2 23.+24.10.2026

gyn kongress

21.–24. Oktober 2026
ICM – International Congress Center Messe München

Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2026



Der 66. DGGG-Kongress startet mit Rekordbeteiligung

Den feierlichen Auftakt des 66. DGGG-Kongresses in München bildeten die Rede des Präsidenten, ein Einblick in die Arbeit der Kongresspräsidentschaft und die Ehrung verdienter Persönlichkeiten.

Die Zukunft der Frauenmedizin

Nach langer Vorfreude begrüßte Prof. Dr. Gert Naumann die Gäste zum 66. Kongress in München (Abb. 1). Er sprach über grundlegende Dinge, die ihm als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) besonders wichtig sind. Die Fachgesellschaft müsse wissenschaftliche Erkenntnisse voranbringen und die Interessen des Fachs gegenüber der Politik vertreten. Für Nachwuchs und Weiterbildung forderte er Strukturen, die Klinik, Familie und Forschung vereinbar machen.



Abb. 1: Prof. Dr. Gert Naumann, Präsident der DGGG, bei seiner Rede zur Eröffnung.

Außerdem sprach er über Gewalt gegen Frauen, ein Thema, das die Gesellschaft zutiefst beschäftigen müsse. Ärztinnen und Ärzte sollten dabei für das Erkennen von Gewalt sensibilisiert werden. Abschließend dankte er dem Kongresskomitee und wünschte einen anregenden Kongress – kontrovers – aber in respektvollem Miteinander.

Der DGGG-Kongress entsteht gemeinsam

Anschließend gaben Prof. Dr. Matthias W. Beckmann, Prof. Dr. Brigitte Strizek und Prof. Dr. Frauke von Versen einen Einblick in ihre Arbeit am Kongress (Abb. 2).



Abb. 2: Prof. Dr. Frauke von Versen, Prof. Dr. Brigitte Strizek und Prof. Dr. Matthias W. Beckmann (v. l. n. r.) gaben als Kongresspräsidium Einblicke in ihre Arbeit.

Beckmann machte deutlich, wie viel Arbeit in dem Programm steckt. Grundlage waren die Vorschläge der Arbeitsgemeinschaften, aus denen das Programmkomitee das Programm zusammenstellte. Strizek stellte besondere Formate vor: die Basics-Reihe, die Advanced-Reihe und die Pro-und-Contra-Reihe. Von Versen verwies auf die Nachwuchszentren für reproduktive Gesundheit und forderte eine nachhaltige Finanzierung sowie eine stärkere Verankerung der Frauengesundheit an den Universitäten.

Ehrenmitgliedschaften für Verdienste um das Fach

Mit der Ehrenmitgliedschaft würdigte die DGGG Persönlichkeiten, die sich um das Fach besonders verdient gemacht haben (Abb. 3). Prof. Dr. Werner Mendling prägte mit seiner Arbeit in der gynäkologischen Infektiologie das Verständnis und die Therapie vaginaler Infektionen nachhaltig. Prof. Dr. Anton J. Scharl engagierte sich unter anderem in der Qualitätssicherung und in der Leitlinienarbeit. Prof. Dr. Matthias David erwarb sich Verdienste auf akademischem Gebiet und in der historischen Kommission. Prof. Dr. Frank Louwen gründete die Stiftung Frauengesundheit und ist seit 2025 Präsident der FIGO. Mehr zu den Ehrenmitgliedschaften lesen Sie in der dritten Ausgabe der *gynkongress*.

Ein besonders bewegender Moment war die Ernennung von Generalsekretärin Ilse Fragale zum Ehrenmitglied. Prof. Dr. Gert Naumann würdigte in seiner Laudatio vor allem ihre Arbeit in der Geschäftsstelle: Mit dem Aufbau einer modernen Repräsentanz entstanden Strukturen, die bis heute tragen. Besonders eindrücklich ist ihre Loyalität gegenüber zwölf Präsidentinnen und Präsidenten, die stets für Kontinuität sorgte. In ihrer Dankesrede blickte sie auf die Anfänge vor 26 Jahren zurück, als sie ihre Aufgabe mit großem Respekt übernahm (Abb. 4). Ihr Ziel sei es gewesen, die Fachgesellschaft voranzubringen und zu entzünden. Für die Zukunft wünschte sie sich einen respektvollen Umgang miteinander, auch in den sozialen Medien.



Abb. 3: Die diesjährigen Ehrenmitglieder der DGGG (v. l. n. r.): Prof. Dr. Werner Mendling, Prof. Dr. Matthias David, Ilse Fragale, Prof. Dr. Frank Louwen und Prof. Dr. Anton J. Scharl.



Abb. 4: Ilse Fragale, Generalsekretärin der DGGG, bei ihrer Dankesrede.

Die korrespondierende Mitgliedschaft würdigt Persönlichkeiten, die sich um die internationalen Beziehungen der DGGG verdient gemacht haben. In diesem Jahr wurde Prof. Dr. Bettina Toth, Direktorin der Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in Innsbruck, ausgezeichnet (Abb. 5). Laudatorin Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt würdigte sie als Brückenbauerin zwischen Deutschland und Österreich. Als Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hatte Toth die die Zusammenarbeit beider Fachgesellschaften vorangetrieben.



Abb. 5: Prof. Dr. Bettina Toth (r.) und Laudatorin Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt (l.) bei der Verleihung der korrespondierenden Mitgliedschaft.

Höchste Auszeichnung der Frauenheilkunde

Die Carl-Kaufmann-Medaille ist seit 1985 die höchste Auszeichnung der DGGG für herausragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. In diesem Jahr ging sie an Prof. Dr. Marion Kiechle. Laudator Prof. Thorsten Fischer, ehemaliger Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (OEGGG), zeichnete ihren Weg bis zum Lehrstuhl für Frauenheilkunde an der TU München nach. Besonders hervorgehoben wurde ihr Blick über die Klinik hinaus, etwa in der Bioethikkommission der Bayerischen Staatsregierung und in der Zentralen Ethik-Kommission für Stammzellforschung. 2018 hatte sie das Amt der bayerischen Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst inne. In ihrer Dankesrede versprach Kiechle, sich weiterhin medizinisch, politisch und gesellschaftlich für die Frauengesundheit einzusetzen.



Abb. 6: Prof. Dr. Marion Kiechle erhielt die Carl-Kaufmann-Medaille. Mit ihr im Bild: Laudator Prof. Dr. Thorsten Fischer (l.) und Prof. Dr. Gert Naumann (r.).

Festvortrag: Hilfe für Frauen und Kinder in Not

Im Anschluss an die Ehrungen hielt Jutta Speidel den Festvortrag (Abb. 7). Sie gründete den Verein HORIZONT e.V., der sich in München um obdachlose Frauen und Kinder kümmert. Das neue dritte Haus des Vereins, ein Traumatherapie- und Gesundheitszentrum, soll körperorientierte Traumatherapie, Kunsttherapie und traumasensibles Yoga anbieten. Speidel warb dafür, dass Ärztinnen und Ärzte für Gespräche mit diesen Frauen zur Verfügung stehen, und lud zu Workshops und zum Kontakt über die Website ein.



Abb. 7: Jutta Speidel, Gründerin des Vereins HORIZONT e.V., bei ihrem Festvortrag.

Deeskalation in der operativen Therapie gynäkologischer Malignome

Sven Mahner

Wissenschaftliche Sitzung Spitzenreferate – Beckenboden, Onkologie & Senologie im klinischen Update
Donnerstag, 22. Oktober 2026, 08:00, Saal 1

Die operative Therapie gynäkologischer Malignome hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert. Während operative Qualität lange vor allem über Radikalität, Resektionsausmaß und Zahl entfernter Lymphknoten definiert wurde, steht heute zunehmend die Frage im Mittelpunkt, welche operativen Schritte tatsächlich einen therapeutischen Nutzen besitzen. Deeskalation bedeutet dabei nicht „weniger Chirurgie" als Selbstzweck, sondern den gezielten Verzicht auf Maßnahmen, deren onkologischer Nutzen nicht belegt ist oder deren Morbidität den erwartbaren Nutzen übersteigt. Die Entwicklung ist deshalb eng mit einer besseren Patientinnenselektion, präziserer Bildgebung, Sentinel-Techniken, molekularer Risikostratifizierung und vor allem mit prospektiv-randomisierten chirurgischen Studien verbunden.

Inhalt

Eröffnungsveranstaltung..... 1

Deeskalation in der operativen Therapie gynäkologischer Malignome..... 2
Sven Mahner

Microplastics and Human Fertility: Are We Asking the Right Questions?..... 4
Emilio Gomez Sanchez

Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen 4
Sandra Eifert

Firmensymposien..... 6

Wie ist die Perspektive der Chefärztin/des Chefarztes in der Frauenheilkunde nach Umsetzung der Krankenhausplanung im Bund?..... 6
Markus Fleisch, Gert Naumann

Moderne Kontrazeption in der Adoleszenz..... 8
Maren Goeckenjan

Eröffnung einer Geburtsstation und Unterstützung eines großen Frauenhauses in Burkina Faso..... 10
Werner Harlfinger

Impressum..... 10

Ausstellende und Sponsoren..... 11

Ovarialkarzinom – maximale Tumorreduktion, aber keine unnötige Radikalität

Beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom ist der scheinbare Widerspruch zwischen Deeskalation und maximaler chirurgischer Anstrengung besonders ausgeprägt. Die makroskopisch vollständige Tumorresektion bleibt einer der stärksten prognostischen Faktoren. Deeskalation darf deshalb gerade hier nicht mit einer generellen Reduktion des Operationsausmaßes gleichgesetzt werden. Entscheidend ist vielmehr die Unterscheidung zwischen der Resektion makroskopischer Erkrankung mit prognostischer Relevanz und zusätzlichen chirurgischen Maßnahmen ohne nachgewiesenen therapeutischen Effekt.

Ein gutes Beispiel ist die systematische pelvine und paraaortale Lymphonodektomie. Noch vor wenigen Jahren war sie bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom integraler Bestandteil einer kompletten Operation. Die aus Deutschland heraus konzipierte und geleitete AGO LION-Studie konnte zeigen, dass trotz einer hohen Rate okkulter nodaler Metastasen von über 50 % die systematische Lymphonodektomie weder zu einer Verbesserung des progressionsfreien noch des Gesamtüberlebens führte. Demgegenüber stiegen Operationsdauer, Blutverlust und postoperative Morbidität; die 60-Tage-Mortalität betrug 3,1 % versus 0,9 % [1]. Die Konsequenz ist eindeutig: Bei makroskopisch vollständig reseziertem fortgeschrittenem Ovarialkarzinom sollen klinisch unauffällige Lymphknoten nicht systematisch entfernt werden. Suspekte oder vergrößerte Lymphknoten bleiben dagegen Teil der zytoreduktiven Chirurgie. LION ist damit ein Musterbeispiel moderner Deeskalation.

Eine zweite Entwicklung betrifft den Zeitpunkt der Operation. Mit EORTC 55971 und CHORUS wurde die neoadjuvante Chemotherapie mit anschließender Intervalloperation als Alternative zur Primäroperation ins Feld geführt [2, 3]. Beide Studien zeigten bei den untersuchten Kollektiven keine relevante Verschlechterung des Gesamtüberlebens durch die neoadjuvante Strategie. Zwei kleinere Studien, SCORPION und JCOG0602 lieferten ähnliche Ergebnisse [4, 5]. Die Studien werden unter anderem wegen niedriger Komplettresektionsraten und heterogener chirurgischer Qualität von vielen kritisch gesehen. Die 2025 präsentierten Ergebnisse der TRUST-Studie adressierten genau dieses Problem durch verpflichtende chirurgische Qualitätskriterien in ausgewählten Zentren. Bei Patientinnen mit resektabel erscheinendem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom zeigte sich für die Primäroperation gegenüber neoadjuvanter Chemotherapie und Intervalloperation ein längeres progressionsfreies Überleben (22,1 versus 19,7 Monate; HR 0,80), während der Unterschied im Gesamtüberleben den primären Endpunkt nicht erreichte (54,3 versus 48,3 Monate; HR 0,89) [6]. Besonders ausgeprägt war der Vorteil zugunsten der Primäroperation bei Patientinnen mit Stadium FIGO-III und denjenigen Patientinnen unabhängig vom FIGO Stadium, bei denen eine makroskopische Komplettresektion erreicht werden konnte. Hier wird deutlich, dass operative Deeskalation beim Ovarialkarzinom eine präzise Selektion voraussetzt: Primäroperation bei hoher Wahrscheinlichkeit einer Komplettresektion in qualitätsgesicherten Zentren, neoadjuvante Therapie bei geringer Resektabilität oder hohem perioperativem Risiko.

Auch im Rezidiv hat sich die operative Strategie zu einer streng selektionsbasierten Chirurgie entwickelt. DESKTOP III zeigte einen Überlebensvorteil der sekundären Zytoreduktion bei sorgfältig ausgewählten Patientinnen mit positivem AGO-Score und hoher Wahrscheinlichkeit einer Komplettresektion [8]. Deeskalation bedeutet hier nicht weniger Operation, sondern weniger erfolglose Operationen: Chirurgie ist dann sinnvoll, wenn eine makroskopische Komplettresektion realistisch erreichbar ist.

Zervixkarzinom – Abschied von der obligaten Radikalität

Beim frühen Zervixkarzinom war die radikale Hysterektomie mit Parametrienresektion über Jahrzehnte der operative Standard. Die SHAPE-Studie hat dieses Dogma für eine klar definierte Low-Risk-Population verändert. Bei Tumoren ≤2 cm und limitierter Stromainvasion war die einfache Hysterektomie hinsichtlich der pelvinen Rezidivrate der radikalen Hysterektomie nicht unterlegen. Gleichzeitig waren die perioperativen Komplikationen und negativen Langzeitfolgen seltener [9]. Für entsprechend selektionierte Patientinnen ist die Reduktion der operativen Radikalität damit zu einem neuen therapeutischen Standard geworden.

Parallel wird auch das nodale Staging zunehmend reduziert. Die Sentinel-Lymphknotenbiopsie ermöglicht insbesondere bei kleinen Tumoren ein präzises nodales Staging bei geringerer lymphatischer Morbidität und wird in modernen operativen Strategien zunehmend integriert. Gleichzeitig liefert das Zervixkarzinom die wichtigste Warnung vor einer unkritischen Gleichsetzung von Deeskalation und Minimalinvasivität. Die LACC-Studie zeigte für die minimalinvasive radikale Hysterektomie ein signifikant schlechteres krankheitsfreies und Gesamtüberleben als für die offene Operation [10]; die Langzeitdaten bestätigten dieses Signal auch bei kleineren Tumoren [11]. Weniger invasiv bedeutet daher nicht automatisch weniger belastend im onkologischen Gesamtergebnis. Deeskalation muss sich am Überleben und an der Rezidivkontrolle messen lassen, nicht am operativen Zugang.

Endometriumkarzinom – vom systematischen Staging zur risikoadaptierten Sentinel-Chirurgie

Beim Endometriumkarzinom wurde die operative Deeskalation wesentlich durch die Frage der Lymphonodektomie geprägt. Zwei randomisierte Studien, die italienische Studie von Benedetti Panici et al. und MRC-ASTEC, zeigten bereits 2008/2009 keinen Überlebensvorteil einer systematischen pelvinen Lym-


Foto: © Enzo Gohlke


Foto: © Kathrin Glückler

In der gynäkologischen Tumorchirurgie sind sowohl minimal-invasive (z. B. Hysterektomie mit Sentinel-Lymphonodektomie, links) als auch offen-chirurgische Therapieverfahren (z. B. primär zytoreduktive Operation, rechts) etablierter Standard.

Zusammenstellung der wesentlichen operativen Deeskalationsschritte in der Gynäkologischen Onkologie				
	Früheres Paradigma	**Heutige Deeskalation**	**Schlüsseldaten**	**Zentrale Grenze**
Ovarialkarzinom	Maximale Zytoreduktion plus systematische Lymphonodektomie; breite Primäroperation	Keine systematische LNE bei makroskopischer Komplettresektion und cN0; NACT/Intervall-OP bei fraglicher Resektabilität bzw. hohem Periop-Risiko für die Patientin	LION, EORTC 55971, CHORUS, TRUST	Deeskalation darf die Chance auf makroskopische Komplettresektion bei Primär-OP nicht reduzieren
Zervixkarzinom	Radikale Hysterektomie mit Parametrienresektion und systematischer LNE	Simple Hysterektomie bei definierter Low-Risk-Erkrankung; zunehmendes Sentinel-Staging	SHAPE	LACC: Minimalinvasivität ist keine automatische Deeskalation
Endometriumkarzinom	Systematische pelvine/ paraaortale LNE	Risikoadaptiertes Sentinel-Staging; weitgehender Verzicht auf systematische LNE	Panici, ASTEC, FIRES	SLN-Darstellung, Ultrastaging und risikoadaptiertes Vorgehen entscheidend
Vulvakarzinom	Ausgedehnte Vulvektomie plus inguinofemorale LNE	Lokale Exzision; Sentinel bei unifokalem Tumor <4 cm; RT bei SLN-Mikrometastase ≤2 mm	GROINSS-V I/II	Ultrastaging, bei SLN-Makrometastase keine automatische Übertragung der Deeskalation

Tab.: Zusammenstellung der wesentlichen operativen Deeskalationsschritte in der Gynäkologischen Onkologie (vom Autor mit Unterstützung von ChatGPT erstellt).

phonodektomie bei Patientinnen mit frühem Endometriumkarzinom, während insbesondere die italienische Studie eine höhere postoperative Morbidität dokumentierte [12, 13]. Damit wurde die bis dahin häufig angenommene therapeutische Bedeutung der systematischen Lymphonodektomie grundsätzlich infrage gestellt. Eine abschließende Antwort zur Frage des therapeutischen Nutzens wird hoffentlich die mittlerweile fertig rekrutierte AGO-ECLAT-Studie liefern, deren Ergebnisse in den nächsten Jahren erwartet werden.

Die Sentinel-Technik ist mittlerweile auch beim Endometriumkarzinom Standard geworden. In der prospektiven FIRES-Studie erreichte das Sentinel-Mapping bei erfolgreich gemappten Patientinnen eine Sensitivität von 97,2 % und einen negativen prädiktiven Wert von 99,6 % [14]. In der Folge wurde das Sentinel-Konzept in internationale Leitlinien aufgenommen und zunehmend auch für höhere Risikokonstellationen etabliert. Die aktuelle ESGO-ESTRO-ESP-Leitlinie sieht die Sentinel-Lymphknotenbiopsie als bevorzugtes nodales Staging bei auf den Uterus begrenzter Erkrankung an; die aktuelle deutsche S3-Leitlinie differenziert stärker nach Risikogruppen, folgt aber ebenfalls dem Grundprinzip der Vermeidung unnötiger systematischer Lymphonodektomien [15]. Parallel gilt die minimalinvasive totale Hysterektomie mit bilateraler Salpingo-Oophorektomie als bevorzugter operativer Zugang. Eine routinemäßig radikale Hysterektomie im Stadium II, also bei Zervixinfiltration, wird mangels nachgewiesenen Nutzens nicht mehr empfohlen. Das Endometriumkarzinom zeigt damit exemplarisch den Übergang von anatomisch maximaler zur biologisch und risikoadaptierter operativer Strategie.

Vulvakarzinom – organerhaltende Chirurgie und Sentinel-Konzept

Kaum ein gynäkologischer Tumor verdeutlicht den klinischen Nutzen chirurgischer Deeskalation so anschaulich wie das Vulvakarzinom. Historisch wurden ausgedehnte Vulvektomien und bilaterale inguinofemorale Lymphonodektomien mit erheblicher Wundmorbidität, chronischen Lymphödemen und funktionellen Einschränkungen durchgeführt. Heute steht die radikale lokale Exzision mit tumorfreiem Resektionsrand im



Vordergrund; das Ausmaß der Vulvaresektion orientiert sich am Tumor und nicht an einem vorgegebenen anatomischen Operationsschema.

Für das nodale Staging war GROINSS-V I wegweisend. Bei unifokalem Plattenepithelkarzinom <4 cm und klinisch unauffälligen Leistenlymphknoten kann auf den Ergebnissen dieser Studie basierend bei negativem Sentinel auf die inguinofemorale Lymphonodektomie verzichtet werden. Die Reduktion der Morbidität war erheblich [16]. GROINSS-V II ging einen Schritt weiter. Bei Sentinel-Mikrometastasen ≤2 mm konnte die inguinale Radiotherapie die komplette Lymphonodektomie ersetzen; bei Makrometastasen >2 mm war eine alleinige Radiotherapie dagegen nicht ausreichend [17]. Auch hier lautet die entscheidende Botschaft: Deeskalation ist nur innerhalb präzise definierter Risikogruppen sicher.

Literatur

1. Harter P et al. N Engl J Med. 2019; 380: 822–832
2. Vergote I et al. N Engl J Med. 2010; 363: 943–953
3. Kehoe S et al. Lancet. 2015; 386: 249–257
4. Fagotti A et al. Int J Gynecol Cancer. 2020; 30: 1657–1664
5. Onda T et al. Eur J Cancer. 2020; 130: 114–125
6. Mahner S et al. J Clin Oncol. 2025; 43(Suppl)
7. Gaillard S et al. J Clin Oncol. 2025; 43: 868–891
8. Harter P et al. N Engl J Med. 2021; 385: 2123–2131
9. Plante M et al. N Engl J Med. 2024; 390: 819–829
10. Ramirez PT et al. N Engl J Med. 2018; 379: 1895–1904
11. Ramirez PT et al. J Clin Oncol. 2024; 42: 2741–2746
12. Benedetti Panici P et al. J Natl Cancer Inst. 2008; 100: 1707–1716
13. ASTEC Study Group. Lancet. 2009; 373: 125–136
14. Rossi EC et al. Lancet Oncol. 2017; 18: 384–392
15. Ataseven B et al. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2026; 86: 443–452
16. Van der Zee AGJ et al. J Clin Oncol. 2008; 26: 884–889
17. Oonk MHM et al. J Clin Oncol. 2021; 39: 3623–3632



Prof. Dr. med. Sven Mahner
Direktor
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Ludwig-Maximilians-Universität München
Marchioninistr. 15, 81377 München
frauenklinik-direktion@med.uni-muenchen.de

Schlussfolgerung

Die Entwicklung der letzten Jahre markiert einen grundlegenden Wandel der gynäkologischen Tumorchirurgie. Operative Exzellenz wird heute nicht mehr durch maximale Radikalität definiert, sondern durch die Fähigkeit, prognostisch relevante Tumormanifestationen vollständig zu entfernen und gleichzeitig nicht wirksame Operationsschritte konsequent zu vermeiden. LION, SHAPE und GROINSS haben gezeigt, dass weniger Chirurgie in klar selektionierten Situationen onkologisch sicher und zugleich weniger Morbidität erzeugend sein kann. LACC und TRUST setzen hierzu den notwendigen Gegenpol: Deeskalation ist kein Selbstzweck und darf weder mit „Minimalinvasivität" noch mit einer generellen Reduktion chirurgischer Anstrengung verwechselt werden. Der zukünftige Standard ist deshalb nicht „weniger Operation", sondern die richtige Operation für die richtige Patientin im richtigen Zentrum.

Microplastics and Human Fertility: Are We Asking the Right Questions?

Emilio Gómez Sánchez

The detection of microplastics and nanoplastics in human reproductive tissues and fluids has become an increasingly discussed topic in reproductive medicine. In recent years, plastic particles have been reported in human semen, testicular tissue and ovarian follicular fluid. This has brought the issue closer to the clinical setting. However, detecting these particles tells us that exposure has occurred; it does not, by itself, demonstrate reproductive toxicity.

This raises a relevant question: can microplastics and nanoplastics affect human fertility? At present, we cannot give a clear answer. Experimental and in vitro studies have proposed several mechanisms through which these particles could interfere with reproductive function, including oxidative stress, mitochondrial dysfunction, inflammation, DNA damage and endocrine disruption. In animal and cell models, these mechanisms have been associated with changes in spermatogenesis, impaired sperm function, altered follicular development and reduced oocyte competence. Nevertheless, the preclinical evidence is not consistent, and recent systematic reviews have pointed out important methodological limitations and a high risk of bias in many of these studies.

The situation is even more difficult when we look at human studies. Microplastics have been detected in seminal plasma and ovarian follicular fluid using different analytical approaches, including Raman microscopy, LDIR, SEM-EDX and pyrolysis–gas chromatography–mass spectrometry. These methods do not have the same sensitivity or the same capacity to detect particle size and identify polymers. As a result, comparing findings between studies is not straightforward. Most studies are observational and include relatively small numbers of samples. There are also important differences in sample collection, digestion procedures and contamination control. This is particularly relevant in ART, where plastic materials are widely used in laboratory procedures and may themselves be a source of contamination.

Some studies have reported a possible association between a higher microplastic burden and poorer sperm motility or lower fertilisation rates after IVF. These findings are interesting, but they should be interpreted with caution. An association does not demonstrate a causal effect, and so far, there is no consistent evidence linking microplastic exposure with embryo implantation, clinical pregnancy or live birth.

From a clinical perspective, the available evidence is not sufficient to consider microplastics a direct cause of infertility or IVF failure. Finding plastic particles in reproductive fluids confirms exposure, but it does not necessarily mean that these particles are causing clinically relevant damage. In my view, the question we should now focus on is not simply whether microplastics are present in the reproductive system, but whether the levels and types of particles found in humans can affect reproductive outcomes.

To answer this, several problems still need to be addressed. Analytical methods need to be better harmonised, contamination needs to be controlled more rigorously, and studies should include larger and preferably prospective populations. At the same time, exposure needs to be assessed under conditions that are relevant to real human exposure. Only with this type of evidence will we be able to determine whether the detection of microplastics in human reproductive tissues represents a biological finding or a clinically relevant risk for fertility.

Wissenschaftliche Sitzung
Spitzenreferate – Endokrinologie & Reproduktionsmedizin
Freitag, 23. Oktober 2026, 08:30 Uhr, Saal 1



Emilio Gómez Sánchez
IVF lab manager Next Fertility Murcia (Spain)
Head Embryologist and Scientific Coordinator Gametia
emilio.gomez@gametia.com

Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen

Sandra Eifert

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache bei Frauen in der westlichen Welt und verursachen einen erheblichen Anteil an Morbidität, Mortalität und Gesundheitskosten. Trotz großer Fortschritte in Prävention, Diagnostik und Therapie bestehen weiterhin deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiovaskulären Versorgung.

Lange Zeit wurde die kardiovaskuläre Erkrankung vor allem als „Männerkrankheit" verstanden. Frauen waren über Jahrzehnte in klinischen Studien und der kardiovaskulären Forschung unterrepräsentiert. Dadurch bestehen bis heute Wissenslücken hinsichtlich geschlechtsspezifischer Risikofaktoren und Krankheitsmechanismen, klinischer Präsentation, Diagnostik, Therapie und

Wissenschaftliche Sitzung
Spitzenreferate – Endokrinologie & Reproduktionsmedizin
Freitag, 23. Oktober 2026, 08:30 Uhr, Saal 1

Prognose. Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden bei Frauen daher teilweise später erkannt, unzureichend behandelt oder nicht früh genug verhindert.

Eine zeitgemäße Betrachtung der kardiovaskulären Gesundheit von Frauen erfordert die Betrachtung des Lebensverlaufs. Neben klassischen Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes, Dyslipidämie und Rauchen spielen biologische sowie soziale Faktoren eine wichtige Rolle.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Übergangsphasen im Leben einer Frau: Menarche, Schwangerschaft inklusive Postpartum-Phase, Menopause und gesundes Altern. Hinzu kommt das Auftreten einer Endometriose, des Polyendokrinen Metabolischen Ovarialsyndroms und der prämaturen Ovarialinsuffizienz.

Schwangerschaft kann dabei als natürlicher kardiovaskulärer Stresstest verstanden werden. Präeklampsie und andere hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, Gestationsdiabetes, Frühgeburtlichkeit, fetale Wachstumsrestriktion und wiederholte Fehlgeburten können Hinweise auf ein erhöhtes späteres kardiovaskuläres Risiko sein und sollten in die langfristige Risikobewertung einfließen.

Doch kardiovaskuläre Gesundheit wird nicht allein durch Biologie bestimmt. Sozioökonomische Bedingungen, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Care-Arbeit, Gesundheitskompetenz, Stress und psychosoziale Belastungen können das Erkrankungsrisiko und die Versorgung beeinflussen.

Die Erkrankungen selbst können sich bei Frauen anders manifestieren. Von besonderer Bedeutung sind u. a. die koronare mikrovaskuläre Dysfunktion, INOCA, MINOCA, spontane Koronararteriendissektion (SCAD) und Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF). Darüber hinaus bestehen relevante geschlechtsspezifische Unterschiede bei Herzklappen- und Aortenerkrankungen, Kardiomyopathien, Herzrhythmusstörungen, thromboembolischen Ereignissen und in der Kardio-Onkologie.

Neue Möglichkeiten ergeben sich durch Präzisionsmedizin, moderne kardiovaskuläre Bildgebung, interventionelle Verfahren, digitale Technologien und künstliche Intelligenz. Voraussetzung ist jedoch, dass Frauen hierbei ausreichend repräsentiert und Sex sowie Gender bei Entwicklung und Validierung medizinischer Verfahren und KI-Systeme berücksichtigt werden.

Dazu braucht es mehr Frauen in klinischen Studien, konsequente geschlechtsspezifische Auswertungen und eine gendersensible Gesundheitsversorgung.

Spezielle Frauenherzsprechstunden/-zentren sollen Frauen dabei eine besondere Option für kardiovaskuläre Prävention, Risikobewertung und Gesundheitsförderung bieten. In den kommenden Jahren sollen solche Zentren in verschiedenen Ländern der Europäischen Union etabliert werden und dazu beitragen, die kardiovaskuläre Gesundheit von Frauen stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Zusätzlich wird die Gendermedizin Teil der Ärztlichen Approbationsordnung in Deutschland werden. Damit wird sie als Lehrfach an allen Universitäten verfügbar sein. All das verfolgt das Ziel, die Mortalität der Frauen mit Herz- und Gefäßerkrankungen deutlich zu senken.



Prof. Dr. med. Sandra Eifert
Oberärztin VAD-/Transplantationsambulanz, Frauensprechstunde
Herzzentrum Leipzig
Sandra.Eifert@helios-gesundheit.de

Lesen Sie die offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2026 auch online!

Ausgabe 1 – 2026 Ausgabe 2 – 2026

Slinda®
Mehr als Verhütung – ein Plus+ für mich!
östrogenfrei + antiandrogen + antimineralokortikoid
Ab 35
Bei Nikotinkonsum
Slinda®
Ein Plus+ für mich!
Bei Übergewicht
In der Stillzeit und danach
slinda.de
Exeltis Rethinking healthcare

Slinda 4 mg Filmtabletten. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** 1 weiße, wirkstoffh. Filmtabl. Enth.: 4 mg Drospirenon. 1 grüne Placebo Filmtabl. enth. keinen Wirkst. *Sonst. Bestandt.:* wirkstoffhlt. Tbl.: mikrokr. Cellulose, Lactose, hochdisp. Siliziumdioxid (E 551), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzl.], Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum. Placebo: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K 30, hochdisp. Siliziumdioxid (E 551), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzl.], Hypromellose, Triacetin, Polysorbat 80, Titandioxid (E 171), Indigokarmin-Aluminiumsalz (E 132), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H2O (E 172). **Anwend.:** Kontrazeption. **Gegenanz.:** Überempfindl. geg. d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandt., aktive ven. thromboemb. Erkr., früh. od. akt. best. schw. Lebererkr. bis zur Normalis. d. Leberfunktionswerte, schw. Niereninsuff. od. akut. Nierenversagen, best. od. vermut. Geschlechtshormonabh. Malignome, nicht abgekl. vagin. Blutungen. **Nebenw.:** *Häufig:* verm. Libido, Stimmungsschwank., Kopfschm., Übelkeit, Bauchschm., Akne, Brustbeschw., Metrorrhagie, vag. Blut., Dysmenorrhoe, unregelm. Blut., Gewichtszun. *Gelegentl.:* Vagin. Infekt., Uterine Leiomyome, Anämie, Überempfindlichkeitsreakt., Appetitzun., Hyperkaliämie, Angstzust., Depression, depress. Stimmung, Schwindel, Hitzewallung., Hypertens., Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, Haarausfall, extrem. Schwitzen, Hautausschlag, Seborrhoe, Pruritus, Dermatitis, Amenorrhoe, Menstruationsstör., Unterleibsschm., Ovarialzyste, Vulvovagin. Trockenheit, vagin. Ausfluss, Müdigk., periph. Ödeme, erh. Lebertransaminasen-Werte, erh. Bilirubin-Wert, erh. Kreatin-Phosphokinase-Wert, erh. Gamma-Glutamyltransferase-Wert, erh. Triglycerid-Wert. *selten:* Kontaktlinsenunverträglichk., Polyurie, Zyste in d. Brust, zervikale Dysplasie, Galaktorrhoe, Vulvovagin. Pruritus, Gewichtsabnahme. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. **Zul.-Inhaber:** Exeltis Germany GmbH, Adalperostraße 84, 85737 Ismaning, Deutschland, Tel.: +49 89 4520529-0. **Stand d. Information:** Mai 2021. DE-2608-02586

Firmensymposien

Freitag, 23.10.2026

09:45 – 10:30 Uhr · Saal 2
Kurzsymposium
Jenapharm eine Marke von Bayer
Fokus Wechseljahre: Lynkuet im Praxisalltag
Vorsitz: Katrin Schaudig, Hamburg
Barbara Schmalfeldt, Hamburg
- Vom Erstkontakt zur Therapieentscheidung: Fallbasierte Beratung mit neuer Therapieoption
  Katrin Schaudig, Hamburg
- OASIS-4-Daten und Patientinnenbeispiele
  Barbara Schmalfeldt, Hamburg

09:45 – 10:30 Uhr · Saal 4
Kurzsymposium
AstraZeneca GmbH
Präzisionsmedizin beim Mammakarzinom: molekulare Steuerung endokriner Therapien und Einsatz von ADCs
Vorsitz: Tanja Fehm, Düsseldorf
- Begrüßung und Einleitung
  Tanja Fehm, Düsseldorf
- Vom Biomarker zur Therapieentscheidung: Individualisierte Pfade für das Hormonrezeptorpositive metastasierte Mammakarzinom
  Peter A. Fasching, Erlangen
- Ein Wirkprinzip, zwei Settings: ADCs in Adjuvanz und metastasierter Therapie beim Mammakarzinom
  Joke Tio, Münster

09:45 – 10:30 Uhr · Saal 11
Kurzsymposium
Roche Pharma AG
Endokrin basierte Therapie im Wandel
Vorsitz: Nina Ditsch, Augsburg
- Diskussion: Wie individuell kann (und muss) die HR+ Behandlung heute sein?
  Ann-Kathrin Bittner, Essen
  Eugen Ruckhäberle, Düsseldorf

09:45 – 10:30 Uhr · Saal 14a
Kurzsymposium
Theramex Germany GmbH
Moderne Endometriosetherapie – OP adé?
Vorsitz: Sylvia Mechsner, Berlin
- Hormonjonglage – Welche Hormontherapie für wen?
  Anneliese Schwenkhagen, Hamburg
- Linzagolix in der Praxis – Kasuistiken
  Thomas Römer, Köln

13:45 – 14:45 Uhr · Saal 2
Lunchsymposium
Glaxo Smith Kline GmbH & Co. KG
Impfen in der Gynäkologie, Schutz in allen Lebensphasen
Vorsitz: Michael Wojcinski, Steinhagen
- Begrüßung und Einführung
  Michael Wojcinski, Steinhagen
- Impfschutz für Mutter und Kind
  Michael Abou-Dakn, Berlin
- Impfprävention in der gynäkologischen Praxis; Michael Wojcinski, Steinhagen
- Diskussion, Zusammenfassung und Verabschiedung

13:45 – 14:45 Uhr · Saal 3
Lunchsymposium
Besins Healthcare Germany
Progesteron – from conception to birth
- from conception…
  Sören von Otte, Kiel
- …to birth
  Ruben-Jeremias Kuon, Heidelberg

13:45 – 14:45 Uhr · Saal 4
Lunchsymposium
Intuitive Surgical Deutschland GmbH
Roboter-assistierte Gynäkologie mit dem da Vinci System: Indikationen, Techniken und Patientinnen-Outcome
Vorsitz: Ingolf Juhasz-Böss, Freiburg
- Roboter-assistierte Endometrioseresektion – innovativ, präzise, effizient
  Rüdiger Klapdor, Hamburg
- QoL nach roboter-assistierten Operationen in der Urogynäkologie – Erfahrungen aus der GENERATE Studie
  Bettina Blau-Schneider, Wiesbaden
- Single Port – Das „neue" roboter-assistierte Operieren?!
  Lisa Jung, Freiburg

13:45 – 14:45 Uhr · Saal 5
Lunchsymposium
Astellas Pharma GmbH
Sprechstunde Wechseljahre: Was tun, wenn HRT nicht passt?
Moderation: Peyman Hadji, Frankfurt am Main
- Einleitung
  Peyman Hadji, Frankfurt am Main
- Patientinnen in den Wechseljahren: Beschwerden und Bedürfnisse
  Thomas Römer, Köln
- Nicht-hormonelle Therapieoptionen im Praxisalltag
  Anneliese Schwenkhagen, Hamburg
- Fezolinetant in der Praxis
  Katrin Schaudig, Hamburg
- Podiumsdiskussion
  Peyman Hadji, Frankfurt am Main
  Thomas Römer, Köln
  Katrin Schaudig, Hamburg
  Anneliese Schwenkhagen, Hamburg

13:45 – 14:45 Uhr · Saal 11
Lunchsymposium
Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG
Den Blick schärfen. Seltenes erkennen. – HAE, VWE und cTTP im Fokus
Vorsitz: Karim Kentouche, Jena
Ekkehard Schleußner, Jena
- Den Blick schärfen – Unspezifische Symptome oder cTTP?
  Karim Kentouche, Jena
  Ekkehard Schleußner, Jena
- Den Blick schärfen – Unklare wiederkehrende Unterbauchschmerzen können auf ein HAE hinweisen; Bahriye Aktas, Leipzig
- Den Blick schärfen – Menorrhagie als Hinweis auf eine VWE
  Sonja Alesci, Bad Homburg

13:45 – 14:45 Uhr · Saal 13
Lunchsymposium
Roche Pharma AG
HER2+ Mammakarzinom: Effektive Tumortherapie individuell und verträglich gestalten
Vorsitz: Oleg Gluz, Mönchengladbach
- Einleitung
  Oleg Gluz, Mönchengladbach
- Patientengerechte Therapiewahl beim frühen HER2+ Mammakarzinom: Wer profitiert wovon?
  Tobias Engler, Tübingen
- Remission sichern, Lebensqualität erhalten: Wie gelingt die maßgeschneiderte Erhaltungstherapie in der 1L des metastasierten HER2+ Mammakarzinoms?; Verena Kiver, Berlin
- Q&A und Abschluss

13:45 – 14:45 Uhr · Saal 14a
Lunchsymposium
Alexion Pharma Germany GmbH
Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Von Thrombozytopenien zu renalen Herausforderungen
Vorsitz: Holger Stepan, Leipzig
- Peripartale Thrombozytopenien und renale Komplikationen: Warum interdisziplinäres Denken entscheidend ist
  Holger Stepan, Leipzig
- Differentialdiagnose der schweren peripartalen Thrombozytopenie – Wie unterscheidet man das Häufige vom Seltenen?; Cita Pelka
- Jenseits der Entbindung: Vom unerkannten aHUS zur gezielten Therapie – Warum die interdisziplinäre Zusammenarbeit Leben rettet; Anja Mühlfeld, Aachen
- Interdisziplinäre Diskussion
  Holger Stepan, Leipzig

13:45 – 14:45 Uhr · Saal 14c
Lunchsymposium
Lilly Deutschland GmbH
Adipositas und Frauengesundheit – Herausforderungen, Risiken und innovative Therapieansätze im Lebensverlauf
Vorsitz: Andre-Robert Rotmann, Frankfurt am Main; Albert Lichtenthal, Berlin
- Zwischen Stigma und Evidenz: Warum Adipositas die Frauengesundheit prägt – und was das für die Gynäkologie bedeutet
  Andre-Robert Rotmann, Frankfurt am Main
- Frauen-Adipositas: Neuro-kognitive Ursachen – Interventionsansatz im Gehirn
  Albert Lichtenthal, Berlin

Samstag, 24.10.2026

10:45 – 11:30 Uhr · Saal 4
Kurzsymposium
Gedeon Richter Pharma GmbH
Das Estrogen macht den Unterschied: Estetrol (E4) zwischen moderner Kontrazeption und HRT
Moderation: Patricia G. Oppelt, Erlangen
- Mehr als Empfängnisverhütung – Kontrazeption in der Perimenopause: Herausforderungen und Chancen für eine individualisierte Beratung
  Patricia G. Oppelt, Erlangen
- Zwischen Evidenz und Innovation: Estetrol (E4) in der menopausalen Hormontherapie
  Ludiwg Kiesel, Münster

10:45 – 11:30 Uhr · Saal 11
Kurzsymposium
Lilly Deutschland GmbH
Adipositas – Beckenboden und Nieren unter Druck
Vorsitz: Miriam Banas, Regensburg
Maximiliane Burgmann, München
- Adipositas – Nieren unter Druck
  Miriam Banas, Regensburg
- Adipositas – Beckenboden unter Druck
  Maximiliane Burgmann, München
- Diskussion

Wie ist die Perspektive der Chefärztin/des Chefarztes in der Frauenheilkunde nach Umsetzung der Krankenhausplanung im Bund?

Wissenschaftliche Sitzung
Wie ist die Perspektive der Chefärztin/des Chefarztes in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe nach Umsetzung der Krankenhausplanung im Bund?
Freitag, 23. Oktober 2026, 12:00 Uhr, Saal 3

Markus Fleisch[1], Gert Naumann[2]

[1] Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

[2] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.

Die Krankenhausreform führt zu einem tiefgreifenden Strukturwandel in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Spezialisierung, Zentralisierung und Ambulantisierung verändern Leistungsspektrum, Personal und Weiterbildung. Die BLFG hat hierzu im Mai 2025 eine Umfrage unter 147 leitenden Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Das Ergebnis zeigt Anpassungsbereitschaft, aber auch deutliche Zukunftssorgen.

Besonders relevant ist die Einführung der Leistungsgruppen. Die Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen lassen erahnen, welche Folgen eine Umsetzung im Bund haben könnte. 45 % der Befragten erwarten in den kommenden zwei Jahren einen Verlust von Leistungsbereichen in der gynäkologischen Onkologie. Für Senologie und Geburtsmedizin liegen die Werte mit 14 bzw. 13 % deutlich niedriger. 51 % bewerten eine mögliche Aberkennung einer Leistungsgruppe als existenzielles Risiko für den Fortbestand ihrer Abteilung. Knapp 48 % erwarten dagegen keinen Verlust.

Für Chefärztinnen und Chefärzte wird die strategische Sicherung

des eigenen Standortes zu einer zentralen Aufgabe. Entscheidend ist, welche Leistungsgruppen tatsächlich am Standort erbracht werden dürfen. 81 % halten die vorhandene quantitative und qualitative Facharztstruktur für ausreichend, um die angestrebten Leistungsgruppen zu ermöglichen. Beim Personal erwarten 55 % eine stabile Entwicklung, 29 % jedoch einen weiteren Abbau ärztlicher Stellen.

Die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität werden unterschiedlich bewertet. 50 % erwarten durch die Leistungsgruppen eine Verbesserung, 35 % dagegen eine Verschlechterung. Damit stellt sich die Frage, ob Spezialisierung und Konzentration die Qualität tatsächlich steigern, ohne wohnortnahe Versorgung und fachliche Breite zu schwächen.

Eine zweite große Veränderung ist die Ambulantisierung. 44 % erwarten rückläufige stationäre Fallzahlen am eigenen Standort, 30 % dagegen wachsende Fallzahlen. Obwohl die ambulante Leistungserbringung an über 81 % der Standorte automatisch ausgewiesen wird, wird ihr Umfang nur bei 37 % bereits in die Ressourcenplanung einbezogen. 83 % sehen geeignete Räumlichkeiten als wichtigste Voraussetzung für eine Ausweitung des ambulanten operativen Bereichs. Für Chefärztinnen und Chefärzte entsteht damit erheblicher Anpassungsdruck.

Besonders kritisch ist die Verbindung von Ambulantisierung und Weiterbildung. Wenn operative Leistungen aus dem stationären Bereich verschwinden, stehen sie möglicherweise auch für die Ausbildung nicht mehr zur Verfügung. 51 % der Befragten schätzen die Bereitschaft ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Teile der Facharzt- oder Schwerpunktweiterbildung an einem anderen Standort zu absolvieren, als gering oder nicht vorhanden ein. Weiterbildungsverbünde werden dennoch zunehmend notwendig. Kooperationen über Standort- und Trägergrenzen hinweg gewinnen damit an Bedeutung.

Die Perspektive der Chefärztin bzw. des Chefarztes ist deshalb vor allem eine Perspektive der strategischen Neuausrichtung. Es gilt zu entscheiden, welche Leistungen am eigenen Standort gesichert, welche gemeinsam erbracht und welche ambulant organisiert werden können. Weniger als die Hälfte der Befragten sieht derzeit ein sicheres Potenzial für abteilungsübergreifende Kooperationsmodelle. Gleichzeitig wird die bisherige Kombination aus Geburtshilfe mit etwa 400 bis 800 Geburten und einem gemischt ambulant-stationären OP-Programm zunehmend infrage gestellt.

Die besondere Herausforderung liegt in der fachlichen Breite: Geburtshilfe, Senologie, operative Gynäkologie, Onkologie und Reproduktionsmedizin müssen zusammengedacht werden. Chefärztinnen und Chefärzte müssen medizinische Qualität, Weiterbildung, Personalentwicklung und wirtschaftliche Tragfähigkeit gleichzeitig sichern.

Das Stimmungsbild der BLFG macht deutlich, dass die Zukunft keineswegs als sicher angesehen wird. Mehr als die Hälfte betrachtet die mögliche Aberkennung einer Leistungsgruppe als existenzielles Risiko; etwa ein Drittel ist grundsätzlich unsicher über den Weiterbestand der eigenen Abteilung. Die Perspektive nach Umsetzung der Krankenhausplanung im Bund wird daher davon abhängen, ob die Reform nicht nur Leistungen konzentriert, sondern auch die Voraussetzungen für eine qualitätsorientierte Versorgung schafft. Dafür braucht es den engen Austausch mit den Verantwortlichen der klinischen Versorgung. Nur dann kann der Strukturwandel zu Qualitätsentwicklung führen.



Prof. Dr. med. Markus C. Fleisch
Vorsitzender der BLFG
Direktor der Landesfrauenklinik
Helios Universitätsklinikum Wuppertal
markus.fleisch@helios-gesundheit.de



Prof. Dr. med. habil. Gert Naumann
Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Leiter des Gynäkologischen Tumorzentrums und des Zentrums für Gynäkologie und Geburtshilfe Erfurt/Gotha
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Gert.Naumann@helios-gesundheit.de



* Kelzy® ist ab der Menarche zugelassen zur Behandlung von Hirsutismus bei Frauen mit Polyzystischem Ovarialsyndrom (PCOS) als auch zur Kontrazeption.

Kelzy 2 mg/0,02 mg Retardtabletten
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. *Sonst. Bestandt. m. bekannter Wirkung:* Jede weiße wirkstoffhaltige 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.], wasserfr. kolloidales Siliciumdioxid. *Filmüberzug:* Polyvinylalkohol (teilhydrolisiert), 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 × H_2O **Anwend.:** Orale hormon. Kontrazeption u. Behandl. v. Hirsutismus bei Fr. m. PCOS. 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. Antikoagulanzien) od. VTE i. d. Vorgeschichte (z. B. tiefe Venenthrombose [TVT] od. Lungenembolie [LE]), bek. erbl. od. erworb. 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 aufgru. mehrerer Risikofakt. Vorliegen einer od. Risiko f. eine arter. Thromboembolie (ATE), ATE – besteh. ATE, ATE i. d. Vorgeschichte (z. B. Myokardinfarkt) od. Erkr. i. Prodromalstad. (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. erworb. Prädispos. f. eine ATE, wie z. B. Hyperhomocysteinämie u. Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupusantikoagulans), Migräne m. fok. neurol. Sympt. i. d. Vorgeschichte, hohes Risiko f. eine ATE aufgru. 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 Sexualsteroide 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. Ombitasvir/Paritaprevir/ Ritonavir, Dasabuvir, Glecaprevir/Pibrentasvir u. Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir enth. **Nebenw.:** *Häufig:* Vaginalinfekt., Libidostör., Stimmungsschwank., Kopfschm., Übelkeit, Abdominalschm., Akne, intermenstr. Blutung, Brustbeschw., Dysmenorrhoe, Gewichtszun., Thyreotropin i. Blut erh. *Gelegentl.:* Harnwegsinfekt., Hypothyreose, Appetitstör., Flüssigkeitsret., Hyperglykämie, Insulinresist., Angst, Depression, Schlafstör., psychische Stör., Migräne, Schwindelgefühl, thrombotische Ereig., Hyperton., Hitzewall., Erbrechen, Diarrhoe, Flatulenz, aufgetr. Bauch, Alopezie, Pruritus, Dermatitis, Hyperhidrosis, Ausschlag, tr. Haut, Hauterkr., Schm. i. d. Extremitäten, Amenorrhoe, Menstruationsstör., vagin. Blutungen, Ovarialzysten, vulvovagin. Trockenh., Beckenschm., vulvovagin. Pruritus, Zervixdysplasie, Dyspareunia, vagin. Ausfluss, vulvovagin. Entz., Erschöpf., Schwellung, peripher. Ödeme, Triglyceride im Bl. erh., Leberenzym erh., Kreatinphosphokinase i. Bl. erh., Cholesterin i. Bl. erh., Laktatdehydrog. i. Bl. erh., Prolaktin i. Bl. erh. *Selten:* Genitaler Herpes, Myringitis, Fibroadenom i. d. Brust, Leukopenie, Hyperthyriodismus, Dyslipidämie, Dysgeusie, Hypoästhesie, Parästhesie, Augenjucken, Sehstör., Vertigo, Palpitationen, Blutdruckfluktuation, Hämatom, Besenreiservarizen, Varizen, Epistaxis, Obstipation, Dyspepsie, gastroösophageale Refluxerkr., Hyperästhesie d. Zähne, Chloasma, Urtikaria, Arthralgie, Haematurie, Leukozyturie, Endometriumhyperpl., Beschw. i. Genitalb., Unwohlsein, Trägh., gen. Verschlecht. d. psych. Zustandes, Fibrin D Dimer erh., Blutdruck anormal. *Nicht bekannt:* Exazerbation v. Sympt. eines hereditären u. erworb. Angioödems. **Verschreibungspflichtig. Warnhinweis:** Enthält Lactose **Zul.-Inhaber:** Exeltis Germany GmbH, Adalperostr. 84, 85737 Ismaning. **Stand d. Information:** März 2026
DE-2606-02523

Moderne Kontrazeption in der Adoleszenz

Maren Goeckenjan

Wissenschaftliche Sitzung Advanced – Moderne Kontrazeption Samstag, 24. Oktober 2026, 09:45 Uhr, Saal 14 b

Moderne Kontrazeptionsberatung in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter muss ehrlich, offen und individuell sein. Dies können Frauenärzt:innen dann, wenn sie sich neben der fachlichen Expertise auf die Lebenswelten, bisherigen Erfahrungen und Sorgen der jungen Menschen bezüglich Sexualität und Kontrazeption einlassen. So wird es auch langfristig gelingen, dass Frauenärzt:innen eine wichtige Informationsquelle für junge Menschen zu Fragen der Sexualität und Verhütung von Infektionen und ungewollten Schwangerschaften sind. Die heute oft vorgefassten Meinungen und Haltungen zu kontrazeptiven Methoden sowie die Vielzahl der möglichen Methoden machen die Beratung und die informierte, individuelle Entscheidung nicht einfach. Zwar beeinflussen soziale Medien und künstliche Intelligenz die Beratungssituation – aber letztendlich macht die medizinisch-fachliche Expertise als Grundlage der informierten Entscheidung die besondere Beratung in der Gynäkologie aus.

Die Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird durch sexuelle Aktivität mit den Risiken von möglichen Gewalterfahrungen, sexuell-übertragbaren Infektionen und ungewollter Schwangerschaften weltweit signifikant negativ beeinflusst [1]. Das betrifft auch Deutschland, obgleich die aktuelle Befragungsstudie zur Jugendsexualität zeigt, dass mehrheitlich der erste Sexualkontakt als positiv empfunden wird, die Jugendlichen heute eher vorsichtig sind und in über 50 % ab Volljährigkeit die ersten genitalen Sexualkontakte erleben (2). Sexualität scheint bei den Jugendlichen der Generationen Z und Alpha etwas in den Hintergrund zu treten.

Das Verhütungsverhalten wird aktuell klar durch die Nutzung des Kondoms dominiert. Als Methode bei den ersten heterosexuellen Kontakten wird mit etwa 75 % das Kondom angegeben, gefolgt von der oralen Kontrazeption, der „Pille", mit etwa 40 %. Mit zunehmender sexueller Aktivität steigt der Anteil der Pillennutzung auf 50–60 % an. Jugendliche und junge Erwachsene haben weiterhin häufig Sorgen zu Auswirkungen der hormonellen Kontrazeption auf Körper und Seele und zur unbedenklichen Anwendung über viele Jahre hinweg [2]. Diese Bedenken spiegeln sich im Verordnungsverhalten: Aktuell werden trotz Kostenübernahme bis zum 22. Geburtstag bei nur etwa 22 % der jungen Versicherten orale Kontrazeptiva auf Kassenrezept verordnet [3].

Auch wenn internationale Empfehlungen zumeist langwirksame reversible Methoden bei Jugendlichen präferenziell empfehlen, werden intrauterine Pessare, Gestageninjektionen oder -implantate weiterhin wenig genutzt [4]. Aufgrund der Vielzahl von kontrazeptiven Methoden ist die individuelle Beratung oft differenziert und zeitaufwändig. Tabelle 1 zeigt verschiedene Methoden und besondere Beratungsaspekte in der groben Übersicht.

Neue orale Kontrazeptiva mit Verzicht auf Ethinylestradiol wie die Kombination von Drospirenon mit Estetrol oder Drospirenon allein haben das Angebot der hormonellen Kontrazeption in den letzten Jahren erweitert. Eine neue orale Kombination aus 20 µg Ethinylestradiol und Dienogest mit verzögerter Freisetzung hat bei hoher Zyklusstabilität, geringerer Zeitabhängigkeit der Einnahme, hoher kontrazeptiver Sicherheit und antiandrogener Wirkung trotz niedrigerer Einnahmedosis von Ethinylestradiol ein besonders gutes Wirkprofil für Jugendliche. Durch die differenzierte moderne Verschreibungspraxis sind in den letzten Jahren thromboembolische Komplikationen während der Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva insgesamt seltener geworden, wie eine aktuelle finnische Fall-Kontrollstudie zeigt [6]. Perspektivisch könnte auch die bedarfsorientierte orale Kontrazeption mit reinen Gestagenen in Analogie zur bisherigen Notfallkontrazeption, die international schon lange diskutiert wird, mehr in den Fokus rücken [7].

Insgesamt stellt sich die Frage, ob die hohe Nutzung von unsicheren Verhütungsmitteln wie dem Kondom und geringe Nutzung von sicheren Verhütungsmitteln eine „Unterversorgung" von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bzgl. Kontrazeptionsberatung darstellt. Ärzt:innen werden von weiblichen Jugendlichen nur zu 19 % als wichtige Vertrauensperson für sexuelle Fragen angesehen [2]. Hier kann sich durch Optimierung der Versorgungssituation etwas verbessern. Erreichen Frauenärzt:innen die jungen Menschen mit kritischer Haltung zur medizinischen Beratung nicht mehr? Dieser Frage ging eine kanadische Arbeitsgruppe mit einer Metaanalyse nach und identifizierte folgende Barrieren zur Kontrazeptionsberatung [8]:

- geringes Wissen über Kontrazeption und Beratung
- schlechte Erreichbarkeit der Beratungsstellen
- unzureichende oder unzureichend attraktive medizinische Versorgung
- hohe Kosten der Verhütungsmittel
- Stigmatisierung durch Nutzungsverhalten
- Sorgen bzgl. Schweigepflicht
- und fehlende Zuweisung oder Vermittlung an die Beratungsstellen.

Eine gute Berücksichtigung von Sexualaufklärung in der Schule, modernisierte Informationskampagnen zur sicheren Kontrazeption, gute Angebote in gynäkologischen Praxen, kontinuierliche Weiterbildung von Beratenden unter Berücksichtigung der Lebenswelten und Sorgen der Jugendlichen, Senkung der Kosten für Verhütungsmittel und interdisziplinäre Vermittlung zur Kontrazeptionsberatung z. B. auch aus Kinder- und Jugendmedizin sind mögliche Ansätze, um individuelle und qualifizierte Verhütungsberatung und informierte Entscheidungen der jungen Menschen weiter zu fördern.

Literatur

1. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health, letzter Zugriff 27.08.2026
2. https://www.sexualaufklaerung.de/fileadmin/user_upload/08_Publikation_pdfs/Jugendsexualität/2026_ShortReport_JuSe10_sexu-erfahrungen_1-0.pdf, letzter Zugriff am 27.08.2026
3. https://www.aok.de/pp/bv/pm/risikoreiche-kontrarezeptiva/ letzter Zugriff am 27.08.2026
4. Fruzzetti F, Cagnacci A, Farris M et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2026; 31(2): 62-81
5. https://www.contraceptionchoices.org/ContraceptionChoices/Table.aspx, letzter Zugriff am 27.08.2026
6. Edrees et al. Contraception 2026; 156: 111311
7. Bell S, Gibbs S, Winskell A et al. Reprod Health. 2024; 21(1): 93
8. Johnston BK, Janssen PA, Ohtsuka M et al. Int J Gynaecol Obstet. 2026; 173(1): 74-86



PD Dr. Maren Goeckenjan

Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
maren.goeckenjan@uniklinikum-dresden.de

Methode	Verhütungssicherheit	Wenig Gedanken um Anwendung	Schutz vor STI	Besserung des Blutungsprofils	Keine/kalkulierbare Periodenblutung	Weniger Dysmenorrhoe	Weniger Akne	Weniger PMS	Hormonfrei	Für Jugendliche geeignet
Sterilisation	+++	+++	---	---	---	---	---	---	+++	---
Coitus interruptus	----	----	---	----	----	---	---	---	+++	---
Zyklusmonitoring	(–/+)	---	---	---	---	---	---	---	+++	(–/+)
Kondom	+/++	---	+++	----	---	---	---	---	+++	++
Diaphragma	+	---	+	---	---	---	---	---	+++	(+)
Kupferspirale	+++	+++	---	---	---	---	---	---	+++	++
Vaginaler Kontrazeptionsring	++	+	---	+++	+++	+++	++	++	---	++
Kontrazeptionspflaster	++	–	---	+++	+++	+++	++	++	---	++
Implantat	+++	+++	---	---	+++	+++	---	++	---	+
Injektionen	+++	++	---	---	++	+++	---	++	---	+/–
Hormonspirale	+++	+++	---	–/+	+++	+++	---	++	+/–	++
Gestagen-Mono (ovulationshemmend)	++	---	---	+	++	++	–/+	++	---	++
Kombinierte orale Kontrazeption	++	---	---	+++	+++	+++	++	++	--	++

Tab. 1: Verhütungsmethoden im Vergleich, adaptiert nach www.contraceptionchoices.org [5]

Advertorial

Hitzewallungen in den Wechseljahren: Aktive Tage, erholsame Nächte mit Lynkuet®

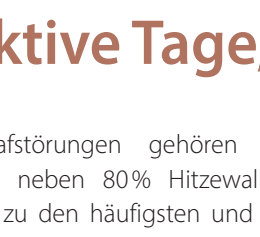
Schlafstörungen gehören mit 69 % neben 80 % Hitzewallungen zu den häufigsten und belastendsten Beschwerden, die von Frauen in den Wechseljahren berichtet werden (Abb. 1) [1]. Sie können Energie, Leistungsfähigkeit und Stimmung beeinträchtigen und reichen damit in ihrer Wirkung weit über die Nacht hinaus. Gleichzeitig werden Schlafstörungen im Gespräch mit GynäkologInnen häufig weniger gezielt adressiert als beispielsweise Hitzewallungen oder Nachtschweiß.

Wenn Hitzewallungen den Tag ausbremsen und Schlafstörungen die Nacht bestimmen, können diese Symptome die Lebensqualität der betroffenen Frauen spürbar beeinträchtigen. Mit Lynkuet® (Elinzanetant) steht seit April 2026 eine neue, nicht-hormonelle Therapieoption für moderate bis schwere vasomotorische Symptome (VMS) wie Hitzewallungen und Nachtschweiß zur Verfügung, die mit der Menopause assoziiert sind oder im Zusammenhang mit einer adjuvanten endokrinen Therapie auftreten können.

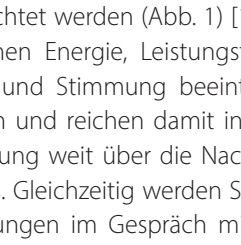
Häufigste Symptome



VMS (Hitzewallungen und Nachtschweiß)



Erschöpfung



Schlafstörungen

Abb. 1: Häufigste und belastendste Beschwerden, die von Frauen in den Wechseljahren berichtet werden (mod. nach [1]).

Lynkuet® (Elinzanetant) ist die erste duale Neurokinin-Therapie (NKT). Als dualer selektiver NK1/NK3-Rezeptorantagonist blockiert Elinzanetant die Signal übertragung an NK-1- und NK-3-Rezeptoren. Es wird davon ausgegangen, dass dies die an der Thermo- und Schlafregulierung beteiligte neuronale Aktivität normalisiert. In den zulassungsrelevanten Studien reduzierte Lynkuet® (Elinzanetant) Häufigkeit und Schwere von Hitzewallungen und Nachtschweiß signifikant. Besonders relevant ist Lynkuet® (Elinzanetant) dabei für Frauen, die keine Hormontherapie wünschen oder sie nicht anwenden können.

Zugleich verbesserten sich die in den Zulassungsstudien OASIS 1 und OASIS 2 [2] als wichtige sekundäre Endpunkte erfassten Parameter Schlafstörungen und menopausenbezogene Lebensqualität: Schlafstörungen und Lebensqualität wurden dabei erfasst mittels PROMIS-SD-SF 8b bzw. MenQol. Beide zeigten nach 12 Wochen eine statistisch signifikante Verbesserung gegenüber Placebo (Abb. 2) [2].

Die Literatur nennt als typische Beschwerden im Zusammenhang mit Schlafstörungen häufiges nächtliches Erwachen, insgesamt schlechte Schlafqualität, Schlaflosigkeit, fragmentierten Schlaf bzw. verlängerte Wachzeiten nach dem Einschlafen (WASO). Oft werden Schlafstörungen außerdem nicht direkt den Wechseljahren zugeschrieben, und die aktuellen Behandlungsoptionen sind hinsichtlich Wirksamkeit, Sicherheit oder Langzeitverträglichkeit suboptimal.



Lynkuet® (Elinzanetant). Anwendung: Standarddosis 120 mg (2 x 60 mg Kapseln), 1 x täglich abends, mit oder ohne Nahrung (Fachinformation Lynkuet®)

In der Phase-II-NIRVANA-Studie wurden 40- bis 65-jährige Frauen mit moderaten bis schweren VMS und selbstberichteten menopausalen Schlafstörungen über 12 Wochen randomisiert mit Lynkuet® (Elinzanetant) oder Placebo behandelt. Die Schlafbeurteilung erfolgte mittels Polysomnografie im Schlaflabor sowie tragbarer Monitore im häuslichen Umfeld [3]. Lynkuet® (Elinzanetant) führte vs. Placebo zu einer deutlichen Reduktion der Wachzeit nach Schlafbeginn (WASO; primärer Endpunkt) [4] über objektive und subjektive Messmethoden hinweg und im Einklang mit den zuvor genannten Studien OASIS 1 und OASIS 2.

Fazit

Der Bedarf an sicheren und wirksamen nicht-hormonellen Behandlungsoptionen ist hoch, da viele Frauen eine Hormontherapie nicht einnehmen möchten, diese nicht vertragen oder eine Kontraindikation haben. Elinzanetant ist eine wirksame und gut verträgliche nicht-hormonelle Behandlungsoption für moderate bis schwere menopausale VMS, die zudem Schlafstörungen und die menopausale Lebensqualität als wichtige sekundäre Endpunkte signifikant verbessert.

Literatur

1. Nappi R et al. Menopause. 2021; 28(8): 875–823
2. Pinkerton JV et al. JAMA. 2024; 332(16): 1343–1354
3. Baker FC et al. Sleep 2026; zsag208
4. Nappi RE et al. Sleep Medicine 2026; 138: 108337

Mit freundlicher Unterstützung vom Team Jenapharm der Bayer Vital.

Innerhalb von 12 Wochen verringerten sich Schlafstörungen von mittelschwer auf leicht

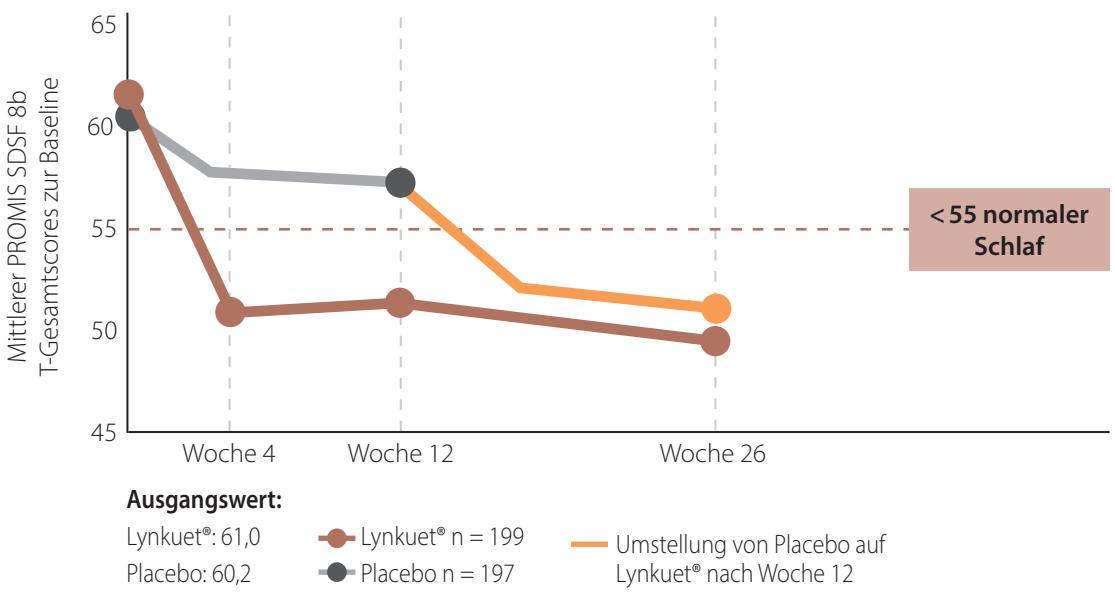


Abb. 2: Statistisch signifikante Reduktion von Schlafstörungen nach 12 Wochen (wichtiger sek. Endpunkt) (mod. nach [2]).

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Website: http://www.bfarm.de. **Bezeichnung des Arzneimittels** Lynkuet® 60 mg Weichkapseln **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 60 mg Elinzanetant. Sonstige Bestandteile: Kapselfüllung All-rac-α-Tocopherol (E 307), Macrogolglycerolcaprylocaprat, Glycerolmonocaprylocaprat, Glycerolmonooleat (E 471), Polysorbat 80 (E 433). Kapselhülle Gelatine, Sorbitol, flüssig, partiell dehydratisiert (E 420) – Glycerol (E 422), Mischung, Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H2O (E 172), mittelkettige Triglyceride, Phosphatidylcholin-Lösung 53 % in mittelkettigen Triglyceriden, Titandioxid (E 171). Druckfarbe Macrogol 400 (E 1521), Polyvinylacetatphthalat, Propylenglykol (E 1520), Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Lynkuet® wird angewendet für die Behandlung von moderaten bis schweren vasomotorischen Symptomen (VMS): die mit der Menopause assoziiert sind oder die durch eine adjuvante endokrine Therapie (AET) im Zusammenhang mit Brustkrebs verursacht wurden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der Hilfsstoffe; bekannte oder vermutete Schwangerschaft. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Nebenwirkungen:** Wie in klinischen Studien berichtet: Bei Frauen mit VMS, die mit der Menopause assoziiert sind: Häufig: Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Abdominalschmerz, Diarrhö, Hautausschlag, Muskelspasmen, Erschöpfung; Gelegentlich: ALT-Erhöhung, AST-Erhöhung, Lichtempfindlichkeitsreaktionen. Bei Frauen mit VMS, die durch AET verursacht wurden: Sehr häufig: Erschöpfung; Häufig: Depression, depressive Verstimmung, Schwindelgefühl, Schläfrigkeit, Vertigo, Diarrhö, ALT-Erhöhung, Alopezie, Muskelspasmen; Gelegentlich: AST-Erhöhung, Lichtempfindlichkeitsreaktionen. **Verschreibungspflichtig.** Vor der Verschreibung Fachinformation beachten. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Deutschland. **Stand:** Juni 2026

PP-LNK-DE-0106-1

Eröffnung einer Geburtsstation und Unterstützung eines großen Frauenhauses in Burkina Faso

Werner Harlfinger

Schwangere und auch ihre Babys haben in Burkina Faso inzwischen eine wichtige Anlaufstelle, um gut versorgt zu sein: Die neue Geburtsstation im Centre OASIS in Koudougou hat ihre Arbeit begonnen. Das Angebot wird gut angenommen. In Burkina Faso gibt es wenig medizinische Begleitung bei Geburt und Nachsorge. Jede zweite Frau ist genitalverstümmelt; die Müttersterblichkeit liegt bei fünf Prozent. Eine gute medizinische Versorgung der Entbindenden kann diese hohen Sterbezahlen erheblich senken.

Die neue Geburtsstation entstand in einem bislang ungenutzten Teil einer früheren Poliklinik. Bislang gab es in dieser Region keine qualitativ gute Entbindungsstation – obwohl Koudougou die drittgrößte Stadt in Burkina Faso ist. Die Poliklinik hat sich zu einer allgemeinmedizinischen Praxis weiterentwickelt; auch eine Impfstation ist mittlerweile fest installiert.

Sitzung der Deutsch-Afrikanischen Freundschaftsgesellschaft in der Gynäkologie (DAFG e.V.) – Global Women's Health
Donnerstag, 22. Oktober 2026, 10:45 Uhr, Saal 11

Der „Freundeskreis Burkina Faso" Schifferstadt, der seit über 20 Jahren Hilfsprojekte in Burkina Faso unterstützt, hat die Idee der Geburtshilfestation bereits 2018 angestoßen. „Es ist ein langes und gutes Projekt", so Gerhard Schackert, Vorsitzender des Freundeskreises.

Die Stiftung „Save Mothers" unterstützt das Projekt tatkräftig und auch finanziell. Auch der Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte steht dem Projekt zur Seite. Die Stiftung hilft, gute medizinische und menschliche Bedingungen für eine sichere Geburt zu schaffen.

Dafür setzen sich Stiftung und Freundeskreis gemeinsam ein, haben die technische und apparative Einrichtung der Entbindungsstation unterstützt, in Deutschland die nötigen Einrichtungsgegenstände gesammelt und ins Centre OASIS geschickt. Auch ein Notstromaggregat schaffte die Stiftung für die Station an. Doch eine technische und apparative Einrichtung allein reicht nicht aus: Gut ausgebildetes Personal ist ebenfalls wichtig. Aus diesem Grund finanzierte die Stiftung zusätzlich die Ausbildung einer weiteren Hebamme. Ferner hat die Stiftung einen voll ausgerüsteten Kinder-Notfall-Rucksack geschenkt, sodass Neugeborene sofort nach der Entbindung gut medizinisch versorgt werden können.

Um die Hilfsprojekte vor Ort realisieren zu können, arbeitet der Freundeskreis mit der regionalen Association PIA zusammen. Clarisse Kantiono gründete 2020 diese gemeinnützige Hilfsorganisation; sie ist ansässig im Sozialzentrum OASIS ihres kürzlich gestorbenen Mannes Enzo Missoni. Im Sozialzentrum finden Frauen mit ihren Kindern auch Hilfe in einer Frauenstation. Derzeit befinden sich über 60 Kinder dort. Eine angeschlossene Grundschule zählt ebenfalls zu den Hilfsprojekten, die der Freundeskreis unterstützt, um Kindern die Chance auf Basisbildung zu bieten. Das gemeinschaftliche Angebot hilft vielen Menschen in Burkina Faso eine Lebenschance zu geben. Die Hilfe lindert die Nöte vieler Familien, vieler Frauen und vieler Kinder.

Burkina Faso
Burkina Faso zählt zu den ärmsten Ländern der Welt. Über 20 Millionen Menschen leben dort. Ein Großteil der Menschen muss mit knapp einem Euro pro Tag auskommen. Burkina Faso leidet unter einem schlecht ausgebauten Gesundheitssystem. Es gibt derzeit 0,06 Ärzte pro 1.000 Einwohner. Die Säuglingssterblichkeit liegt bei 54 auf 1.000 Lebendgeburten, die Kindersterblichkeit bei 88 auf 1.000 Lebendgeburten. Laut Statistik brachte 2022 jede Frau 4,7 Kinder zur Welt. Von 100 Frauen sterben fünf bei der Geburt.

Für die neue Geburtsstation sind Geldspenden immer herzlich willkommen. Zum Spendenkonto: **https://savemothers.de/spenden/**

Um Frauen mit ihren Kindern zu unterstützen, sind auch Patenschaften möglich. Diese ist für 250 Euro im Jahr möglich. Das Patengeld reicht nicht nur für medizinische Versorgung, sondern auch für Kleidung und Schulmaterialien.



Abb. 1: Erster Ultraschall in der neuen Geburtsstation durch Werner Harlfinger (links)



Abb. 2: Erklärung des Kinder-Notfall-Rucksacke durch Intensivkrankenschwester Heike Haugwitz (rechts)

San.-Rat Dr. med. Werner Harlfinger
Stiftungsgründer und 1. Vorsitzender
Stiftung Save Mothers
save.mothers@gmx.de
https://savemothers.de



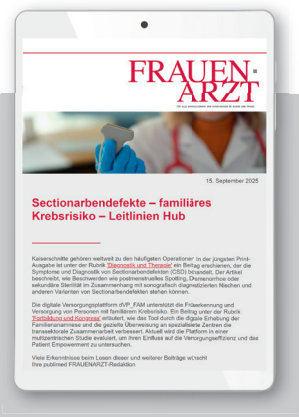
Bestens informiert zwischen den Ausgaben.
Nichts mehr verpassen mit dem FRAUENARZT-Newsletter!

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

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

Tel.: 09221 949-420
Fax: 09221 949-377
frauenarzt.de
kundenservice@publimed.de



Impressum

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

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

Geschäftsführer: Michael Dietl

Redaktion
Michael Dietl (verantwortlich)
m.dietl@publimed.de

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

Layout
Melitta Cipes

Anzeigen
anzeigen@publimed.de

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

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

Druck
mgo360 GmbH & Co. KG, Bamberg

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.

Ausstellende und Sponsoren

Firma	Stand
A	
A.M.I.	A 021
AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG	B 037
accretio medical	B 061
Alexion Pharma Germany GmbH	–
Institut AllergoSan Deutschland (privat) GmbH	A 005
ALPINION Medical Deutschland	B 023
AMBOSS SE	A 017
amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH	B 077
AMISAR GmbH/TALASAR®/ Tigogreen	C 23
Analyticon Biotechnologies GmbH	C 19
APOGEPHA Arzneimittel GmbH	B 119
Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH	A 089
Applied Medical	A 061
Aristo Pharma GmbH	B 085
Arndt Medizintechnik GmbH	C 14
Art of Beauty GmbH & Co. KG	C 17
Asclepion Laser Technologies	A 053
ASPIVIX SA	B 027
Astellas Pharma GmbH	B 053
AstraZeneca	B 049/ B 079
AUROSAN GmbH	A 033
B	
B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG	A 034
Bauerfeind AG	A 101
Bayer Vital GmbH	B 081
Besins Healthcare Germany	B 017
BIÖG LIEBESLEBEN	C 11
Biogen GmbH	B 068
biosyn Arzneimittel GmbH	B 003
BIP GmbH	C 41
Boston Scientific	B 039
BOWA MEDICAL	A 097
Büttner-Frank GmbH	B 099
Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (BSI)	–
C	
cayoo	C 49
Certmedica International GmbH	B 073
CGM Deutschland AG	C 03
cobagin	C 27
Cooper Surgical	C 08
Corcept Therapeutics	A 113

Firma	Stand
D	
Dedalus HealthCare	C 02
Dermapharm AG	B 097
DGGG e.V.	A 043
Diagnostic Green & Medicore	A 075
Distalmotion	B 129
Doctolib GmbH	B 025
Doctorflix	B 107
DR. GOECKE – Lichensclerosus GmbH	B 101
DR. KADE Health Care	A 063
E	
EDAN Instruments GmbH	A 117
Electro-Zeutika GmbH	A 115
ENDOKONSIL GmbH	A 093
EndoTracer-Vilendo GmbH	B 046
Erbe Elektromedizin GmbH	A 013
ETERNO Health GmbH	B 001
EurimPharm Arzneimittel GmbH	B 109
Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin	B 059
Exeltis Germany GmbH	B 133
F	
Ferring Arzneimittel GmbH	B 045
Fizimed	A 103
FormMed Healthcare GmbH	C 45
Fotona GmbH	A 085
Frieda Health	B 095
G	
GE HealthCare	C 13
Gedeon Richter Pharma GmbH	B 051
Genmab	A 081
Gilead Sciences GmbH	B 131
Glaxo Smith Kline GmbH & Co. KG	B 117
Gonadosan	C 29
GYNEAS	B 021
GYNEM Kinderwunschklinik	C 55
Gynial GmbH	B 085
H	
Heaton GmbH	C 51
HeiRoMed GmbH	C 19
Helixor Heilmittel GmbH	C 61
HLH BioPharm GmbH	B 019
Hologic Deutschland GmbH	A 083
HugeMed	A 079
Huntleigh	A 067
I	
INNOCEPT Biobedded Medizin-technik GmbH	A 127
INOKY GmbH	B 113

Firma	Stand
inomed Medizintechnik GmbH	C 65
Intuitive Surgical	A 039
ITF Pharma GmbH	B 105
J	
Jenapharm eine Marke von Bayer	B 055
K	
KARL STORZ SE & Co. KG	A 035
Kaymogyn GmbH (DEUMAVAN)	A 059
KEBOMED GAS AG	B 075
KLS Martin SE & Co. KG	A 031
Kooperationsgemeinschaft Mammographie	B 015
L	
LABORIE Germany	C 07
LADR Der Laborverbund Dr. Kramer & Kollegen	B 013
Laerdal Medical GmbH	C 39
Lilly Deutschland GmbH	B 137
LINET	A 121
LivsMed GmbH	C 59
Luscii – an OMRON Healthcare Service	A 077
M	
Med SSE System GmbH	A 069
Medas	C 09
Medicover Genetics GmbH	B 103
Medimex/Mindray	A 071
Medintim	C 33
Medizintechnik Heise GmbH	B 083
Medizintechnik Kaasen – Emagina	C 67
Medtronic GmbH	A 095
Meliodays Medical	B 006
Messer Industriegase GmbH	B 009
MGZ – Medizinisch Genetisches Zentrum	C 63
MITOcare GmbH & Co. KG	C 47
Moon Surgical	A 125
MSD Sharp & Dohme GmbH	B 115
N	
nal von minden GmbH	B 005
Nationales Zentrum Frühe Hilfen	C 01
Natural Cycles	B 042
Neomedic GmbH	C 53
Neukönigsförder Mineraltabletten	A 099
Neurolab GmbH	C 04
Nippon Gases Deutschland GmbH	C 43
Nordic Pharma GmbH	B 002
Norgine GmbH	B 065
NORSAN	B 067

Firma	Stand
NovoMedic GmbH	C 57
Novo Nordisk Pharma GmbH	A 027/B 127
O	
Olympus Deutschland GmbH	A 065
ORION Pharma GmbH	B 135
P	
P. J. Dahlhausen & Co. GmbH	A 025
P&G Health Germany GmbH	A 091
Pascoe pharmazeutische Präparate GmbH	B 031
Pfizer Pharma GmbH	B 048
pharma& Deutschland GmbH	B 071
PharmaCare GmbH	A 003
Pharmanovia	B 044
Philips GmbH Market DACH	A 011
Pierre Fabre Pharma GmbH	B 011
PlantTec Medical GmbH	C 25
POCwise Diagnostics	A 111
Pohl-Boskamp	B 047
Procarehealth GmbH	B 040
Promedon GmbH	C 35
Protina Pharmazeutische GmbH	C 15
PVS HAG GmbH	A 019
R	
Receptura Apotheke	B 034
Reesi	A 119
RelaxSensation	A 055
Repha GmbH Biologische Arzneimittel	B 007
Roche Diagnostics Deutschland GmbH	B 087
Roche Pharma AG	B 087
S	
Salus Pharma GmbH	B 113
Samsung Electronics GmbH	A 064
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH	B 121
SCHMITZ medical GmbH	B 033
Schülke	A 001
seca GmbH & Co. KG	A 107 / A 109
Seegene Germany GmbH	B 069
SERAG-WIESSNER GmbH & Co. KG	A 051
Sidekick Health Germany	B 123
sonoportal GmbH	A 023
Sunday Natural	A 129
T	
Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG	B 043
TALASAR®	C 23

Firma	Stand
Teleflex Medical GmbH	B 035
The WID®-easy Test	B 041
Theramex	B 111
Thieme Gruppe	A 015
tic Medizintechnik GmbH & Co. KG	B 063
tigogreen GmbH	C 23
Tontarra Medizintechnik GmbH	A 008
TopMed	C 69
trackle GmbH	A 087
Tristel	A 029
TV Wartezimmer	B 125
U	
UCB Pharma GmbH	B 057
Untire	A 010
Urotech GmbH	C 31
UV Smart Technologies B. V.	A 105
V	
VIOMED Vertriebs GmbH	C 21
Vita34	B 029
W	
Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Arzneimittel	A 009
Z	
ZEG – Berlin Center for Epidemiology and Health Research GmbH	C 37
Zentrum für Humangenetik Tübingen	A 007

Vereine, Selbsthilfegruppen, non profits	
AG GGUP e.V.	N 03
Arbeitsgruppe Nachhaltigkeit der DGGG e.V./ AG Gynäkologie KLUG e.V.	N 06 / N 07
Ärzte ohne Grenzen e.V.	N 12
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualpsychologie e.V.	N 19
Deutsche Stiftung Eierstockkrebs e.V.	N 04
Endo-Eve – Innovations-fondsprojekt	N 02
Junges Forum der DGGG e.V.	N 01
Netzwerk Gesund ins Leben im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE)	N 08
Sächsische Krebsgesellschaft e.V.	N 13
Schatten & Licht e.V.	N 14
Sensiplan	N 17

Stand: 29. September 2026

Lynkuet®
elinzanetant

Wechseljahre?

Geben Sie Ihren Patientinnen Lebensqualität zurück.

Lynkuet® ist die erste duale auf Neurokinin-Rezeptoren ausgerichtete Therapie (NKT) für Patientinnen mit moderaten bis schweren Hitzewallungen und Nachtschweiß mit Verbesserung von Schlafstörungen* – für mehr Lebensqualität* in den Wechseljahren.



NEU

- **signifikante Reduktion von Hitzewallungen**[1]
- **Verbesserung von Schlafstörungen**[1,*]
- **Verbesserung der Lebensqualität**[1,*]

www.bleib-du-selbst.de

PP-LNK-DE-0037-1

Referenzen:

* Schlafstörungen und Lebensqualität wurden mittels PROMIS-SD-SF 8b bzw. MENQOL erfasst und zeigten beide als wichtige sekundäre Endpunkte in den zulassungsrelevanten Studien OASIS-1 und OASIS-2[2] nach 12 Wochen eine statistisch signifikante Verbesserung

1. Fachinformation Lynkuet 11/2025; 2. Pinkerton JV, et al. JAMA. 2024; 332(16):1343-1354

▼**Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.** Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Website: http://www.bfarm.de. **Bezeichnung des Arzneimittels:** Lynkuet® 60 mg Weichkapseln **Zusammensetzung:** *Wirkstoff:* 60 mg Elinzanetant. *Sonstige Bestandteile:* Kapselfüllung All-rac-α-Tocopherol (E 307), Macrogolglycerolcaprylocaprat, Glycerolmonocaprylocaprat, Glycerolmonooleat (E 471), Polysorbat 80 (E 433). Kapselhülle Gelatine, Sorbitol, flüssig, partiell dehydratisiert (E 420) - Glycerol (E 422), Mischung, Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H2O (E 172), mittelkettige Triglyceride, Phosphatidylcholin-Lösung 53 % in mittelkettigen Triglyceriden, Titandioxid (E 171). Druckfarbe Macrogol 400 (E 1521), Polyvinylacetatphthalat, Propylenglykol (E 1520), Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Lynkuet® wird angewendet für die Behandlung von moderaten bis schweren vasomotorischen Symptomen (VMS): die mit der Menopause assoziiert sind oder die durch eine adjuvante endokrine Therapie (AET) im Zusammenhang mit Brustkrebs verursacht wurden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der Hilfsstoffe; bekannte oder vermutete Schwangerschaft. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Nebenwirkungen:** Wie in klinischen Studien berichtet: Bei Frauen mit VMS, die mit der Menopause assoziiert sind *Häufig:* Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Abdominalschmerz, Diarrhö, Hautausschlag, Muskelspasmen, Erschöpfung; *Gelegentlich:* ALT-Erhöhung, AST-Erhöhung, Lichtempfindlichkeitsreaktionen. Bei Frauen mit VMS, die durch AET verursacht wurden: *Sehr häufig:* Erschöpfung; *Häufig:* Depression, depressive Verstimmung, Schwindelgefühl, Schläfrigkeit, Vertigo, Diarrhö, ALT-Erhöhung, Alopezie, Muskelspasmen; *Gelegentlich:* AST-Erhöhung, Lichtempfindlichkeitsreaktionen. **Verschreibungspflichtig.** Vor der Verschreibung Fachinformation beachten. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Deutschland. **Stand:** Juni 2026

BAYER

Jenapharm
Eine Marke von Bayer.