ Trenantone®)  
 Ggf. in Kombination mit Gestagenen (MPA, Duphaston®) oder Gestagen-only Kontrazeption (z. B. Cerazette®)

Abb. 1: Medikation Transmann

- tionsstellung (ein Gutachten – keine Zweitsicht mehr!)
- Die somatisch-ärztliche Indikationsstellung durch die Ärztin/den Arzt, die/der die Maßnahme durchführen soll.
- Mindestens eine Kurzzeit-Psychotherapie von 12 Sitzungen à 50 Minuten in 6 Monaten, inklusive der Diagnostik. Neben einer Richtlinien-Psychotherapie können auch andere Behandlungssettings in Frage kommen.
- Erklärung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin, ob begleitende psychische Störungen vorliegen und mit welchen Maßnahmen und welchem Therapieergebnis diese behandelt wurden.
- Bei genitalangleichenden Operationen mindestens 12 Monate Alltagserfahrungen. Abweichungen davon müssen von den Behandelnden begründet werden.
- Andere geschlechtsangleichende Maßnahmen, z. B. bei Hormonbehandlung oder Mastektomie, können schon zu einem früheren Zeitpunkt erfolgen.

**Medikation Transfrau**

Estradiol: transdermal Gel 2–4 Hübe/Tag oder Pflaster 25–200/24 Stunden  
 oder oral Estradiol  
 oder Estradiolvalerat 2–6 mg/Tag  
 In Kombination mit antiandrogener Therapie Cyproteronacetat 5–20 mg (max) p. o.  
 oder Spironolacton 50–200 mg/Tag oder GnRH Analoga alle 4 bzw. 12 Wochen

Abb. 4: Medikation Transfrau

Zeitlicher Verlauf Transmann		
Wirkung	Erwarteter Beginn	Erwarteter maximaler Effekt
Aussetzen der Menstruation	2–6 Monate	
Vertiefung der Stimme	3–12 Monate	1–2 Jahre
Vergrößerung der Klitoris	3–6 Monate	1–2 Jahre
Gesichts-/Körperbehaarung	3–6 Monate	3–5 Jahre
Haarausfall am Kopf	> 12 Monate	Variabel
Zunahme der Muskelmasse	6–12 Monate	2–5 Jahre
Haut/Akne	1–6 Monate	1–2 Jahre
Umverteilung des Körperfetts	3–6 Monate	2–5 Jahre
Austrocknen der Scheide	3–6 Monate	1–2 Jahre

Abb. 2: Veränderungen und zeitlicher Verlauf unter der Testosterontherapie (FzM) [mod. nach Dorn & Jacobeit 2017]

**Zugelassene mögliche Behandlungen**

**Angleichende Hormonbehandlung (Arzneimitteltherapie)**

- Die transsexuelle Identität muss mindestens zwei Jahre durchgehend bestehen.
- Vorbestehende andere Erkrankungen müssen adäquat behandelt sein.
- Umfangreiches Screening auf etwaige Risikofaktoren und die Therapie bzw. Frequenz der Kontrollen sollte durch eine/n endokrinologisch erfahrene/n Ärztin/Arzt festgelegt und durchgeführt werden.

**Mastektomie und genitalangleichende operative Maßnahmen**

- Die transsexuelle Identität muss mindestens zwei Jahre durchgehend bestehen.
- Eine weitere psychiatrische oder psychotherapeutische Indikation (Gutachten)
- Somatisch-ärztliche Indikationsstellung durch eine/n Chirurgin/Chirurgen
- Mindestens 12 Monate Alltagserfahrungen
- Kurzzeit-Psychotherapie von

12 Sitzungen à 50 Minuten in 6 Monaten

**Epilationsbehandlung**

- Nadelepilation und Laser-epilation nur als vertragsärztliche Versorgung
- Nach medizinischen Gutachten
- Hormonbehandlung muss nicht mehr nachgewiesen werden

**Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie**

- Ärztlich verordnet
- Zugelassene Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten

**Mammaaugmentation bei Mann-zu-Frau**

- Kein ausreichendes Brustwachstum mit Körbchengröße A
  - Mindestens 1–2 Jahre Östrogen-therapie
- [mod. nach Dorn & Keck, 2020]

**Diagnostik vor Therapie**

Eigen- und Familien-Anamnese, Gewicht, Blutdruck, Laboranalyse (komplette Hormonanalyse, kleines BB, Elektrolyte, Leberwerte, ggf. Genetik, Serologie, Glukose),

ggf. bei Risikokonstellation Gerinnungsanalyse sowie eine spezifische Krebsvorsorge.

**Verlaufsuntersuchungen**

Alle 3–6 Monate Kontrolle der o.g. Laborparameter inkl. Krebsvorsorge und spezifische Untersuchung (u. a. transvaginaler Ultraschall) – in Abhängigkeit der Hormonparameter UND des klinischen Befundes entsprechende Dosisanpassung der angleichenden Hormontherapie. Eine begleitende psychotherapeutische Mitbetreuung ist sehr empfehlenswert.

**Therapie Transmann (Frau zu Mann)**

Eine angleichende Hormontherapie bei Frau zu Mann (FzM) sog. „Transmann“ erfolgt in der Regel mit Testosterongabe (►Abb. 1). Bei FzM sollten die Testosteronwerte im physiologischen Bereich für Cis-Männer liegen und einen entsprechenden Östrogenmangel zeigen. Nach genitalangleichenden operativen Maßnahmen ist die Hormontherapie fortzusetzen. Der Verlauf der Therapie ist in ►Abbildung 2 zu sehen mit

**Nebenwirkung der Hormontherapie Transmann**

**Risiko erhöht:** Akne, Polyglobulie

**Risiko moderat erhöht:** Hypertonie, Hyperlipidämie, Leberwerterhöhung, Gewichtszunahme, kardiovaskuläre Komplikationen, Verschlechterung depressiver Phasen

**Risiko nicht eindeutig erhöht:** Mamma-, Endometrium-, Zervix-, Ovarialkarzinom

Abb. 3: Mögliche Nebenwirkungen der Hormontherapie (FzM) [mod. nach Dorn & Jacobeit 2017]

entsprechenden Zeitangaben. Wichtige mögliche Nebenwirkungen sind in ►Abbildung 3 zu erkennen.

**Therapie Transfrau (Mann zu Frau)**

Eine angleichende Hormontherapie bei Mann zu Frau (MzF) sog. „Transfrau“ erfolgt in der Regel mit Östrogenen (►Abb. 4) und Testosteron Blocker (z. B. Cyproteronacetat Androcur®, in Ausnahme Fällen GnRH Agonisten).

Bei MzF ist eine Östrogenisierung im Bereich von 100–150 ng/l anzustreben und die Androgene sollten im physiologischen Bereich für Cis-Frauen nachweisbar sein. Nach genitalangleichenden operativen Maßnahmen ist eine Cyproteronacetat Gabe (Androcur) nicht mehr notwendig. Die Gabe von oralen Ovulationshemmern oder von Ethinylestradiol ist innerhalb angleichender Hormontherapie kontraindiziert – das Thromboserisiko ist bis zu 20-fach erhöht. Die Gabe von zusätzlich natürlichem Progesteron ist weiterhin umstritten. Der zeitliche Verlauf der Therapie ist

Zeitlicher Verlauf Transfrau		
Wirkung	Erwarteter Beginn	Erwarteter maximaler Effekt
Brustwachstum	3–6 Monate	2–3 Jahre
Abnahme spontaner Erektionen	1–3 Monate	3–6 Monate
Abnahme des Hodenvolumens	3–6 Monate	2–3 Jahre
Fettverteilung des Körpers	3–6 Monate	2–5 Jahre
Abnahme der Muskelmasse	3–6 Monate	1–2 Jahre
Abnahme des Fetts	3–6 Monate	
Libidoreduktion	1–3 Monate	1–2 Jahre
sexuelle Funktionsstörung	variabel	variabel
Abnahme der Spermienproduktion	variabel	variabel
Verdünnung und Abnahme der Körper- und Gesichtsbehaarung	6–12 Monate	> 3 Jahre

Abb. 5: Veränderungen und zeitlicher Verlauf unter Hormontherapie (MzF) [modifiziert nach Dorn & Jacobeit 2017]

**Nebenwirkung der Hormontherapie Transfrau**

**Risiko erhöht:** venöse Thromboembolien

**Risiko moderat erhöht:** Gewichtszunahme, kardiovaskuläre Komplikationen, Hypertriglyceridämie, Meningeome durch Cyproteronacetat, Leberwerterhöhung, Hyperprolaktinämie, Mammakarzinom, Verschlechterung Depressionen

**Risiko nicht eindeutig erhöht:** Prostatakarzinom

Abb. 6: Mögliche Nebenwirkungen der Hormontherapie (MzF) [mod. nach Dorn & Jacobeit 2017]

in ►Abbildung 5 und die möglichen Nebenwirkungen in ►Abbildung 6 zu erkennen. [mod. nach Dorn & Keck, 2020].

Da es bei der angleichenden Hormontherapie Mann-zu-Frau häufig nur zu einer unbefriedigenden Brustentwicklung kommt, kann die Durchführung einer Mammaaugmentationsplastik sinnvoll sein.

Die eventuelle Indikation für eine Mammaaugmentationsplastik sollte frühestens nach einer mindestens 1–2-jährigen leitliniengerechten angleichenden Hormontherapie unter Erreichen ausreichend hoher Östradiol-Spiegel gestellt werden. Nur ca. 30% der Transfrauen erreichen allein durch die Hormontherapie ein für sie akzeptables Größenwachstum der Brüste.

**Fertilitätsprotektion, Reproduktion und Schwangerschaft**

Die aktuellen reproduktionsmedizinischen Techniken bieten Möglichkeiten zur Erfüllung eines Kinderwunsches für Personen mit der Diagnose Geschlechtsinkongruenz, sodass reproduktionsmedizinische Sachverhalte erörtert werden sollen, bevor die angleichende Hormontherapie beginnt.

**Fertilitätsprotektion bei Transmännern**

Von außerordentlicher Bedeutung ist die Rechtssituation in Deutschland, wo Eizellen – unbefruchtet oder befruchtet – anschließend nur bei der Person in die Gebärmutter zurückgesetzt werden dürfen, von der die Eizellen stammen. Eine Bereitstellung der Eizellen für die Gebärmutter einer anderen Frau ist in Deutschland aufgrund des Embryonenschutzgesetzes verboten.

**Fertilitätsprotektion bei Transfrauen**

Vor geschlechtsangleichender Operation bei Transfrauen wird meist eine angleichende Hormontherapie durchgeführt. Diese besteht aus Antiandrogenen (Cyproteronacetat), Spironolakton sowie GnRH-Analoga in Kombination mit oralen oder transdermalen Östrogenen. Diese Therapie kann auch zur irreversiblen Suppression der Spermatogenese führen. Daher müssen Spermien VOR einer Hormontherapie eingefroren werden (kryokonserviert).

Über den Langzeiteffekt der Hormontherapie auf die testikuläre Funktion ist wenig bekannt. Bei

rund einem Fünftel der Patienten ist noch zum Zeitpunkt der geschlechtsangleichenden Operation eine Fertilitätsprotektion möglich.

Da auch unter angleichender Hormontherapie noch Spermien im Ejakulat nachweisbar sein können, sind bei sexuell aktiven Patienten, die eine Verhütung wünschen, kontrazeptive Maßnahmen dringend zu empfehlen [mod. nach Dorn & Keck, 2020].

Transmänner müssen während einer Schwangerschaft genauso

behandelt werden, wie Cis-Frauen. Hebammen sollten werdende Eltern betreuen und nicht eine geschlechtsspezifische Gruppe Menschen.

**Vor- und Nachsorge**

Die Vor- und Nachsorge von Transpersonen sollte in Anlehnung der entsprechenden Leitlinien (z.B. Krebsvorsorge) für Cis-Personen erfolgen.

Eine Kennzeichnung ist sowohl bei Gebührenordnungspositionen (GOP) mit als auch ohne geschlechtsorganbezoge-

nen Inhalt nötig, wenn das anspruchsberechtigte Geschlecht nicht mit dem personenstandsrechtlichen Geschlecht übereinstimmt. Ärztinnen und Ärzte kennzeichnen die GOP mit der bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung „88150“ und geben den **ICD-10-Kode (F64.0)** für Trans- oder Intersexualität in ihrer Abrechnung an.

Ist auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ein „X“ für unbestimmt oder ein „D“ für divers als Geschlecht angegeben, ist keine Kennzeichnung nötig.


Sind die Leistungen wie oben beschrieben gekennzeichnet oder ein „X“ oder „D“ als Geschlecht angegeben, zählen diese nicht als fachfremde Leistungen.

Literatur beim Verfasser



**Prof. Dr. med. Christoph Dorn**


Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Christoph.Dorn@amedes-group.com

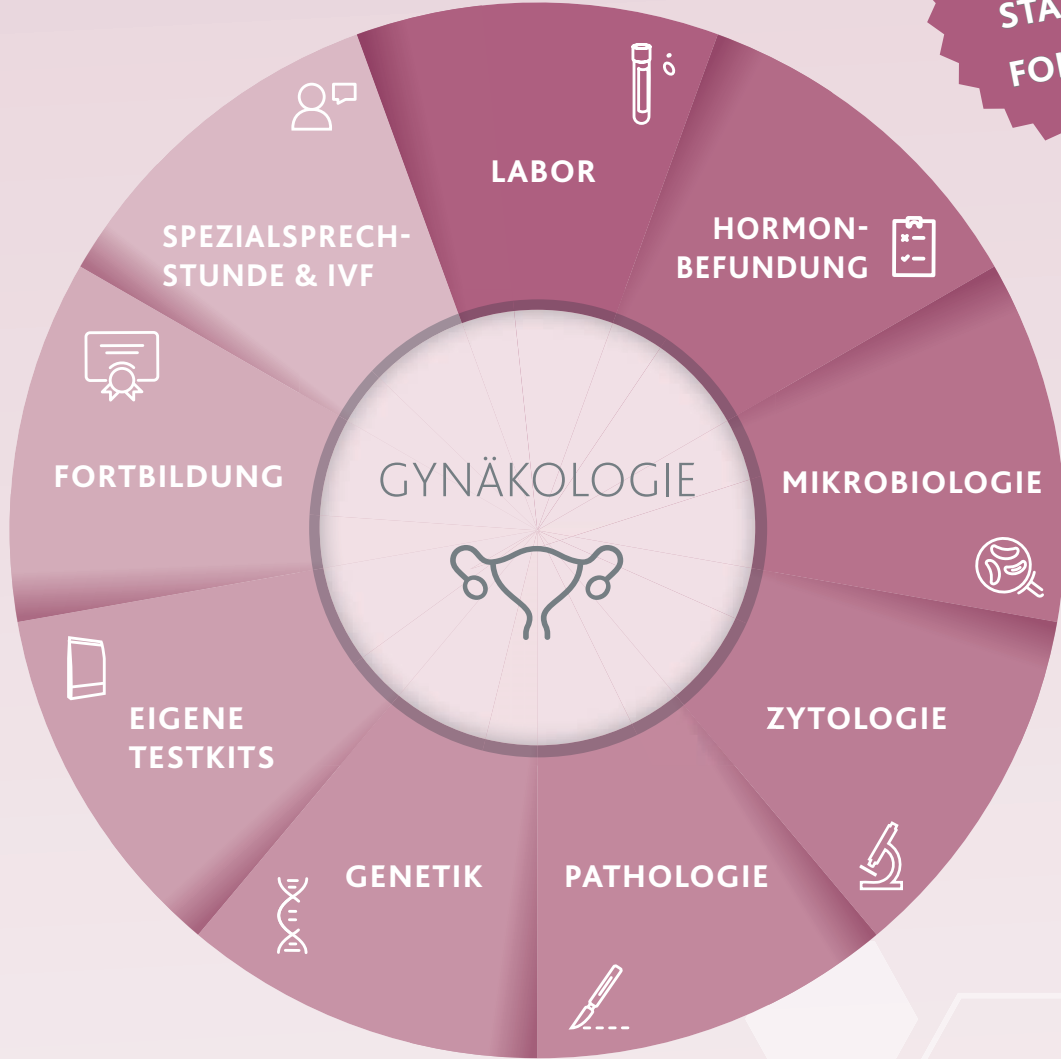



**amedes –**  
**Ihr Partner für Frauengesundheit**

Bereits die Hälfte der niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland sind Partner der amedes-Gruppe. *Gehören Sie schon dazu?*


Wir bieten umfassende **gynäkologische Labordienstleistungen** aus einer Hand, einschließlich gynäkologischer Zytologie sowie Dysplasiesprechstunden.







www.fetalis.de



www.amedes-group.com  
info@amedes-group.com

## Schmerztherapie

## Lokalanästhetika in der Frauenheilkunde

„Lokalanästhetika – die kennt doch jeder? Damit kann ich doch umgehen?“ Die Forschung der vergangenen 25 Jahre zeigt: Das Spektrum dieser Substanzgruppe ist viel größer als bislang angenommen. Die moderne gynäkologische Schmerztherapie kann auf Nervenblockaden mit Lokalanästhetika nicht verzichten. Viele Erfolge in der Schmerztherapie, gerade in der Frauenheilkunde, sind dadurch erst möglich geworden [1].

## Schmerzprophylaxe mit Lokalanästhetika

Die jüngste Schmerzforschung zeigt: Einzelne Schmerzreize können sich aufsummieren und

zu chronischem Schmerz entwickeln („neuroplastic pain“). Wir sind als Frauenärztinnen und Frauenärzte gefordert, Schmerz erst gar nicht entstehen zu lassen. Prophylaxe von Schmerz ist das A&O der Schmerztherapie. Dies gilt für die Schmerzprophylaxe perioperativ mit Unterstützung von Nervenblockaden (z.B. TAP-Block), in der Geburtshilfe, ebenso wie in der Antikonzeptionsberatung.

Die **schmerzfremde Einlage der Spirale** (IUP, IUS) ist einer dieser Bausteine. Unterschätzen wir dabei den iatrogen gesetzten Schmerz unserer Patientinnen? Gehen wir bislang zu leichtfertig mit diesem Thema um? Die Sozi-

ale Medien sprechen eine deutliche Sprache: Hier gilt die Einlage einer Spirale, egal welchen Typs, als äußerst schmerzhaftes Verfahren [2].

Wenn wir die Spirale als wichtigen Baustein der Verhütung erhalten wollen, kommen wir nicht umhin, sie in Zukunft konsequent patientenschonend einzulegen, das heißt nicht schmerzarm, sondern schmerzfrei. Wie? Diese Techniken der Lokalanästhesie bei Einlage der Spirale sind Gegenstand des Kurses 32, Lokalanästhetika in der Frauenheilkunde.

## Schmerztherapie mit Lokalanästhetika

Lokalanästhetika spielen eine zunehmende Rolle auch in der Therapie chronischer Schmerzen. Aber wie soll eine Betäubung von 15–30 Minuten Dauer langfristig Schmerzen lindern oder beseitigen können? Diese Frage ist uralte [3] und blieb bis vor 20–30 Jahren unbeantwortet. Erst das neue Konzept des neuroplastic pain [4] hat die Tür zu einem Verständnis therapeutischer Effekte geöffnet, von der Ärzte seit über 100 Jahren be-

richten [5], ohne dass es bislang nennenswerte Evidenz dazu gab.

Die neurophysiologische Grundlage für die gute Wirksamkeit einer **Nervenblockade mit Lokalanästhetika** liefert das oben genannte Modell des neuroplastic pain [4], welches die Schmerzforschung als zentrales Prinzip bei der Entstehung von chronischen Schmerzen bewertet: Schmerzen können durch Sensibilisierung, insbesondere durch wiederholte starke Schmerzreize in der gleichen Region entstehen. Sie können aber auch über den gleichen reversen Mechanismus wieder zum Verschwinden gebracht werden, durch **Desensibilisierung**, in Form einer wiederholten Nervenblockade. Das Geheimnis der langfristigen Wirkung liegt also in der Wiederholung.

Die interventionelle Schmerztherapie mit Nervenblockaden in einer besonders nebenwirkungsarmen Form stellt die **Therapie mit Lokalanästhetika (TLA)** dar. Bei vielen Allgemeinärzten im deutschen und spanischen Sprachraum ist sie – meist in ihrer einfachsten Form der Quaddelbehandlung – auch als Neuraltherapie [6] (span. terapia neural) bekannt.

In Kurs 32 am Samstag gewinnen Sie einen ersten Einblick in Theorie und Praxis der TLA bei bislang schwer zu behandelnden Krankheitsbildern wie **Vulvodynie oder chronischem Unterbauchschmerz** (chronic pelvic pain syndrome, CPPS). Auch rezidivierende Entzündungen der Blase (Cystitis) oder chronischer Blasenschmerz (chronic bladder pain, CBP) gehören in diesen Formenkreis von Schmerz durch Hypersensibili-

## Kurs 32

Lokalanästhetika in der Frauenheilkunde  
Sa., 7.3.2026, 15.30 Uhr,  
Raum 02

sierung. In diesem Einführungskurs üben Sie wichtige Techniken am Phantom (►Abb. 1). Sie werden nach diesem Kurs in der Lage sein, wichtige Grundkenntnisse der Schmerzprophylaxe und -Therapie sofort in Ihrer Klinik und Praxis umzusetzen.

## Literatur:

- Weinschenk S, Benrath J, Kessler E, Strowitzki T, Feisst M. Therapy With Local Anesthetics to Treat Vulvodynia. A Pilot Study. Sex Med 2022; 10(2): 100482-100491. DOI: 10.1016/j.esxm.2021.100482
- Munchetty N. TV-Moderatorin wird beim Einsetzen der Spirale zweimal ohnmächtig. RTL Video. 21.07.2021 (<https://www.rtl.de/videos/bbc-moderatorin-wird-beim-einsetzen-zweimal-ohnmaechtig-60f8285ab-2ca40677a63c362.html>)
- Berggren L. [Sigmund Freud discovered the therapeutic effects of cocaine, but all the credit went to Carl Koller]. Lakartidningen 2000; 97(15): 1846-7
- Song Q, E S, Zhang Z, Liang Y. Neuroplasticity in the transition from acute to chronic pain. Neurotherapeutics 2024; 21(6): e00464. DOI: 10.1016/j.neurot.2024.e00464.
- Schleich CL. Neue Methoden der Wundheilung ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis von C. L. Schleich. Berlin: Springer, 1899
- Weinschenk S. Handbuch Neuraltherapie – Therapie mit Lokalanästhetika [Textbook of Therapy with Local Anesthetics]. 2. edn. ed. Stuttgart: Thieme Verlag, 2020



Abb. 1: Übungen am Phantom

## Kursinhalte

- Grundlagen der gynäkologischen Schmerztherapie
- Das biopsychodynamische Schmerzmodell: neuroplastic pain
- Schmerzprophylaxe mit Lokalanästhetika am Beispiel der IUS-Einlage
- Gyn. Schmerztherapie am Beispiel von Vulvodynie und *chronic pelvic pain syndrome*

PD Dr. med.  
Stefan Weinschenk

Leiter der Gyn. Schmerzambulanz,  
Universitäts-Frauenklinik Heidelberg  
stefan.weinschenk@med.uni-heidelberg.de

## Impressum

## Verlag

© publmed Medizin und Medien GmbH  
E.-C.-Baumannstr. 5  
95326 Kulmbach

Tel. +49 9221 / 949-432  
Fax +49 9221 / 949-377  
www.publmed.de

Geschäftsführer: Stephan Behrens

## Redaktion

Michael Dietl (verantwortlich)  
m.dietl@publmed.de

Dr. rer. nat. Annika Lechner  
a.lechner@publmed.de

## Layout

Melitta Cipes

## Anzeigen

anzeigen@publmed.de

Detlind Breuer  
+49 9221 / 949-432  
d.breuer@publmed.de

Ines Dürr  
+49 9221 / 949-153  
i.duerr@publmed.de

## Druck

ALBERSDRUCK GMBH & CO KG, Düsseldorf

Die Rubrik Marktplatz enthält Beiträge und Meldungen aus der Industrie und liegt im Verantwortungsbereich der betreffenden Firmen.

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

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

Fotos: Corporate Inspiration GmbH

FÜR NEUIGKEITEN,  
DIE MAN GERNE TEILT

 **KISQALI**<sup>®</sup>  
ribociclib

Bei frühem Brustkrebs

**NO NEWS IS  
GOOD NEWS**

Kisqali in Kombination mit ET kann dazu beitragen, dass mehr Patientinnen<sup>a</sup> mit frühem HR+/HER2– Brustkrebs krebsfrei bleiben.<sup>b,1</sup> Die Wirksamkeit ist nachgewiesen durch Reduktion des relativen Rezidivrisikos um 28,4%.<sup>2</sup> Damit Sie bei der Nachsorge noch öfter sagen können: „Alles unauffällig“.

**a** Bei frühem HR+/HER2– Brustkrebs ist Kisqali auch für Männer zugelassen.<sup>1</sup> **b** Kisqali wird in Kombination mit einem Aromatasehemmer als adjuvante Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit frühem HR+/HER2– Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko einschließlich Nodalstatus N0 mit Hochrisikomerkmale (T3, T4 und T2 nur bei G3 oder G2 mit hohem genomischen Risiko oder Ki-67  $\geq$  20 %) angewendet. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen und bei Männern sollte der Aromatasehemmer mit einem GnRH-Analogen kombiniert werden.<sup>1</sup>

**ET** Endokrine Therapie. **G2** Mäßig differenzierter Tumor. **G3** Schlecht differenzierter Tumor. **GnRH** Gonadotropin-Releasing Hormone. **HER2–** Humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor-2-negativ. **HR+** Hormonrezeptor-positiv. **N0** Keine Lymphknotenbeteiligung. **T2** Tumor > 2 cm, aber  $\leq$  5 cm. **T3** Tumor > 5 cm. **T4** Tumor mit direkter Ausdehnung auf die Brustwand und/oder die Haut mit sichtbaren Veränderungen.

Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit von Ribociclib finden Sie in der Publikation zur Zulassungsstudie.

**1.** Fachinformation Kisqali. **2.** Crown J, et al. ESMO 2025. Oral presentation LBA14.

**Kisqali® 200 mg Filmtabletten. Wirkstoff:** Ribociclib. **Zus.-setz.:** 1 Tablette enth.: Arzneil. wirksamer Bestand.: 200 mg Ribociclib. Sonst. Bestand.: Mikrokristalline Cellulose, Crospovidon (Typ A), Hyprolose (5,0 - 16,0 % m/m Hydroxypropoxy-Gruppen), Magnesiumstearat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Eisen(II,III)-oxid (E172, schwarz), Eisen(III)-oxid (E172, rot), Phospholipide aus Sojabohnen (E322), Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid (E171), Xanthangummi. **Anwendgebiete:** Adjuvante Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit einem Hormonrezeptor(HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2(HER2)-negativen frühen Mammakarzinom mit hohem Rezidivrisiko. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen und bei Männern sollte der Aromatasehemmer mit einem Luteinisierendes-Hormon-Release Hormon (LHRH)-Agonisten kombiniert werden. Behandlung von Frauen mit einem HR-positiven, HER2-negativen, lokal fortgeschrittenen od. metastasierten Mammakarzinom in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant als initiale endokrin-basierte Therapie oder bei Frauen mit vorangegangener endokriner Therapie. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoff od. gegen Erdnuss, Soja oder e. d. sonst. Bestandt. **Nebenwirkungen:** **Patientinnen und Patienten mit frühem Mammakarzinom mit einer Anfangsdosis von 400 mg Ribociclib:** *Sehr häufig:* Infektionen (wie Harnwegsinfektionen, Atemwegsinfektion). Neutropenie, Leukopenie. Kopfschmerzen. Husten. Übelkeit, Diarrhö, Obstipation, Abdominalschmerzen (Bauchschmerzen, Oberbauchschmerzen), Stomatitis, Dyspepsie. Alopezie, Hautausschlag (einschließlich makulopapulöser Hautausschlag, juckender Hautausschlag), Pruritus. Thrombozytopenie, Lymphopenie. Hypokalzämie, Hypokaliämie, verminderter Appetit. Benommenheit. Dyspnoe, interstitielle Lungenkrankheit (ILD)/Pneumonitis. Erbrechen, Stomatitis, Mukositis. Hepatotoxizität (hepatische Zytolyse, arzneimittelbedingter Leberschaden (< 1 %), Hepatotoxizität, autoimmune Hepatitis (Einzelfall)). Hautausschlag (einschließlich makulopapulöser Hautausschlag, juckender Hautausschlag), Pruritus. Peripheres Ödem, Oropharyngeale Schmerzen. Erhöhter Kreatininwert im Blut, verlängerte QT-Zeit im Elektrokardiogramm. *Gelegentlich:* Febrile Neutropenie. **Patientinnen mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit einer Anfangsdosis von 600 mg Ribociclib:** *Sehr häufig:* Infektionen (wie Harnwegsinfektionen, Atemwegsinfektion, Gastroenteritis, Sepsis (<1 %)). Neutropenie, Leukopenie, Anämie, Lymphopenie. Verminderter Appetit. Kopfschmerzen, Benommenheit. Dyspnoe, Husten. Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen, Obstipation, Abdominalschmerzen (Bauchschmerzen, Oberbauchschmerzen), Stomatitis, Dyspepsie. Alopezie, Hautausschlag (einschließlich makulopapulöser Hautausschlag, juckender Hautausschlag), Pruritus. Rückenschmerzen. Fatigue, peripheres Ödem, Pyrexie, Asthenie. Abnormale Ergebnisse von Leberfunktionstests (ALT erhöht, AST erhöht, Bilirubin im Blut erhöht). *Häufig:* Thrombozytopenie, febrile Neutropenie. Hypokalzämie, Hypokaliämie, Hypophosphatämie. Schwindel. Erhöhter Tränenfluss, trockenes Auge. Synkope. Interstitielle Lungenkrankheit (ILD)/Pneumonitis. Dysgeusie. Hepatotoxizität (hepatische Zytolyse, hepatozelluläre Schädigung, arzneimittelbedingter Leberschaden (< 1 %), Hepatotoxizität, Lebersversagen, autoimmune Hepatitis (Einzelfall)). Hauttrockenheit, Erythem, Vitiligo. Oropharyngeale Schmerzen, Mundtrockenheit. Erhöhter Kreatininwert im Blut, verlängerte QT-Zeit im Elektrokardiogramm. *Selten:* Erythema multiforme. *Nicht bekannt:* Toxische epidermale Nekrolyse (TEN). **Warnhinweise:** Enthält Phospholipide aus Sojabohnen.

**Verschreibungspflichtig. Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Stand: April 2025 (MS 06/25.22).

Novartis Pharma GmbH, Sophie-Germain-Str. 10, 90443 Nürnberg. Tel.: (0911) 273-0. www.novartis.de

 **NOVARTIS**



## Unterstützt die Gesundheit des Babys<sup>1</sup> vor der Empfängnis mit **L-Methylfolat**, dem wirkbereiten Folat



In der Allgemeinbevölkerung gilt der Genpolymorphismus des MTHFR-Enzyms als stärkster Bestimmungsfaktor des Folatstatus bei Frauen im reproduktiven Alter.<sup>2</sup>

Dieses Enzym ist für den letzten Schritt eines mehrstufigen Stoffwechselprozesses notwendig, der für die Umwandlung von Folsäure in ihre bioaktive Folatform erforderlich ist.<sup>3</sup>



**Eine von 10 Frauen in Deutschland** ist möglicherweise nicht in der Lage, das mit der Nahrung aufgenommene Folat oder die Folsäure in ihre bioaktive Folatform vollständig umzuwandeln und zu verwerten<sup>5</sup>. Das ist auf einen genetischen Polymorphismus des MTHFR-Enzyms zurückzuführen, der das **Risiko für ein Kind mit einem Neuralrohrdefekt** erhöhen kann.<sup>6</sup>

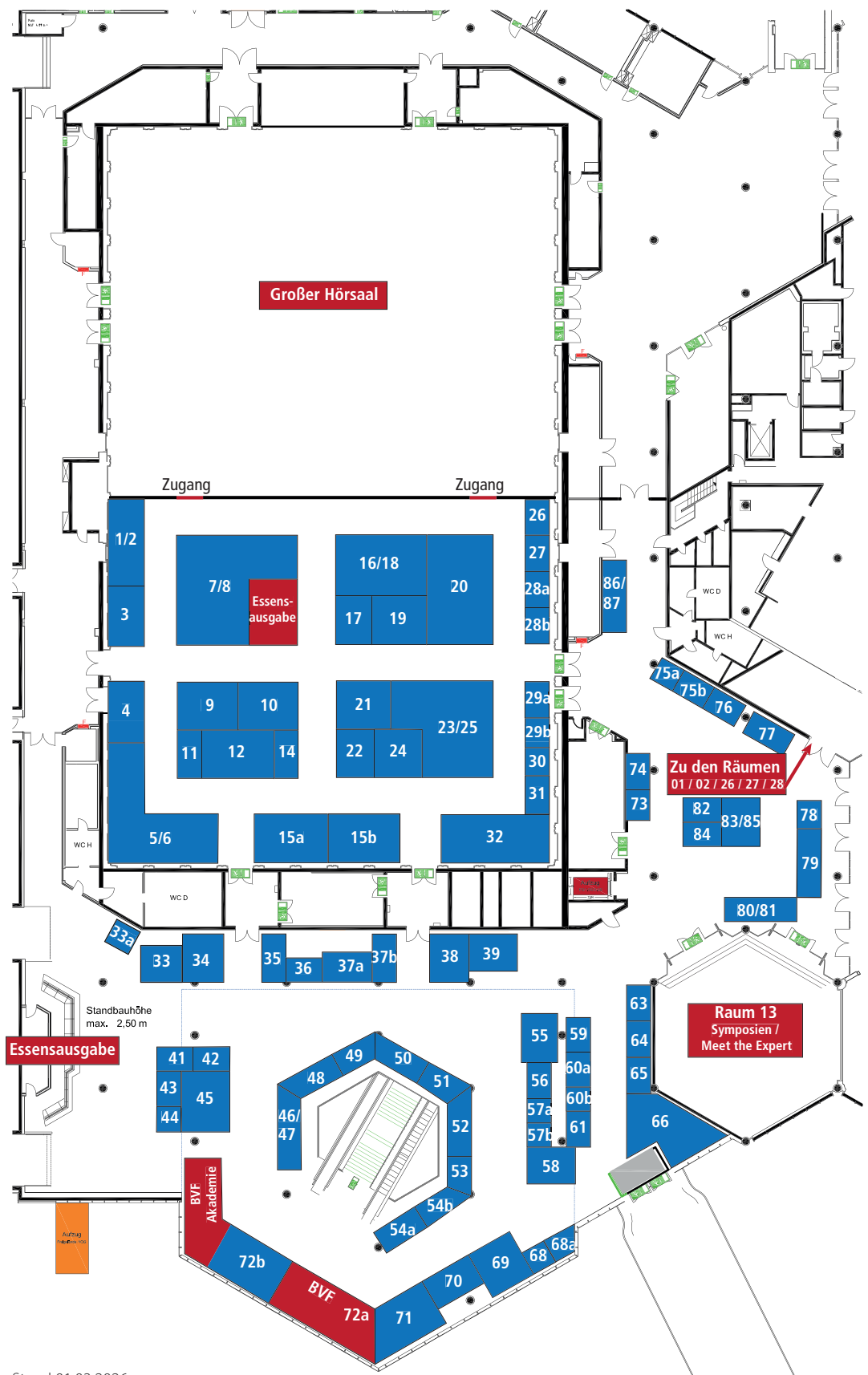
Femibion® enthält **L-Methylfolat**, eine wirkbereite Folatform, die vom Körper direkt verwertet werden kann. Es erhöht effektiv den Folat Spiegel im Plasma, unabhängig vom Genotyp der MTHFR-Mutation.



1) Die zusätzliche Einnahme von Folsäure erhöht den mütterlichen Folat Spiegel. Ein niedriger mütterlicher Folat Spiegel ist ein Risikofaktor für die Entstehung von Neuralrohrdefekten beim ungeborenen Kind. Frauen wird daher empfohlen, mindestens einen Monat vor und bis zu drei Monate nach der Empfängnis täglich 400 µg zusätzliche Folsäure einzunehmen. Es gibt mehrere Risikofaktoren für die Entwicklung von Neuralrohrdefekten. Die Veränderung eines einzelnen Faktors kann eine positive Wirkung haben oder auch nicht. 2) WHO. Leitlinien: Optimale Folatkonzentrationen im Serum und in den roten Blutkörperchen von Frauen im gebärfähigen Alter zur Prävention von Neuralrohrdefekten. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2015. 3) Human Folate Bioavailability. Ohrvik VE, Witthoft CM. Nutrients. 2011 Apr;3 (4):475-90. 4) Pietrzik K et al. Clin Pharmacokinet. 2010;49(8):535-48. 5) Ergebnisse von klinischen Studien sind als Mittelwerte angegeben, 800 µg/Tag Folatmischung: 400 µg Folsäure + entsprechende Menge an L-Methylfolat. Nach Obeid R et al. Eur J Nutri. 2018;57(5):1771-17. 6) Yan L. et al., PLOS ONE 2012; 7(10) e41689.

## Lageplan Industrieausstellung

Stand	Firma	Stand	Firma	Stand	Firma	Stand	Firma	Stand	Firma
37b	ALPINION Medical Deutschland	48	GE Healthcare GmbH, Düsseldorf	73	onkodata, Krebsregistermeldung   Tumordokumentation	70	Samsung Healthcare Germany	29b	TALASAR® - AMISAR Munich Biohealth GmbH
12	amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH	5/6	Gedeon Richter Pharma GmbH	45	P&G Health Germany GmbH	72b	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH	9	Theramex
32	Aristo Pharma GmbH	50	GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG	56	Pascoe pharmazeutische Präparate GmbH	21	SCHMITZ medical GmbH	30	Tigogreen GmbH
75b	Aspivix SA	68a	HEATON GmbH	49	Pfizer Pharma GmbH	51	schülke	27	tomedo®
71	assekuranz ag – Internationaler Versicherungsmakler	44	InMode Germany	46/47	Pierre Fabre Pharma GmbH	58	Sidekick Health	3	TV-Wartezimmer
20	Astellas Pharma GmbH	52	INOKY	63	PVS HAG	1/2	SteriPharm Pharmazeutische Produkte GmbH & Co. KG	64	VIOMED – restifem®
65	Bauerfeind AG	26	Institut für Pathologie, Zytodiagnostik und Molekularpathologie GmbH	54b	Receptura Apotheke	55	SYNLAB Holding Deutschland GmbH	53	Vita34
80/81	Bayer Vital GmbH	10	ITF Pharma GmbH	52	Salus Pharma GmbH			41	XbyX – Women in Balance
72a	Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V.	7/8	Jenapharm eine Marke von Bayer						
15b/24	Besins Healthcare Germany GmbH	34	Kaymogyn GmbH (Deumavan)						
31	Biokanol Pharma GmbH	17	KESSEL medintim GmbH						
36	Bionorica SE	68	KLUG AG Gyn						
76	Bisono Medical GmbH	22	Labor Dr. Wisplinghoff						
59	Bridea Medical	38	Laborarztpraxis Rhein-Main						
28a	Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit – Familienplanung	29a	LADR Der Laborverbund Dr. Kramer & Kollegen						
86/87	Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit – Infektionsschutz	4	Lilly Deutschland GmbH						
77	Büttner-Frank GmbH	78	LISOmed Medizintechnik Büschges & Wetzig GmbH						
75a	Cenata GmbH – Harmony Test	83/85	MEDICE – The Health Family						
33a	cobagin	42	Medizintechnik Kaasen GmbH						
72a	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	61	mementor by Resmed						
11	Doc Cirrus	37a	MSD						
66	Doctolib GmbH	79	MVZ CytoMol						
15a	Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Arzneimittel	39	MVZ Labor Dr. Stein + Kollegen						
57a	DR. GOECKE – Lichen sclerosus GmbH	35	MVZ Labor für Cytopathologie Dr. Steinberg GmbH						
19	DR. KADE Health Care	82	nal von minden GmbH						
84	Dr. Loges + Co. GmbH	74	Netzwerk Gesund ins Leben, BLE						
57b	Dr. VIVIEN KARL GmbH	60b	Nordic Pharma						
33	ETERNO Health GmbH	28b	NORSAN						
60a	EurimPharm	28b	NORSAN						
23/25	Exeltis Germany GmbH	16/18	Novartis						
14	Fleischhacker GmbH & Co. KG · Laboreinrichtungen · Medizintechnik	69	Novo Nordisk Pharma GmbH						
54a	Fotona GmbH	43	NovoMedic GmbH						



Stand 01.03.2026

## Marktplatz – Aus der Industrie – Aussteller auf dem FOKO 2026

### ALPINION Medical Deutschland [37b]

Ultraschall in der Frauenheilkunde? Mit den Farbdopplersystemen von ALPINION liegen Sie goldrichtig. Vom platzsparenden Stuhlsystem bis zum leistungsstarken High-End-Farbdoppler – bei uns finden Sie die komplette Bandbreite moderner Ultraschalltechnik. Unsere innovative X-CUBE Serie überzeugt durch erstklassige Bildqualität und einen effizienten Workflow, der schnelle und zuverlässige Diagnosen ermöglicht. Besonders angenehm für Ihre Patientinnen: Die extra schlanken Endovaginal-Sonden sorgen für maximalen Komfort.

[www.alpinion.de](http://www.alpinion.de)

### amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH [12]

Bereits die Hälfte der niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland sind Partner der amedes-Gruppe. Gehören Sie schon dazu? Wir bieten umfassende gynäkologische Laborleistungen aus einer Hand, einschließlich gynäkologischer Zytologie sowie Dysplasiebesprechstunden. Ihr Partner für Frauengesundheit.

[www.amedes-group.com](http://www.amedes-group.com)

### Aristo Pharma GmbH [32]

Aristo Pharma, 2008 gegründet und mit Hauptsitz in Berlin, steht für die kontinuierliche Entwicklung pharmazeutischer Innovationen mit dem Ziel, Therapieerfolge nachhaltig zu verbessern. In der Frauengesundheit leistet Aristo Pharma einen wichtigen Beitrag mit bewährten Generika, insbesondere in der hormonellen Kontrazeption – für eine wirtschaftliche, leitliniengerechte Versorgung. Das östrogenfreie Kontrazeptivum ist marktführend unter den östrogenfreien Kontrazeptiva in Deutschland.

[www.aristo-pharma.de](http://www.aristo-pharma.de)

### Aspivix SA [75b]

Aspivix ist ein innovatives Schweizer Medtech-Unternehmen mit Fokus auf die Verbesserung der Frauengesundheit. Das Kernprodukt carevix® ist ein neuartiges, vakuumbasiertes Instrument zur atraumatischen Stabilisierung des Gebärmutterhalses. Es wird vor allem bei der Einlage von Intrauterinpressaren (IUDs) eingesetzt und kann im Vergleich zu herkömmlichen Instrumenten Schmerzen, Blutungen, Angst und Stress für Patientinnen deutlich reduzieren und den Eingriff für Ärztinnen und Ärzte erleichtern.

[www.aspivix.com](http://www.aspivix.com)

### assekuranz ag – Internationaler Versicherungsmakler [71]

Als Versicherungspartner des Berufsverbandes der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. bietet die assekuranz ag den Verbandsmitgliedern die Möglichkeit mit einem gemeinsam entwickelten, maßgeschneiderten Berufshaftpflicht-Sonderkonzept, sämtliche berufliche Haftpflichtrisiken abzuschließen – und das schon seit drei Jahrzehnten. Pünktlich zum 30. Jubiläum wurde nun ein Jubiläumstarif kreiert, der die jeweilige persönliche Absicherung optimiert und dabei echte Kostenvorteile bietet – sowohl für bestehende als auch für neue Versicherte.

[www.assekuranz-ag.com](http://www.assekuranz-ag.com)

### Astellas Pharma GmbH [20]

Astellas ist ein forschungsorientiertes pharmazeutisches Unternehmen, das sich mit innovativer Forschung dem Ziel Changing Tomorrow verschrieben hat. Bei der Forschung und Entwicklung neuartiger Arzneimittel fokussiert sich Astellas auf die Therapiegebiete Onkologie, Urologie, Ophthalmologie, Frauengesundheit und Transplantation.

[www.astellas.com/de](http://www.astellas.com/de)

### Bauerfeind AG [65]

Spinova Mum: Entlastung für die schwangere Patientin. Um Rücken- und Beckenschmerzen schonend zu therapieren, gibt es für die Zeit vor und nach der Geburt Spinova Mum. Durch ihr einzigartiges Gurtsystem entlastet sie dreifach: Sie entlordosiert, stabilisiert das Becken und hebt den Bauch sanft an. Die Lumbalorthese von Bauerfeind ist im Hilfsmittelverzeichnis der GKV unter dem 10-Steller 23.14.02.0023 gelistet. Kennen Sie schon Spinova Mum? Besuchen Sie uns am Stand 65 und erfahren Sie mehr.

[www.bauerfeind-life.com/news/spinova-mum-entlastet-dreifach/](http://www.bauerfeind-life.com/news/spinova-mum-entlastet-dreifach/)

### Bayer Vital GmbH [80/81]

Vaginalpilz? Kinderwunsch? Haarausfall? Mit Forschungskompetenz unterstützt Bayer die Gynäkologie mit Produkten und Services bei erfolgreichen leitliniengerechten Therapien: Canesten® gegen Vaginalpilz, besonders effektiv dank Milchsäure-Zusatz in der Vaginaltablette. Elevit®, für eine optimale Nährstoffversorgung von Kinderwunsch bis Stillzeit. Priorin®, versorgt nachweislich hungrige Haarwurzeln bei androgenetischer Alopezie mit wertvollen Nährstoffen. Besuchen Sie uns am Stand 80/81.

[www.gesundheit.bayer.de](http://www.gesundheit.bayer.de)

### Besins Healthcare Germany GmbH [15b/24]

Besins Healthcare Germany ist Teil der weltweit aktiven Besins Healthcare Gruppe. Wir sind einer der weltweit führenden Hersteller moderner Hormonpräparate. Als hochspezialisierte Partner in der Gynäkologie und Andrologie/Urologie bieten wir Ihnen ein besonders breit gefächertes Portfolio an innovativen Präparaten für die Frauen- und Männergesundheit – mit vielfältigen Lösungen für individuelle Therapieansätze. By your side, for life.

[www.besins-healthcare.de](http://www.besins-healthcare.de)

### Biokanol Pharma GmbH [31]

Als mittelständisches Pharmaunternehmen sind wir seit über 25 Jahren in der Frauengesundheit spezialisiert auf: Haut & Schleimhaut sowie körperliche und emotionale Balance\* im Zyklus. Neben ausgewählten Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen legen wir besonderen Wert auf Pflanzenextrakte wie Sanddorn, Passionsblume, Emblica und Schissandra. Unsere Muster und Infomaterialien entlasten Gynäkologen im Praxisalltag. Fordern Sie kostenfrei die PraxisService-Box an: [frauengesundheit@biokanol.de](mailto:frauengesundheit@biokanol.de). (\*Biotin; Selen; Zink, Vit.B1, B2, B6, B12; C; Magnesium; Kupfer)

[www.biokanol-frauengesundheit.de](http://www.biokanol-frauengesundheit.de)

### Bionorica SE [36]

Patienten wünschen sich wirksame und verträgliche Medikamente. Hierzu zählen pflanzliche Arzneimittel. Die Bionorica SE, mit Sitz in Neumarkt in der Oberpfalz, ist ein weltweit führender Hersteller wissenschaftlich erforschter pflanzlicher Arzneimittel. Patienten in über 40 Ländern erhalten die nebenwirkungsarmen Produkte in Apotheken. Die Eigenkapitalquote des Unternehmens beträgt annähernd 85 Prozent. Über 2.000 Mitarbeiter arbeiten jeden Tag für die Fortsetzung dieser Erfolgsgeschichte, die vor über 90 Jahren in Nürnberg begann.

[www.bionorica.de](http://www.bionorica.de)

### Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit [86/87]

Infektionsschutz – Wissen, was schützt. Schutzimpfungen und Hygienemaßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten zählen zu den effektivsten und kostengünstigsten Interventionsmaßnahmen. Hauptaufgaben des Fachbereichs „Infektionsschutz, Risiko- und Krisenmanagement“ des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit sind die wissenschaftsbasierte, neutrale und bürgernahe Kommunikation für die Allgemeinbevölkerung sowie die Durchführung von Studien zu Impfeinstellungen und Hygieneverhalten. Auf unserem Informationsportal [infektionsschutz.de](http://infektionsschutz.de) bieten wir interaktive Impfchecks und kostenlose Informationsmaterialien u. a. zu Impfungen und Hygiene an.

[www.bioeg.de](http://www.bioeg.de)

### BÜTTNER-FRANK GmbH [77]

DAS PESSAR – Der „Sport-BH“ für meinen Beckenboden! Unsere Pessare werden aus 100% verträglichem Silikon in Deutschland gefertigt und sind zugelassene medizinische Hilfsmittel. Unser Sortiment umfasst verschiedene Pessarvarianten in bis zu 10 Größen. Gerne stellen wir Ihnen unser Praxisset und unsere Patientenkommunikation vor! Besuchen Sie uns am Messestand! Ihr Büttner-Frank GmbH Team.

[www.buettner-frank.de](http://www.buettner-frank.de)

### Cenata GmbH – Harmony Test [75a]

Der Harmony®-Test (NIPT) erkennt mit hoher Zuverlässigkeit die häufigsten fetalen Chromosomenstörungen aus dem mütterlichen Blut. Er wird in Deutschland vom Zentrum für Humangenetik Tübingen und der Cenata GmbH angeboten. Der zielgerichtete Ansatz und der Einsatz der SNP-Analyse führen zu einer sehr genauen Bestimmung der Menge an kindlicher DNA. Beides sorgt für eine hohe diagnostische Treffsicherheit, die durch zahlreiche Studien belegt ist.

[www.cenata.de](http://www.cenata.de)

### Doc Cirrus [11]

Seit 2012 gestaltet Doc Cirrus als ISO-zertifiziertes Unternehmen das Gesundheitswesen mithilfe einer neuen Softwaregeneration und einer offenen Plattform vernetzter und einfacher. Die einzigartige Hybrid-Cloud-Architektur der inSuite ermöglicht die Nutzung moderner Cloudtechnologie bei voller Kontrolle über die Patientendaten. Diese verbleiben stets in der Praxis oder an einem sicheren, vom Anwender ausgewählten Ort. Die modulare Struktur der Praxissoftware erlaubt es, tief integrierte Funktionen wie KI-Assistenten flexibel hinzuzufügen. Unsere Spezialisten präsentieren Ihnen die inSuite gerne persönlich an Stand 11.

[www.doc-cirrus.com](http://www.doc-cirrus.com)

### Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Arzneimittel [15a]

„Neue Daten zur Erhaltungstherapie des Lichen sclerosus: 216 Anwenderinnen nutzten Vagisan Schutz-Salbe (Kosmetikum, Dr. Wolff) 3 Monate lang täglich im äußeren Intimbereich. 92% bewerteten die Verträglichkeit als gut oder sehr gut, 75% bestätigten eine Pflege der gereizten Haut. Vagisan Schutz-Salbe bietet damit einen zusätzlichen therapeutischen Mehrwert für Patientinnen mit Lichen sclerosus.“

[www.vagisan.com/de-de/produkte/vagisan-schutz-salbe](http://www.vagisan.com/de-de/produkte/vagisan-schutz-salbe)

### Dr. Goecke – Lichen sclerosus GmbH [57a]

Meine beiden Artikel „Lichen sclerosus ohne Kortison behandeln“ in FRAUENARZT 01/2016 und „Naturheilkundliche Therapie des Lichen sclerosus“ in FRAUENARZT 05/2023 sind auf große positive Resonanz gestoßen. Ich habe mich deshalb entschlossen, meine Intimpflege-Produkte auch anderen Patientinnen zugänglich zu machen. Beide Pflegeöle sind eine Mischung aus hochwertigen BIO-Basisölen und ätherischen Ölen, um die Hautpflege zu unterstützen. Vertrauen Sie auf die Intelligenz der Natur! DR. GOECKE Basisöl verwendet man für die tägliche Hautpflege. DR. GOECKE Intensivöl bei Intimbeschwerden wie Jucken, Brennen und Wundsein.

[www.dr-goecke.shop](http://www.dr-goecke.shop)

### DR. KADE Health Care [19]

DR. KADE ist ein unabhängiges Familienunternehmen mit Sitz in Berlin. Als Spezialistin für Frauengesundheit und Proktologie entwickelt und produziert DR. KADE seit 1886 Arzneimittel und Medizinprodukte. Im Jahr 2026 feiert das Unternehmen sein 140-jähriges Jubiläum, das für umfassende Erfahrung und gewachsenes Vertrauen steht. Über 300 Mitarbeitende setzen sich dafür ein, die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern.

[www.kade.de](http://www.kade.de)

### EurimPharm Arzneimittel GmbH [60a]

Ihr Partner für hormonfreie Verhütung – Seit über 20 Jahren vertreibt EurimPharm die hochwertigen Intrauterinpressare (IUPs) ihrer belgischen Tochterfirma Mona Lisa unter der -Safe® Linie. Seit 2019 gehört auch der Originalhersteller Prosan mit seiner Flexi-T®-Range zur eurimGROUP. Die umfangreiche Produktpalette der Mona Lisa und Prosan IUPs macht es möglich, für jede Frau im reproduktiven Alter das passende Modell zu wählen.

[www.monalisa.eu](http://www.monalisa.eu)

### GE Healthcare GmbH, Düsseldorf [48]

Bei Ultraschalluntersuchungen legen Sie Wert auf eine hohe Befund-Qualität, einen schnellen, intuitiven Arbeitsablauf sowie bestmögliche Wirtschaftlichkeit? Die Voluson Ultraschallsysteme – exklusiv für Gynäkologie, Pränatalmedizin und Mammadiagnostik entwickelt – unterstützen Sie dabei, schnellere und verbesserte Untersuchungsergebnisse zu erzielen. Viele Ihrer Kolleginnen und Kollegen berichten davon, dass sie aufgrund der neuen Systeme mehr Zeit für Ihre Patientinnen haben und gleichzeitig Ihre Erlössituation verbessern können. Wir laden Sie herzlich zum gemeinsamen Austausch über Ihre Fragen rund um das Thema Ultraschall an unserem Stand Nr. 48 ein und kümmern uns als größtes Ultraschallunternehmen in Deutschland gerne persönlich um Ihre Anliegen. Einen ersten Einblick erhalten Sie auf unserer Website unter folgendem Link:

[www.gehealthcare-ultrasound.com/de/voluson-familie/](http://www.gehealthcare-ultrasound.com/de/voluson-familie/)

**GEDEON RICHTER PHARMA GmbH [5/6]**

Neben der breiten Produktpalette zur Behandlung von Frauen in jeder Lebensphase, die kontinuierlich weiterentwickelt wird, ist es Gedeon Richter ein besonderes Anliegen, Gynäkologinnen und Gynäkologen Service und Fortbildung anzubieten. Besuchen Sie uns gern bei unseren Symposien am Freitag oder jederzeit auf unserem Campus Frauengesundheit – unserem stets aktuellen Service, Informations- und Fortbildungsportal:

[www.campus-frauengesundheit.de](http://www.campus-frauengesundheit.de)

**GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG [50]**

GSK ist ein weltweit führendes, forschendes Biopharma-Unternehmer mit dem Anspruch, Wissenschaft, Technologie und Talent zu vereinen, um Krankheiten gemeinsam voraus zu sein. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, bis Ende 2030 die Gesundheit von 2,5 Milliarden Menschen zu verbessern. Unsere ehrgeizigen Ambitionen spiegeln sich in unserer Verpflichtung für Wachstum und der Verbesserung unserer Leistungen wider. Wir bieten ein Arbeitsumfeld, in dem sich unsere Mitarbeiter\*innen entfalten können. Wir behandeln und schützen vor Krankheiten mit Impfstoffen und Medikamenten für die Spezial- und Allgemeinmedizin. Unsere Forschungs- und Entwicklungstätigkeit konzentriert sich auf das Immunsystem, die Humangenetik und Zukunftstechnologien. Dabei fokussieren wir uns auf die 4 Kerngebiete Infektionskrankheiten, HIV, Onkologie und Immunologie inklusive Atemwege. Von der Grundlagenforschung und der klinischen Entwicklung, über die Produktion bis hin zur Vermarktung unserer Produkte ist GSK eng mit dem Wirtschafts- und Wissenschaftsstandort Deutschland verbunden: So verfügt GSK hier über Standorte in München, Heidelberg, Dresden und Marburg. Unsere Erfolge verdanken wir dem beispielhaften Einsatz und Engagement unserer weltweit über 70.000 Mitarbeiter\*innen in mehr als 80 Ländern, darunter über 3.200 Mitarbeiter\*innen in Deutschland. Gesellschaftliche Verantwortung und Nachhaltigkeit sind in unserer Firmenphilosophie verankert – wir fördern deshalb gezielt entsprechende Projekte an unseren Standorten. Der Hauptsitz unserer Unternehmensgruppe befindet sich in London.

[www.de.gsk.com](http://www.de.gsk.com)

**Hormosan Pharma GmbH**

HORMOSAN bietet in der Frauengesundheit individuell auf die Bedürfnisse Ihrer Patientinnen zugeschnittene Lösungen. Besonders im Bereich Kontrazeption ist HORMOSAN breit aufgestellt und erweitert sein Portfolio stetig. Neben ausgezeichneter Produktqualität, guter Verfügbarkeit und günstigen Preisen überzeugt insbesondere der hervorragende Service durch hochwertige Informationen, Broschüren und einzigartige wissenschaftlich fundierte Tools.

[www.hormosan.com](http://www.hormosan.com)

**InMode Germany [44]**

InMode ist ein führender Anbieter innovativer Medizintechnologien und entwickelt RF-basierte Plattformen für nicht- und minimalinvasive Behandlungen. EmpowerRF ist eine speziell für die moderne Frauengesundheit entwickelte Plattform. Sie unterstützt die Intimgesundheit funktional, ästhetisch und evidenzbasiert in allen Lebensphasen. Durch Stärkung u. a. des Beckenbodens, Verbesserung der Gewebequalität und Förderung der Durchblutung trägt EmpowerRF zur langfristigen Erhaltung der Lebensqualität bei.

[www.empowerrf.de](http://www.empowerrf.de)

**Institut für Pathologie und Zytodiagnostik GmbH [26]**

Unser ärztlich geleitetes MVZ für Pathologie, Zytodiagnostik und Molekularpathologie versorgt deutschlandweit gynäkologische Praxen und Dysplasie-Sprechstunden mit dem gesamten Spektrum der gynäkologischen Zytologie, HPV Diagnostik, Molekularpathologie und Gynäkopathologie mit höchster Qualität. Unser Service umfasst u. a. einen Hol- und Bringedienst und einen Support zu allen Fragen der oKFE mit Abrechnungsempfehlungen und MFA Workshops in Ihrer Praxis.

[Zytologie@pathologie-main-taunus.de](mailto:Zytologie@pathologie-main-taunus.de)

**ITF Pharma GmbH [10]**

ITF Pharma GmbH ist die deutsche Tochter der Italienischen Italfarmaco AG und bietet Spezialarzneimittel v. a. im Bereich der Gynäkologie und Neurologie/seltene Krankheiten an. ITF Pharma ist Marktführer für verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft. Die Italfarmaco-Gruppe ist seit über 90 Jahren in Europa aktiv mit eigenen Produktionsstandorten in Italien und Spanien. Wir setzen uns ein für die Entwicklung innovativer Therapien für komplexe und insbesondere seltene Krankheiten ein.

[www.itf-pharma.de](http://www.itf-pharma.de)

**Jenapharm-Team der Bayer Vital GmbH [7/8]**

Als Marktführer in der Frauengesundheit mit Präparaten für orale Kontrazeption, Langzeitkontrazeption und Wechseljahre stellen wir Lösungen bereit für Frauen in unterschiedlichen Lebensphasen und deren individuelle Bedürfnisse. Auf dem Portal Gynfakultät bieten wir niedergelassenen Gynäkologinnen umfangreichen Praxisservice inkl. Abrechnungstipps und Bestellschop sowie zertifizierte Fortbildungen und Live-Webinare.

[www.gynfakultaet.de](http://www.gynfakultaet.de)

**Kaymogyn GmbH [34]**

Deumavan® Schutzsalbe wurde vom Gynäkologen und Mikrobiologen Prof. Dr. Eiko E. Petersen auf Basis seiner langjährigen klinischen Erfahrung entwickelt. Die Leidenschaft für medizinischen Hautschutz mit höchster Wirksamkeit und bestmöglicher Verträglichkeit war und ist der Schlüssel für den Erfolg von Deumavan®. Als unabhängiges Familienunternehmen steht die Kaymogyn GmbH seit über 20 Jahren an der Seite von Gynäkologen, Urologen, Dermatologen, Hebammen und Pflegeexperten.

[www.deumavan.de](http://www.deumavan.de)

**KESSEL medintim GmbH [17]**

Wir forschen und entwickeln Lösungen zur hormonfreien Kontrazeption und in der Sexualmedizin. Unser Produkte für Frauen umfassen Verhütung, Kinderwunsch, Scheidentrockenheit, Vaginal Dehner, Menstruation und Hygiene. Unsere Neuheiten: Bumpi Ring – Sex ohne Schmerzen bei Endometriose oder in der Schwangerschaft, Vagiwell Dehnungsstifte bei Dyspareunie – Neu: Größe „6“, Caya Diaphragma + Gel – sichere nicht hormonelle Kontrazeption, Online: Kostenlose Kurse zum Diaphragma mit Tipps für die Praxis, Vulva Modell – Neu: in verschiedenen Hauttypen, Anatomisches Modell Beckenquerschnitt – kostenlos. Kommen Sie vorbei, wir freuen uns auf Ihren Besuch!

[www.medintim.de](http://www.medintim.de)

**Laborarztpraxis Rhein-Main [38]**

Die Laborarztpraxis Rhein-Main steht mit ihrer über 70-jährigen Tradition für medizinisch-diagnostische Kompetenz und analytische Qualität. Durch den Einsatz modernster Laboranalyseysteme ist eine „State of the art“-Diagnostik jederzeit unsere Vorgabe und unser Ziel. Besonders die enge Kooperation mit Ihnen, den Kolleginnen und Kollegen im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft und der Kliniken, ist ein Garant für eine effiziente Diagnostik und eine daraus folgende zielgerichtete, Erfolg versprechende Therapie. Wir sind Ihre verlässlichen Partner in allen Fragen der Laboratoriumsmedizin und bieten Ihnen das komplett verfügbare Spektrum der modernen Labordiagnostik an.

[www.laborarztpraxis.de](http://www.laborarztpraxis.de)

**LADR Der Laborverbund Dr. Kramer & Kollegen [29a]**

Fortbildungen für Ärzte und Fachpersonal: Der LADR Laborverbund Dr. Kramer & Kollegen steht mit seinem über Jahrzehnte gewachsenen Netzwerk aus Fachlaboratorien, Krankenhauslaboren und assoziierten Laborgemeinschaften für regionale labormedizinische Analytik und persönliche Beratung. Die LADR Akademie organisiert seit über 25 Jahren Fortbildungen für Ärzte, medizinisches Fachpersonal und Praxisteams – auch online und somit jederzeit verfügbar.

[www.LADR.de](http://www.LADR.de)

**Lilly Deutschland GmbH [4]**

Lilly verbindet Fürsorge mit Forschergeist, um Medikamente zu entwickeln, die das Leben von Menschen verbessern. Seit fast 150 Jahren leisten wir Pionierarbeit und erzielen wissenschaftliche Durchbrüche in Bereichen wie Diabetes, Adipositas, Alzheimer-Demenz, Autoimmunerkrankungen und Krebs. Heute helfen unsere Medikamente mehr als 49 Millionen Menschen auf der ganzen Welt. Wenn Sie mehr über Lilly erfahren wollen, besuchen Sie uns auf LinkedIn oder:

[www.lilly.com/de](http://www.lilly.com/de)

**MEDICE – The Health Family [83/85]**

Seit über 75 Jahren steht MEDICE als familiengeführtes Unternehmen für das Ziel, die Gesundheit der Menschen zu verbessern – unter Einbezug physischer, psychischer, sozialer und ökologischer Aspekte. Mit starken OTC Marken in Erkältung, Haut, Darm- und Frauengesundheit, europäischer ADHS Marktführerschaft und innovativen Renal Care-Angeboten ist MEDICE national wie international erfolgreich. Ergänzend dazu entwickelt MEDICE multimodale Gesundheitslösungen, die Arzneimittel, digitale Behandlungen und Ernährungskonzepte verbinden.

[www.medic-health-family.com/](http://www.medic-health-family.com/)

**mementor by Resmed [61]**

mementor by Resmed entwickelt mit interdisziplinärer Expertise in Psychologie, Medizin, Softwareentwicklung, Data Science und Qualitätsmanagement digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für einen schnellen Zugang zu wirksamen Behandlungsmethoden in der Schlafmedizin. Unsere Schlaf-App somnio ist die meistverordnete und meistgenutzte DiGA bei Schlafstörungen und unterstützt auch Frauen in den Wechseljahren, wieder dauerhaft gut zu schlafen – ohne Medikamente.

[www.somnio.de](http://www.somnio.de)

**MSD Sharp & Dohme GmbH [37a]**

Bei MSD, in den USA und Kanada bekannt als Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA, eint uns ein Ziel: Wir nutzen führende wissenschaftliche Erkenntnisse, um auf der ganzen Welt Leben zu retten und mehr Lebensqualität zu ermöglichen. Bereits seit über 130 Jahren stehen wir durch die Entwicklung wichtiger neuer Medikamente und Impfstoffe für Fortschritt. Unser Anspruch ist es, als forschendes biopharmazeutisches Unternehmen global führend zu sein – und wir entwickeln innovative Gesundheitslösungen und Wirkstoffe, die die Prävention und Behandlung von Krankheiten bei Menschen und Tieren weiter verbessern. Wir fördern Vielfalt und Inklusion in unseren Teams weltweit und handeln jeden Tag verantwortungsbewusst, um allen Menschen eine sichere, nachhaltige und gesunde Zukunft zu ermöglichen. Für weitere Informationen besuchen Sie [www.msd.de](http://www.msd.de) und folgen Sie uns auf LinkedIn, Instagram und YouTube.

[www.msd.de](http://www.msd.de)

**MVZ Labor für Cytopathologie Dr. Steinberg GmbH [35]**

Seit Anfang der 90er arbeiten wir als MVZ Dr. Steinberg täglich und zuverlässig im Dienste der Vorsorge. Wir befinden uns auf dem Gelände eines ehemaligen Dominikanerinnen-Kloster in Soest-Paradiese. Neben unserer Hauptaufgabe, der Beurteilung von Pap-Abstrichen, werden bei uns auch histologische Proben aufbereitet und befundet sowie molekularbiologische Nachweisverfahren verwendet. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit nach Eingang im Labor beträgt 72 h. In dringenden Fällen kann ein Befund auch innerhalb von 24 h gestellt werden. Zusätzlich vorhanden ist eine zertifizierte Dysplasiesprechstunde mit der Durchführung von ambulanten Operationen.

[www.mvz-steinberg.de](http://www.mvz-steinberg.de)

**Nordic Pharma GmbH [60b]**

Nordic Pharma ist eine GmbH und das deutsche Tochterunternehmen der Nordic Group B.V. Eröffnet wurde die deutsche Niederlassung Anfang 2009 mit Fokus auf Marketing und Vertrieb. Der Stammsitz der Nordic Pharma GmbH ist in Ismaning bei München. Ein kleines, aber erfahrenes und dynamisches Team bildet die Struktur des Unternehmens und agiert in Deutschland und Österreich. Unsere Vision: Seit unserer Gründung im Jahr 2009 ist es unsere Vision, anerkannte Produkte aus den Bereichen Gynäkologie, Onkologie, Rheumatologie und Spezialtherapeutika zu vertreiben und zu vermarkten sowie Dienstleistungen gemäß den Erwartungen der Ärzte und Patienten anzubieten.

[www.nordicpharma.de](http://www.nordicpharma.de)

**NORSAN GmbH [28b]**

„Wir von NORSAN sind ein norwegisches Unternehmen, welches auf hochwertige Omega-3 Produkte spezialisiert ist. NORSAN ist die Nr. 1 Marke für Omega-3 Produkte in den Apotheken, wofür wir sehr dankbar sind. Unsere Unternehmensziele sind: 1. Über Omega-3-Fettsäuren und deren Wirkungsweise zu informieren und 2. Die Omega-3 Versorgung durch das Anbieten hochwertiger Omega-3 Produkte zu verbessern.“

[www.norsan.de](http://www.norsan.de)

**Novo Nordisk Pharma GmbH [69]**

Novo Nordisk ist ein weltweit führendes Unternehmen im Gesundheitswesen, das 1923 gegründet wurde und seinen Hauptsitz in der Nähe von Kopenhagen, Dänemark, hat. Unser Ziel ist es, Veränderungen voranzutreiben, um schwere chronische Krankheiten zu besiegen. Dabei bauen wir auf unserer Tradition im Bereich Diabetes auf. Dafür arbeiten wir an bahnbrechenden wissenschaftlichen Innovationen bis hin zur Heilung von Krankheiten. Wir fördern den Zugang zu unseren Produkten für Patienten weltweit und engagieren uns aktiv für Prävention. Novo Nordisk beschäftigt rund 64.000 Mitarbeitende in 80 Ländern und vermarktet seine Produkte in rund 170 Ländern. Am deutschen Hauptsitz in Mainz sind rund 500 Mitarbeitende tätig.

[www.novonordisk.de](http://www.novonordisk.de)

**NovoMedic GmbH [43]**

Jede Frau hat ihre eigene Geschichte – wir helfen Ihnen dabei, sie medizinisch besser zu verstehen. Nährstoffbedarf, Medikamentenverträglichkeit, Vorsorge-Prioritäten und natürlich die Familienplanung werden maßgeblich von unserer Genetik beeinflusst. Deswegen unterstützen wir Ärztinnen und Ärzte mit DNA-Analysen und personalisierten Mikronährstoffen, um Prävention und Therapie in allen Lebensphasen der Frau zielsicherer zu gestalten.

[www.novomedic.com](http://www.novomedic.com)

**onkodata, Krebsregistermeldung | Tumordokumentation [73]**

„onkodata“ entlastet die niedergelassenen Praxen und Kliniken bei Krebsregistermeldungen und Tumordokumentation – vollständig, fristgerecht und nach einheitlichem onkologischen Basisdatensatz. So gewinnen Sie Zeit für Ihre Patienten, vermeiden Sanktionen und sichern hochwertige Versorgungsdaten für Praxis, Klinik und Forschung.

[www.onkodata.org](http://www.onkodata.org)

**Pfizer Pharma GmbH [49]**

Als forschendes Pharmaunternehmen treiben wir den medizinischen Fortschritt voran. Wir erforschen und entwickeln neue Therapien und Impfstoffe, um Menschen vor Erkrankungen zu schützen, sie zu heilen oder ihr Leben zu verlängern und erheblich zu verbessern. Gemeinsam mit Fachkreisen, Gesundheitseinrichtungen, Regierungsorganisationen und lokalen Gemeinschaften fördern wir eine verlässliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung. Seit mehr als 175 Jahren arbeiten wir daran, etwas zu bewegen:

[www.pfizer.de](http://www.pfizer.de)

**Pierre Fabre Pharma GmbH [46/47]**

New ways to care – Pierre Fabre beschäftigt sich seit den 1960er Jahren mit der Gesundheit der Frau. Heute sind wir in mehr als 70 Ländern und verschiedensten Behandlungsfeldern vertreten, bei denen die Frauengesundheit im Mittelpunkt steht.

[www.pierre-fabre.com](http://www.pierre-fabre.com)

**PVS HAG GmbH [63]**

Von Ärzten für Ärzte ist der Grundsatz, nach dem wir seit über 100 Jahren passgenaue Lösungen rund um die privatärztliche Abrechnung entwickeln, um Ärzte, Praxisteams und Krankenhäuser zu entlasten. Profitieren auch Sie von unserem fundierten Fachwissen rund um GOÄ & Co. Unser Team aus Spezialisten verfügt über langjährige Erfahrung im Bereich der Privatliquidation und bietet Ihnen eine individuelle Betreuung, Beratung sowie Coachings.

[www.pvs-hag.de](http://www.pvs-hag.de)

**Receptura Apotheke, Frankfurt am Main [54b]**

Ihr pharmazeutischer Partner für individualisierte Hormon- und Präventionsmedizin. Die Receptura Apotheke ist seit über 30 Jahren auf die Entwicklung und Herstellung individueller Arzneirezepturen mit bioidentischen Hormonen in der Hormonersatztherapie (HRT) spezialisiert. Wir unterstützen Ärztinnen und Ärzte mit maßgeschneiderten, patientenspezifischen Lösungen auf höchstem pharmazeutischem Niveau. Es stehen verschiedenen galenischen Formen zur Verfügung (Kapseln, Gele, Cremes u.v.m.), ihr Anwendungsbereich ist in der Gynäkologie, Andrologie, Dermatologie sowie Präventions- und Longevity-Medizin. Receptura arbeitet unter streng kontrollierten Laborbedingungen, nach höchstem pharmazeutischer Qualitätsstandard. Die Receptura Apotheke steht für Individualität, Qualität und Innovation in der personalisierten Medizin.

<https://www.receptura.de/>

**Salus Pharma GmbH [52a]**

Seit über 100 Jahren entwickelt das Familienunternehmen Salus Produkte „made in Germany“, die phytotherapeutisches Wissen mit moderner Forschung verbinden. Floradix mit Eisen ist DAS flüssiges Arzneimittel für die wirksame und gut verträgliche Niedrig-Eisen-Therapie. Als EMAS- und We-Impact-zertifiziertes Unternehmen steht Salus für höchste Qualitäts- und Nachhaltigkeitsstandards. Wir setzen bevorzugt auf Bio-Rohstoffe und haben an unserem Standort in Bayern ein umfassendes Umweltmanagement etabliert.

[www.floradix.de](http://www.floradix.de)

**Samsung Healthcare Germany [70]**

Entdecken Sie unsere Ultraschallsysteme der nächsten Generation: brillante Bildqualität, effizienter Workflow und hohe Effizienz für Ihre Praxis. Mit unseren AI gestützten Expertentools können Sie auch die anspruchsvollen Herausforderungen in der Gynäkologie, Geburtshilfe, Pränatalmedizin und Senologie meistern. Vertrauen Sie auf exzellente Technologie für Ihre Diagnostik von Samsung. Alnfach effizient – für Ihre medizinische Zukunft!

[www.samsunghealthcare.com/de](http://www.samsunghealthcare.com/de)

**SCHMITZ medical GmbH [21]**

SCHMITZ Untersuchungs-, Behandlungs- und Eingriffsstühle sind mit fortschrittlicher Technologie und praktischen Funktionen die Marktführer in der Gynäkologie. Hochwertige Materialien in ansprechendem Design und harmonischem Farbkonzept, ein Full-HD-Video Kolposkop mit schwenkbarem Monitor, der die Patientin auf Wunsch in die Untersuchung einbezieht: So schaffen wir eine sichere, vertrauensvolle und angstreduzierende Untersuchungsumgebung, in der sich Ihre Patientinnen rundum aufgehoben fühlen. Perfekt ergänzt durch ein modulares Ver- und Entsorgungskonzept, angepasst an Ihre täglichen Arbeitsabläufe, sind sie Teil eines besonders funktionalen Einrichtungskonzepts. SCHMITZ – Ihr Partner in der Gynäkologie.

[www.schmitz-medical.com/de/](http://www.schmitz-medical.com/de/)

**Sidekick Health Germany GmbH [58]**

Die Digitalen Gesundheitsanwendungen von Sidekick Health Germany sind leitliniengerechte Therapieoptionen und stehen Patient:innen kostenfrei auf Rezept zur Verfügung. zanadio bietet eine multimodale Therapie bei Adipositas im BMI-Bereich von 30–40 kg/m<sup>2</sup> und unterstützt eine nachhaltige Gewichtsabnahme durch gezielte Lebensstilintervention. PINK! Coach unterstützt Brustkrebs-Patientinnen dabei, in Therapie und Nachsorge selbstwirksam aktiv zu werden – mit Fokus auf Bewegung, Ernährung und mentale Gesundheit.

[www.zanadio.de](http://www.zanadio.de)

**Theramex Germany GmbH [9]**

Theramex ist ein führendes, weltweit tätiges Pharmaunternehmen, das sich für Frauen und ihre Gesundheit einsetzt. Mit einem breiten Portfolio innovativer und etablierter Marken in den Bereichen Kontrazeption, Fertilität, Menopause, Osteoporose und Gebärmuttergesundheit unterstützt Theramex Frauen in jeder Lebensphase. Unsere Vision ist es, ein lebenslanger Partner für Frauen und die Fachleute des Gesundheitswesens zu sein, die Frauen in jeder Lebensphase betreuen und unterstützen.

[www.theramex.de](http://www.theramex.de)

**tigogreen GmbH [30]**

tigogreen steht für ganzheitliches Wohlbefinden, natürliche Schönheit und die Kraft des Grünen Tees. Gegründet von Tanja Hohenester verbindet die Marke seit über zehn Jahren

Natur, Wissenschaft und Achtsamkeit. Hochwertige Rohstoffe, klinisch erprobte Nahrungsergänzungsmittel wie der tigovit Grüntee-Komplex sowie nachhaltige Verpackungen unterstreichen den evidenzbasierten Anspruch. tigogreen versteht sich als Bewegung für Leben im Einklang mit der Natur.

[www.tigogreen.de](http://www.tigogreen.de)

**tomedo® und tomedo.air Praxissoftware [27]**

tomedo® und tomedo.air bieten innovative Praxissoftware, die den Praxisalltag spürbar erleichtert. tomedo® wurde exklusiv für Apple-Hardware entwickelt und bietet einen enormen Funktionsumfang für Praxisverwaltung, Dokumentation und Abrechnung. tomedo.air ist die betriebssystemunabhängige Alternative, die übersichtliche Funktionen mitbringt und in der Private Cloud betrieben wird. Entlasten Sie sich und Ihr Team – sicher, stabil und immer up to date.

[www.tomedo.de](http://www.tomedo.de)

**TV-Wartezimmer [3]**

TV-Wartezimmer macht Wartezeiten wertvoll. TV-Wartezimmer unterstützt Praxisinhaber dabei, Wartezeiten effektiv zu nutzen. Kurze, medizinisch geprüfte Videos vermitteln Patienten Wissen und unterstützen sowohl Aufklärung als auch die Akzeptanz von Leistungen. Ergänzende Programminhalte zu praxisindividuellen Themen entlasten das Praxisteam. Die Lösung lässt sich problemlos in den Praxisalltag integrieren und flexibel erweitern.

[www.tv-wartezimmer.de](http://www.tv-wartezimmer.de)

**VIOMED Vertriebs GmbH [64]**

Seit 30 Jahren versorgen wir Patientinnen v. a. mit Pessaren, Stützampoons und Beckenbodentrainern. Wir sind Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenkassen. Exklusiv bieten wir Ihnen die Pessar-Innovation restifem an. Es entlastet post partum Beckenbodenbindegewebe und -muskulatur und unterstützt so eine optimale Rückbildung. restifem – präventiv und therapeutisch bei Senkungsbeschwerden und Belastungsharninkontinenz. 2 Größen, einfache Handhabung.

[www.restifem.com](http://www.restifem.com)

**Vita34 AG [53]**

Vita34, die deutsche Marke der FamiCord AG, ist Europas führende Stammzellbank. Wir bieten die Einlagerung von Nabelschnurblut, Nabelschnurgewebe und neu auch Plazentagewebe direkt nach der Geburt an – für die langfristige Vorsorge des Kindes. Mit modernster Technologie und über 25 Jahren Erfahrung sichern wir wertvolle Stammzellen für aktuelle Therapien und zukünftige Anwendungen in der regenerativen Medizin.

[www.vita34.de](http://www.vita34.de)

**XbyX – Women in Balance [41]**

XbyX ist die erste Adresse für Frauen ab der Perimenopause. Unsere ganze Aufmerksamkeit gilt der hormonellen Balance, einer gut begleiteten Menopause und lebenslanger Gesundheit. Wir unterstützen, wo Ihnen die Zeit fehlt, mit unseren ganzheitlichen Lösungen für gesunde Routinen: Drei Säulen für Vitalität, Lebensfreude und Wohlbefinden bis ins hohe Alter: wirksame pflanzliche Nährstoffpräparate, fundiertes Wissen & Aufklärung und strukturierte Video-Kurse & Bücher.

[www.xbyx.de](http://www.xbyx.de)

➔ weitere Aussteller finden Sie unter

[www.bvf.de/foko/aussteller-sponsoren/](http://www.bvf.de/foko/aussteller-sponsoren/)

■ Begrüßung, Eröffnung und Ehrung

■ Hauptthema: Kinder- und Jugendgynäkologie – Reise vom Mädchen zur Frau

■ Hauptthema: Medizinethik

■ Hauptthema: Geburtshilfe

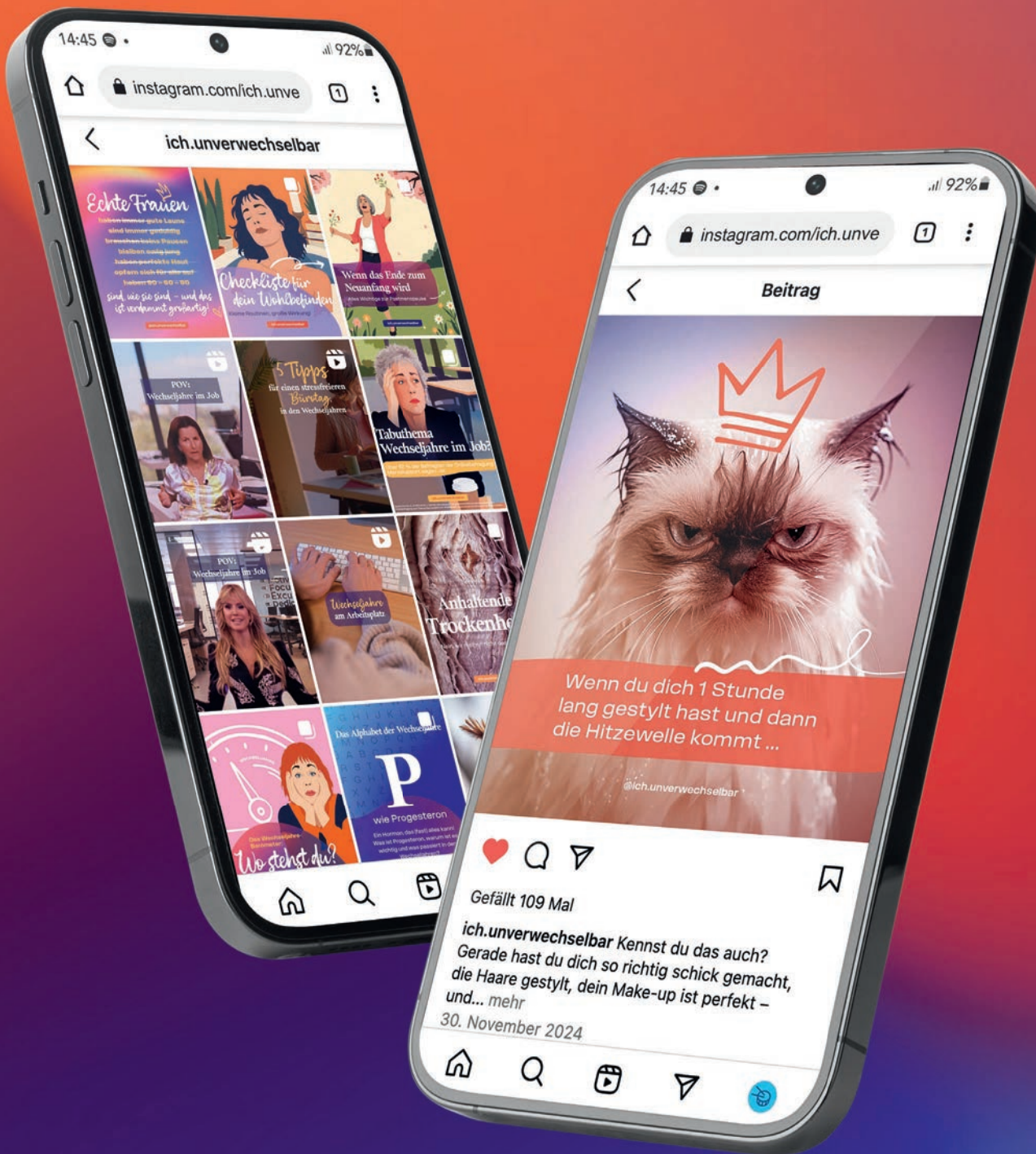
■ Hauptthema: Onkologie

Lesen Sie in der nächsten Ausgabe ...

# Wechseljahre

offen ansprechen –

auf **ich.unverwechselbar**



**ich.unverwechselbar** ist die Plattform für Frauen in den Wechseljahren – informativ, bestärkend und ehrlich.

Nutzen Sie den Kanal als Empfehlung für Ihre Patientinnen – damit sie verlässliche Informationen und Begleitung in dieser besonderen Lebensphase erhalten.



Follow us



**Jenapharm**



Eine Marke von Bayer.