1 gyn kongress

Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2026

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





Mit Spannung darf die feierliche Eröffnung des 66. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erwartet werden.

Blick nach vorn: Wie wir die Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe gemeinsam gestalten

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 66. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) heißt der DGGG-Vorstand und die Kongresspräsidentschaft Sie in diesem Jahr in München herzlich willkommen. Unter dem Kongressmotto „Unsere Zukunft mit Wissenschaft – Die Frau im Blick" widmen wir uns den drängenden Herausforderungen und vielversprechenden Chancen unserer Disziplin.

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist in all ihren Schwerpunkten und Subspezialisierungen außergewöhnlich breit aufgestellt. In Zeiten rasanter medizinischer Fortschritte wird es für die Akteurinnen und Akteure im Klinik- und Praxisalltag jedoch zunehmend komplexer, innovative Ansätze zeitnah zu erfassen und in das eigene Handeln zu integrieren. Unser Kongress dient hierbei als unverzichtbare Standortbestimmung: Er bündelt den aktuellen State of the Art, vermindert mühsames Suchen in der Flut an Publikationen und zeigt auf, wie sich unser Gebiet durch Digitalisierung, Personalisierung und moderne Versorgungsstrukturen kontinuierlich weiterentwickelt. Ziel muss es sein, die Versorgungsqualität der sich uns anvertrauenden Frauen, Patientinnen und ihrer Familien nachhaltig zu verbessern und stets auf dem höchsten medizinischen Niveau nach bestem aktuellem Wissensstand zu gewährleisten.

Impulse für Forschung und hohe Versorgungsqualität

Für all das setzt der alle zwei Jahre stattfindende DGGG-Kongress wieder entscheidende Impulse. Unser ausdrücklicher Dank gilt allen Abstract-Einreichenden sowie den Referentinnen und Referenten des DGGG-Kongresses, die mit ihren aktuellen Studien, Forschungsarbeiten und klinischen Erfahrungen das Programm mit Leben füllen und diese Tagung zu einem Ereignis von höchster wissenschaftlicher Qualität machen. Sie sorgen für die Kombination aus hochkarätigen wissenschaftlichen Sitzungen, Spitzenreferaten, Seminaren, freien Vorträgen und Poster-Präsentationen.

Schon bei der Vorbereitung des Kongresses wurde deutlich: Wir verfügen über sehr gute Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, leistungsfähige Universitätskliniken und international sichtbare Projekte. Was fehlt, ist nicht Exzellenz. Was fehlt, ist eine transparente, verlässliche und dauerhaft erkennbare Gesamtstruktur für Forschung in Gynäkologie und Geburtshilfe. Die neuen Programme des Bundes für die Forschung in Frauenheilkunde und geschlechtersensibler Medizin sind richtig und überfällig. Wir setzen uns dafür ein, aus Förderung auf Zeit eine verlässliche Forschungsarchitektur zu machen.

Forum der Nachwuchsförderung

Der DGGG-Kongress ist die Plattform für kollegialen Austausch zur Versorgungsforschung, bei dem offen und auch kontrovers diskutiert wird und ebenso das Netzwerken nicht zu kurz kommt. Ein zentrales Anliegen unseres Fortbildungsgipfels ist die Nachwuchsförderung. Durch Formate wie „Basics & Advanced" und „Junior meets Senior" schaffen wir auf dem Kongress ein Forum für Weiterbildung und den Dialog auf Augenhöhe, in dem Sorgen, Wünsche und Ideen direkt adressiert werden können. Dies erinnert uns auch daran, dass wir die Begeisterung für unser wunderschönes Fach möglichst früh wecken müssen: in den Summer Schools, in den Praktika, Famulaturen und im Praktischen Jahr an den Universitätsklinika und Lehrkrankenhäusern. Bei den vielfältigen Formaten des DGGG-Kongresses wird auch dies Diskussionsthema sein.

Nach einem erfolgreichen und wissenschaftlich inspirierenden Kongress 2024 in Berlin freuen wir uns außerordentlich, Sie also nun im Herzen Bayerns begrüßen zu dürfen. Bayern steht für exzellente Forschung, hohe Innovationskraft und eine weltoffene Atmosphäre – es bietet somit den idealen Rahmen, um die Zukunft unseres Faches gemeinsam zu diskutieren und zu gestalten.

Ihr
Prof. Dr. Gert Naumann
DGGG-Präsident



Ihr
Prof. Dr. Matthias W. Beckmann
Kongresspräsident



Inhalt

Grußwort 1
Gert Naumann, Matthias W. Beckmann

Programmkomitee und Vorstand 2

Eröffnungsveranstaltung 2

Impressum 2

Gewaltambulanz in der Patientinnenbetreuung 3
Kathrin Yen et al.

Epigenetik und miRNA-Biologie – Die Game Changer unseres Faches 3
Johannes Huber

Ernährung und Krebs – Noch ein Game Changer? 4
Marion Kiechle

Firmensymposien 6

Basics: Unterbauschmerz – Endometriose 6
Martin Weiss et al.

HRT – Nutzen und Risiken – Aus der Forschung, für die Praxis 8
Alfred O. Mueck

Advanced – Diagnostik Urogynäkologie: Von der Anatomie zur individuellen Befundinterpretation 9
Markus Hübner

Best of FOG&DAGG Kongress 2025 – Highlights 10
Bernhard Krämer

Ausstellende und Sponsoren 11

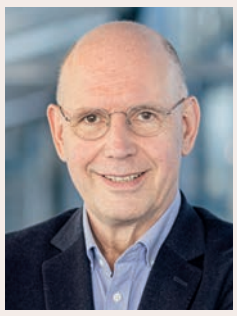
Programmkomitee und Vorstand

Präsident der DGGG e.V.



Prof. Dr. Gert Naumann, Erfurt

Kongresspräsident 2026



Prof. Dr. Matthias W. Beckmann, Erlangen

Co-Kongresspräsidentinnen 2026



Prof. Dr. Brigitte Strizek, Bonn



Prof. Dr. Frauke von Versen, Basel (CH)

Kongresssekretärin und Kongresssekretär 2026

PD Dr. Stefanie Burghaus, Erlangen
PD Dr. Julius Emons, Erlangen

Vorstand der DGGG e.V. | Programmkomitee

Prof. Dr. Gert Naumann, Erfurt
Präsident

Prof. Dr. Angela Köninger, Regensburg
1. Vizepräsidentin

Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt, Hamburg
2. Vizepräsidentin

Prof. Dr. Markus Schmidt, Duisburg
Schriftführer

Prof. Dr. Uwe Wagner, Marburg
Schatzmeister

Ilse Fragale, Berlin
Generalsekretärin

Prof. Dr. Michael Abou-Dakn, Berlin
Vertreter der AGG e.V.

Prof. Dr. Tanja Groten, Köln
Vertreterin der AGG e.V.

Prof. Dr. Markus Hübner, Freiburg
Vertreter der AGUB e.V.

Prof. Dr. Erich-Franz Solomayer, Homburg
Vertreter der AGE e.V.

Prof. Dr. Wolfgang Janni, Ulm
Vertreter der AGO e.V.

Prof. Dr. Marc Thill, Frankfurt am Main
Vertreter der AWOgyn e.V.

Prof. Dr. Nicole Sänger, Bonn
Vertreterin der DGGEF e.V.

Prof. Dr. Frauke von Versen, Basel (CH)
Vertreterin des URZ

Dr. Laura Dussan Molinos, Ravensburg
Vertreterin des Jungen Forums

Dr. Henning Schäffler, Ulm
Vertreter des Jungen Forums

Markus Haist, Pforzheim
Vertreter des BVF e.V.

Prof. Dr. Markus Fleisch, Wuppertal
Vertreter der BLFG e.V.

Programmkomitee Kongress 2026

Prof. Dr. Bahriye Aktas, Leipzig
Prof. Dr. Nina Ditsch, Augsburg
PD Dr. Maren Goeckenjan, Dresden
Prof. Dr. Katharina Hancke, Ulm
Prof. Dr. Markus Hübner, Freiburg
Prof. Dr. Karl O. Kagan, Tübingen
Prof. Dr. Holger Maul, Hamburg
Prof. Dr. Clemens Tempfer, Herne
Prof. Dr. Martin Weiss, Tübingen
Prof. Dr. Pia Wülfing, Hamburg

Eröffnungsveranstaltung

Mittwoch, 21. Oktober 2026, 14:30 – 16:15 Uhr

Meilensteine, Herausforderungen, Fortschritt:

Der Präsident der DGGG e.V., Prof. Dr. Gert Naumann, präsentiert einen kompakten **Rückblick auf relevante Entwicklungen** und Meilensteine in Gynäkologie und Geburtshilfe.

Wer gibt dem wissenschaftlichen Programm seine Richtung und Tiefe?

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann, Kongresspräsident, sowie unsere Co-Kongresspräsidentinnen Prof. Dr. Brigitte Strizek und Prof. Dr. Frauke von Versen zeigen mit Engagement und Herzblut, wie gemeinsam mit einem über 30-köpfigen Programmkomitee ein Kongress entsteht, der alle Facetten unseres Fachs abbildet.

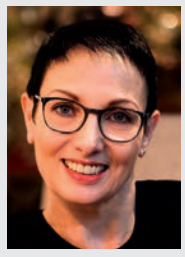
Folgende Persönlichkeiten haben die DGGG e.V. und unser Fach mit außergewöhnlichem Engagement maßgeblich geprägt. Ihre Verdienste werden im Rahmen der diesjährigen Eröffnungsveranstaltung gefeiert und mit der **Ehrenmitgliedschaft** prämiert.



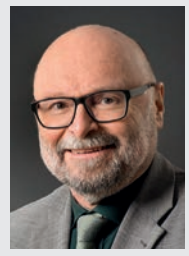
Prof. Dr. Werner Mendling gilt als einer der profiliertesten Experten der gynäkologischen Infektiologie und hat mit seiner wissenschaftlichen und klinischen Arbeit das Verständnis sowie die Therapie vaginaler Infektionen nachhaltig geprägt.



Prof. Dr. Matthias David hat die Gynäkologie und Geburtshilfe, insbesondere psychosomatische Aspekte der Frauengesundheit, über Jahrzehnte mit wissenschaftlicher Tiefe und großem Engagement begleitet.



Ilse Fragale, Generalsekretärin der DGGG e.V., ist seit mehr als zwei Jahrzehnten mit außergewöhnlichem Engagement und unermüdlichem Einsatz die zentrale Schnittstelle der Fachgesellschaft.



Prof. Dr. Anton J. Scharl, von 2018 bis 2022 Präsident der DGGG e.V., hat nicht nur die gynäkologische Onkologie, sondern das gesamte Fach mit Klarheit und großem Engagement entscheidend mitgestaltet.

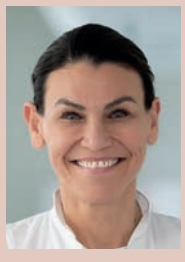


© FIGO

Prof. Dr. Frank Louwen, langjähriges DGGG-Vorstandsmitglied und heute Botschafter der DGGG im internationalen Umfeld, hat die moderne Geburtshilfe, insbesondere die physiologische Geburtsbetreuung, mitbegründet.



Die **korrespondierende Mitgliedschaft der DGGG e.V.** würdigt **Prof. Dr. Bettina Toth**, die die Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie mit wissenschaftlicher Exzellenz und großem Engagement geprägt hat – in Deutschland und Österreich.



Die **Carl-Kaufmann-Medaille,** höchste Auszeichnung der Frauenheilkunde im deutschsprachigen Raum, erhält **Prof. Dr. Marion Kiechle.**
Wir würdigen eine herausragende Ärztin, Wissenschaftlerin und Impulsgeberin, die die gynäkologische Onkologie und die Frauenmedizin weit über die Klinik hinaus geprägt hat.

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.

Gewaltambulanz in der Patientinnenbetreuung

Kathrin Yen, Julia Lehmann

Seit 2020 besteht nach § 27 SGB V ein gesetzlicher Anspruch auf eine vertrauliche Beweissicherung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt. Grundlage hierfür sind die 2017 in Deutschland ratifizierte Istanbul-Konvention zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt sowie die steigende Zahl von Gewaltdelikten. Laut polizeilicher Kriminalstatistik 2025 ist die Zahl der angezeigten Vergewaltigungen seit 2018 um rund 71,7 % gestiegen. Da viele Taten nicht angezeigt werden, ermöglicht die Gesetzesänderung Betroffenen aber auch ohne Strafanzeige eine kostenfreie, „verfahrensunabhängige" rechtsmedizinische Untersuchung, Dokumentation und Spurensicherung.

Am Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin Heidelberg besteht seit 2011 eine Gewaltambulanz, seit 2023 zusätzlich eine Zweigstelle in Stuttgart. Beide Standorte versorgen ein großes Einzugsgebiet in Nordbaden und ermöglichen einen raschen Zugang zu einer professionellen rechtsmedizinischen Beweissicherung nach Gewaltdelikten. Das Angebot richtet sich an Menschen jeden Alters und jeder Herkunft, die von Gewalt betroffen sind. Hierzu zählen häusliche und sexualisierte Gewalt, Kindesmisshandlung und -missbrauch, Folter, Genitalbeschneidung sowie Gewalt mit Waffen oder anderen Gegenständen. Betroffene können sich selbst vorstellen oder werden durch Beratungsstellen oder ärztliche Kolleginnen und Kollegen überwiesen. Stellt sich eine Frau in einer gynäkologischen Praxis oder Klinik nach einem sexuellen Übergriff vor, sollte möglichst zeitnah Kontakt mit der Gewaltambulanz aufgenommen werden. Die Untersuchung kann beispielsweise direkt in der Klinik oder Praxis erfolgen; benötigte Materialien zur Spurensicherung und Fotodokumentation werden von der Rechtsmedizin mitgebracht.

Die freiwillige Untersuchung umfasst Anamnese, körperliche Untersuchung, Verletzungsdokumentation, Spurensicherung und die Untersuchung des Genitale. Der Fokus liegt auf der gerichtsfesten Dokumentation forensisch relevanter Befunde. Auf der Grundlage langjähriger Erfahrung und hoher Fallzahlen erfolgt die Spurensicherung nach standardisierten Abläufen. Dazu gehören die fachgerechte Sicherung und Lagerung der Asservate, molekularbiologische Untersuchungen im Auftrag der Ermittlungsbehörden, toxikologische Analysen bei entsprechender Indikation sowie die rechtsmedizinische Bewertung der erhobenen Befunde. Im Anschluss werden ein Konsiliarbericht oder ärztlicher Befund erstellt, nach Anzeigeerstattung gegebenenfalls auch ein Gutachten. Darüber hinaus bietet das Institut mit dem Projekt Guide4You psychosoziale Unterstützung durch speziell geschulte Lotsinnen und Lotsen, die Betroffene begleiten oder an regionale Hilfsangebote vermitteln. Für die Gynäkologie bedeutet das Heidelberger Modell, dass die forensische Verantwortung bei der Rechtsmedizin liegt und damit sowohl die Anforderungen des Patientenrechtegesetzes auf Facharztstandard als auch des § 27 SGB V erfüllt werden. Die gemeinsame Untersuchung erspart Betroffenen wiederholte Untersuchungen in unterschiedlichen Einrichtungen und gewährleistet den höchstmöglichen Standard der forensischen Beweissicherung. Eine frühzeitige und qualitätsgesicherte Dokumentation kann die Beweislage in Straf- und Zivilverfahren entscheidend verbessern.

Durch die enge Zusammenarbeit von Gynäkologie und Rechtsmedizin können wir betroffenen Frauen eine bestmögliche medizinische, forensische und psychosoziale Versorgung bieten und sie in dieser belastenden Situation umfassend unterstützen.

Keynote-Lecture
Gewaltambulanz bzw. Rechtsmedizin in der Patientinnenbetreuung
Donnerstag, 22. Oktober 2026, 15:30 Uhr, Saal 1

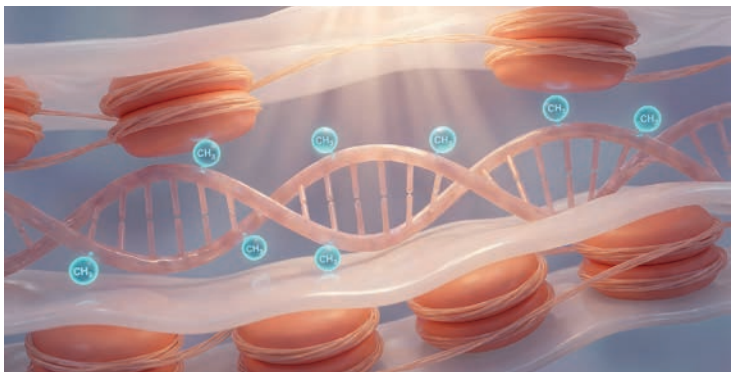


Prof. Dr. med. univ. Kathrin Yen
Ärztliche Direktorin des Instituts für Rechts- und Verkehrsmedizin am Universitätsklinikum Heidelberg
Kathrin.Yen@med.uni-heidelberg.de

Epigenetik und miRNA-Biologie – Die Game Changer unseres Faches

Johannes Huber

Wissenschaftliche Sitzung
Spitzenreferate – Game Changer
Mittwoch, 21. Oktober 2026, 11:15 Uhr, Saal 2



© Loki_Creo – stock.adobe.com

Als vor etwas mehr als einem Vierteljahrhundert der kürzlich verstorbene Craig Venter in Anwesenheit des amerikanischen Präsidenten das dechiffrierte menschliche Genom vorstellte, wusste man noch nicht, dass diese genetische Hardware – um bei der Terminologie der Computerwissenschaft zu bleiben – zwei zusätzliche Softwareprogramme benötigt – welche auch für das Fach der Frauenheilkunde von immer größer werdender Relevanz werden – die epigenetische und die miRNA-Steuerung des Genoms. Bei letzterer handelt es sich um haarnadelförmige RNA-Stücke, die lediglich transkribiert, nicht aber in Strukturelemente translatiert werden und als funktionelle Steuerungseinheiten über die Ablesung vieler Gene entscheiden. Das bekannte Fluktuationsmuster ovarieller Steroide im Menstruationszyklus induziert im Hintergrund eine Fülle solcher miRNAs, die entsprechend der Zyklusphasen unterschiedlich aktiv sind und deren Verständnis die gynäkologische Endokrinologie verändern wird. Aber auch die „präconceptional health" – wie *The Lancet* eine diesbezügliche wissenschaftliche Publikationsserie betitelte, hängt von diesen miRNAs ab, die sich bereits vor der Zeugung in den Gameten sammeln – von Lebensgewohnheiten, Environment und Stress der Eltern abhängig sind – und an die Kinder weitergegeben werden; diese kleinen Steuerungsmoleküle gelangen auch während der Laktation über die mütterliche Milch in den kindlichen Organismus – aber schon während der Schwangerschaft werden diese RNAs zwischen Mutter und Kind ausgetauscht, was einen Mikrochimärismus bewirkt, der noch der wiss. Aufarbeitung harrt. Die Embryogenese selbst, die wir Geburtshelferinnen und Geburtshelfer im Ultraschall beobachten, folgt ebenfalls einer noch zu entziffernden Chronologie der RNAs. In der gynäkologischen Onkologie sind RNA-Therapien im Kommen und möglicherweise bereits Game Changer. Denn diese kleinen RNA-Stücke sind in der Lage, DNA-Abschnitte über deren RNA zu blockieren und damit aberrante onkogene Befehle ruhig zu stellen. Dies wird zu einer weiteren Individualisierung der Krebstherapie führen.

Die epigenetische Steuerung ist das zweite Softwareprogramm, das in unserem Fach die gleiche Aufmerksamkeit verdient wie die RNA-Welt.

Vor allem während der Schwangerschaft, in den ersten 1.000 postpartalen Tagen und während der Pubertät nimmt die Epigenetik entscheidende Prägungen für das spätere Leben vor. Traumatisierungen der Mutter während der Gestationszeit können Acetylierungs- und Methylierungsveränderungen in entscheidenden Promotorregionen des kindlichen Genoms vornehmen und dort im adulten Leben weiter wirken. Dies wird eine völlig neue Schwangerschaftsvorsorge notwendig machen. Denn neue Daten zeigen auch, dass jede Schwangerschaft mit einem forcierten epigenetischen Altern der Mutter verbunden ist, das postpartal wieder ausgeglichen werden muss. Auch hinter den physiologischen Veränderungen, die die Menopause hervorruft, agieren epigenetische Mechanismen, die durch eine Hormonersatztherapie verändert werden können.

Die Medizin und auch die Frauenheilkunde gleichen derzeit der Physik am Beginn des 20. Jahrhunderts, als durch die Erkenntnisse des subatomaren Bereiches das Newtonsche Weltbild erweitert und auch verändert werden musste.

Literatur
1. Gluckman PD et al. New England Journal of Medicine 2008; 359(1): 61–73
2. Stephenson J et al. The Lancet 2018; 391(10132): 1830–1841
3. Toms D et al. Frontiers in Endocrinology 2018; 8: 378



Prof. Dr. Dr. Johannes Huber
Prof. em. Universitätsfrauenklinik Wien
johannes.huber@meduniwien.ac.at

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

FRAUEN·ARZT

Ernährung und Krebs – Noch ein Game Changer?

Marion Kiechle

Nach Checkpoint-Inhibitoren, PARP-Inhibitoren und Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten drängt sich in der gynäkologischen Onkologie die Frage auf, ob auch die Ernährung das Zeug zum Game Changer hat – oder ob sie eine flankierende Maßnahme mit begrenztem Nutzen bleibt. Die Datenlage hat sich zuletzt klar zugunsten der ersten Antwort verschoben.

Entität	Faktor/Intervention	Evidenzlage	Konsequenz für die Praxis
Endometriumkarzinom	Adipositas	RR ca. 1,5 pro 5 kg/m² BMI; BMI > 40 kg/m² ca. 7-fach (Metaanalysen)	Gewicht aktiv adressieren; bariatrische bzw. medikamentöse Optionen erwägen
Endometriumkarzinom	Gewichtsreduktion unter Gestagentherapie	Kohorten und kleine Serien: besseres Ansprechen, weniger Rezidive	Fester Bestandteil des fertilitätserhaltenden Konzepts
Ovarialkarzinom	Sarkopenie/Mangelernährung	Konsistente Kohortendaten: Morbidität, Therapieabbrüche, OS	Screening (z. B. NRS 2002), Prähabilitation, ERAS, Proteinzufuhr
Ovarialkarzinom	Mediterrane Kost	Prospektive Kohorte: besseres Gesamtüberleben	Empfehlenswert, kein Ersatz für Therapie
Mammakarzinom	Fettreduziertes Ernährungsmuster	WHI-DM: Brustkrebsmortalität HR 0,79 (p = 0,02); WINS: RFS HR 0,76	Strukturierte Ernährungsintervention anbieten
Mammakarzinom	Gewichtsreduktion	BWEL: –4,7 % Gewicht nach 12 Monaten, iDFS ausstehend	Telefon- bzw. programmbasierte Betreuung
Mammakarzinom	Alkohol	Konsistent, dosisabhängig erhöhtes Risiko	Karenz empfehlen
Alle Entitäten	Gewichtsreduktion durch GLP-1-RA oder Bariatrie	Kohorten: signifikant geringere Inzidenz adipositasassoziierter Karzinome; BMI-Änderung als Mediator	Adipositas als onkologischen Risikofaktor behandeln
Alle Entitäten	Körperliche Aktivität	Kohorten und Leitlinien: niedrigere Rezidiv- und Mortalitätsrate	≥ 150 min/Woche moderate Aktivität
Alle Entitäten	Ketogene Diät, Fasten, Hochdosis-Supplemente	Keine belastbaren Endpunktdaten, teils Interaktionen	Nur innerhalb klinischer Studien

RFS = rezidivfreies Überleben; iDFS = invasives krankheitsfreies Überleben; OS = Gesamtüberleben; WHI-DM = Women's Health Initiative Dietary Modification Trial; ERAS = Enhanced Recovery After Surgery; NRS = Nutritional Risk Screening; GLP-1-RA = GLP-1-Rezeptoragonist.

Tab.: Ernährung und Lebensstil bei gynäkologischen Tumoren und Mammakarzinom – Evidenz und Praxis

Wissenschaftliche Sitzung
Spitzenreferate – Game Changer
Mittwoch, 21. Oktober 2026, 11:15 Uhr, Saal 2

Endometriumkarzinom: Adipositas ist der Treiber

Hier ist der Zusammenhang am stärksten und am besten quantifiziert. Pro 5 kg/m² BMI steigt das Erkrankungsrisiko um rund 50 %, bei einem BMI über 40 kg/m² etwa siebenfach [1]. Verantwortlich sind die periphere Aromatisierung im Fettgewebe, Hyperinsulinämie und chronische Inflammation. Umgekehrt senken bariatrische Chirurgie und GLP-1-Rezeptoragonisten die Inzidenz adipositasassoziierter Karzinome signifikant; in einer Mediationsanalyse war das Ausmaß der BMI-Reduktion der entscheidende Faktor [2, 3]. Beim fertilitätserhaltenden Vorgehen ist Gewichtsreduktion nicht Beiwerk, sondern Teil der Therapie: Sie verbessert Ansprechen und Rezidivfreiheit unter Gestagenen.

Ovarialkarzinom: Ernährungszustand bestimmt Prognose

Hier entscheidet der Ernährungszustand: Sarkopenie und Mangelernährung sind unabhängige Prädiktoren für postoperative Morbidität, Therapieabbrüche und schlechteres Überleben. Präoperatives Screening, eiweißreiche Supplementierung und Prähabilitation im ERAS-Konzept sind notwendige, aber zumeist zu wenig etablierte Maßnahmen. Eine hohe Adhärenz zur mediterranen Kost vor und nach Diagnose ist mit besserem Gesamtüberleben assoziiert [4]; in der WHI-Interventionsstudie sank die Inzidenz unter fettreduzierter Kost [5].

Mammakarzinom: Gewichtsreduktion reduziert Mortalität

In WINS verbesserte eine fettreduzierte Kost das rezidivfreie Überleben signifikant (HR 0,76), in der Langzeitauswertung sank die Mortalität hormonrezeptornegativer Patientinnen um 36–54 % [6]. Die WHI-Interventionsstudie zeigte nach median 19,6 Jahren eine signifikant niedrigere Brustkrebsmortalität unter fettreduzierter Ernährung (HR 0,79; p = 0,02) [7] – der bislang stärkste randomisierte Beleg, dass eine Ernährungsintervention das Überleben verbessert. WHEL mit obst- und gemüsereicher Kost, aber ohne Gewichtsverlust blieb negativ [8]: Energiebilanz und Gewicht wiegen schwerer als einzelne Lebensmittelgruppen. Die BWEL-Studie (n = 3.181) erreichte telefonbasiert –4,7 % Gewicht nach einem Jahr, die iDFS-Daten stehen aus [9]. Alkohol erhöht das Risiko gesichert und dosisabhängig [10]. Die randomisierte DIRECT-Studie zeigte unter Fasting-mimicking-Diät höhere pathologische Ansprechraten [11]. Ein vielversprechender Ansatz, der in klinischen Studien weiterverfolgt wird.

Einordnung

Ernährung ist definitiv ein Game Changer in der gynäkologischen Onkologie, der bislang zu wenig beachtet wird. Randomisierte Studien zeigen konsistent, dass eine Ernährungsintervention Rezidive und Brustkrebsmortalität senkt, und die Daten zu GLP-1-Rezeptoragonisten belegen, dass eine wirksame Gewichtsreduktion die Inzidenz Adipositas-assoziierter Tumoren verringert. Der Effekt liegt in einer Größenordnung, die wir bei medikamentösen Therapien als praxisverändernd feiern – nur ist er kostengünstig, nebenwirkungsarm und in jeder Praxis und Klinik verfügbar. Was in der breiten Versorgung jedoch weitestgehend fehlt, ist der Zugang zu strukturierten Programmen: Gewichtsnormalisierung, mediterrane Ernährung, Alkoholkarenz, ausreichend Protein und regelmäßige Bewegung gehören in jeden onkologischen Therapieplan.

Literatur

1. Renehan AG et al. Lancet 2008; 371: 569–78
2. Wolff Sagy Y et al. eClinicalMedicine 2025
3. GLP-1 receptor agonists and cancer risk in adults with obesity: retrospective cohort study. 2025 (PMID 40839273)
4. Association between pre-diagnosis and post-diagnosis Alternate Mediterranean Diet and ovarian cancer survival: a prospective cohort study. 2024 (PMID 39334418)
5. Prentice RL et al. J Natl Cancer Inst 2007; 99: 1534–43
6. Chlebowski RT et al. J Natl Cancer Inst 2006; 98: 1767–76; Langzeitauswertung: SABCS 2014
7. Chlebowski RT et al. J Clin Oncol 2020; 38: 1419–28
8. Pierce JP et al. JAMA 2007; 298: 289–98
9. Ligibel JA et al. JAMA oncology 2025; 11(10): 1194–1203
10. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report, 2018
11. de Groot S et al. Nat Commun 2020; 11: 3083



Prof. Dr. med. Marion Kiechle
Frauenklinik,
TUM Universitätsklinikum,
Technische Universität München
marion.kiechle@tum.de

gynkongress



Lesen Sie die offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2026 auch online!

Ausgabe 1 – 2026



Firmensymposien

Mittwoch, 21.10.2026

13:45 – 14:30 Uhr · Saal 2
Kurzsymposium
ITF Pharma GmbH
Mehr als Übelkeit: Psychische Belastung und Lebensqualität bei (Hyper)Emesis gravidarum
- Interdisziplinärer Vortrag
  Ludwig N. Baumgartner, Freising
  Almut Dorn, Hamburg

13:45 – 14:30 Uhr · Saal 3
Kurzsymposium
Norgine GmbH
Optimierte Versorgung rund um die Geburt: Anämie vermeiden – Einleitungen erfolgreicher gestalten
Vorsitz: Michael Abou-Dakn, Berlin
Markus Schmidt, Duisburg
- Sichere Geburtseinleitung: Evidenzbasierte Anwendung und Monitoring
  Markus Schmidt, Duisburg
- Eisenmangel in der Schwangerschaft: Evidenzbasierte Therapieentscheidungen zwischen oraler und intravenöser Substitution; Michael Abou-Dakn, Berlin

13:45 – 14:30 Uhr · Saal 4
Kurzsymposium
Pascoe pharmazeutische Präparate GmbH
Ganzheitliche reproduktive Medizin – Neue Perspektiven bei unerfülltem Kinderwunsch
Vorsitz: Ekaterina Minenko, Gießen
- Reproduktive Vorsorge bei Kinderwunsch – Ein holistischer Ansatz zur Lösung funktioneller Blockaden
  Alexander Just, Wien (AT)

13:45 – 14:30 Uhr · Saal 11
Kurzsymposium
DR. KADE Health Care
Die Rolle des vaginalen Mikrobioms für die Frauengesundheit – Neue Chancen für Prävention u. Therapie
Vorsitz: Werner Mendling, Wuppertal

Donnerstag, 22.10.2026

09:45 – 10:30 Uhr · Saal 2
Kurzsymposium
biosyn Arzneimittel GmbH
Selen in der Frauenheilkunde: Wieso, weshalb, warum?
Vorsitz: Christian Jackisch, Frankfurt am Main
- Komplementäre Ansätze und Beratungskompetenz
  Christian Jackisch, Frankfurt a. Main
- Was sagt die aktuelle Evidenz? Neue Erkenntnisse zu Selen und seinen Chancen; Lutz Schomburg, Berlin
- Vom Laborwert zur Lebensrealität: Was Selen im Praxisalltag bedeutet
  Olaf Katzler, Hamburg
- Q & A

09:45 – 10:30 Uhr · Saal 3
Kurzsymposium
Gedeon Richter Pharma GmbH
Moderne Therapiekonzepte mit Relugolix-CT: Von klinischer Evidenz zur gelebten Praxis
Vorsitz: Peyman Hadji, Frankfurt am Main; Thomas Römer, Köln
- Relugolix-CT bei Uterusmyomen – 5 Jahre klinische Erfahrung: Was haben wir gelernt?
  Stefan P. Renner, Böblingen
- Relugolix-CT bei Endometriose – 3 Jahre klinische Erfahrung: Wo stehen wir?
  Harald Krentel, Aschaffenburg

09:45 – 10:30 Uhr · Saal 4
Kurzsymposium
Schülke
Rethinking Vaginal Infections – Einfach. Partnerorientiert. Alltagstauglich.
Vorsitz: Mandy Mangler, Berlin; Gwen Zwingenberger, München

09:45 – 10:30 Uhr · Saal 11
Kurzsymposium
Natural Cycles
Natural Cycles – eine neue Option der Kontrazeption
Vorsitz: Johannes Bitzer, Basel (CH)
- Digitale Kontrazeption in der gynäkologischen Praxis: Klinische Einordnung und Wirksamkeit
  Johannes Bitzer, Basel (CH)
- Welche Patientinnen profitieren von digitaler Kontrazeption? Individualisierte Verhütungsberatung zwischen Evidenz und Versorgungsrealität
  Sebastian Zuber, Penzberg
- Q&A und Abschluss

14:00 – 15:15 Uhr · Saal 2
Lunchsymposium
Glaxo Smith Kline GmbH & Co. KG
Gynäkologische Onkologie – praxisnahe Ansätze für optimale Patientinnenbetreuung
Vorsitz: Philipp Harter, Essen
- Immunonkologie des Endometriumkarzinoms: Komplexe Evidenz – Praktische Anwendung
  Holger Bronger, München
- Therapieentscheidung 360°: Chemosensitivität & Sequenzierung beim Ovarialkarzinom
  Christian Jackisch, Frankfurt am Main
- Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADC): Perspektiven der nahen Zukunft
  Philipp Harter, Essen
- Moderierte Diskussion
  Holger Bronger, München
  Philipp Harter, Essen
  Christian Jackisch, Frankfurt am Main

14:00 – 15:15 Uhr · Saal 3
Lunchsymposium
AstraZeneca GmbH
Real-World Ready: Neue Therapieansätze und praktische Implementierung in der gynäkologischen Onkologie
Vorsitz: Barbara Schmalfeldt, Hamburg
- Aktuelles zur Systemtherapie beim Endometriumkarzinom
  Barbara Schmalfeldt, Hamburg
- Fortgeschrittenes/rezidiviertes Endometriumkarzinom: Evidenz in die Praxis implementieren
  Beyhan Ataseven, Detmold
- Diskussion
- Aktuelles zur Systemtherapie beim Ovarialkarzinom
  Barbara Schmalfeldt, Hamburg
- Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom: Von der Studienevidenz zur Patientinnenversorgung
  Pauline Wimberger, Dresden
- Paneldiskussion: Real-World-Ready?!

14:00 – 15:15 Uhr · Saal 4
Lunchsymposium
MSD Sharp & Dohme GmbH
Zervixkarzinom im Fokus – Von der Prävention bis zur Therapie
Vorsitz: Annette Hasenburg, Mainz
- Begrüßung
  Annette Hasenburg, Mainz
- HPV & Dysplasien – Alltag, Herausforderungen, Behandlung und Prävention; Monika Hampl, Köln
- Präventionslücke trifft Innovation: Immunonkologie in der Behandlung des (lokal) fortgeschrittenen Zervixkarzinoms
  Annette Hasenburg, Mainz
- Q&A; Annette Hasenburg, Mainz
- Abschluss; Annette Hasenburg, Mainz

14:00 – 15:15 Uhr · Saal 5
Lunchsymposium
Jenapharm eine Marke von Bayer
Wechseljahre neu denken: Vom Leidensdruck zur Lebensqualität – Leitliniengerechte Therapie vasomotorischer Symptome
Vorsitz: Vanadin Seifert-Klauss, München
- Leitlinien-Update Peri- und Postmenopause zur Behandlung vasomotorischer Symptome
  Vanadin Seifert-Klauss, München
- NKT – Die neue Therapieoption in der Praxis: Von der Praxisrelevanz zum Therapiealgorithmus
  Thomas Römer, Köln
- Wenn die Nacht zum Tag wird: Neue Ansätze bei Hitzewallungen und Schlafstörungen
  Nele Freerksen-Kirschner, Aachen

14:00 – 15:15 Uhr · Saal 11
Lunchsymposium
Applied Medical Deutschland GmbH
vNOTES – Anwendungsspektrum und Perspektiven
Vorsitz: Rüdiger Klapdor, Hamburg
- Welcome & Introductions
  Rüdiger Klapdor, Hamburg
- The History, Development and Anatomy of vNOTES
  Jan Baekelandt, Bonheide (BE)
- vNOTES Einsatzmöglichkeiten und Einblicke in die Vergütung
  Rüdiger Klapdor, Hamburg
- Erfolgreiche Implementierung von vNOTES an einer deutschen Universitätsklinik
  Hermann Hertel, Hannover
- Successful vNOTES Implementation from an International Perspective and the Evolution in Practice
  Andrea Stuart, Lund (SE)
- Q&A Session & Closure

14:00 – 15:15 Uhr · Saal 13
Lunchsymposium
Biogen GmbH
Postpartale Depression in der klinischen Praxis – warum frühes Handeln zählt
- Begrüßung und Einleitung – Postpartale Depression ist häufig und unterdiagnostiziert
- Postpartale Depression – systematisches Screening in Klinik und Praxis
- Postpartale Depression – Behandlung neu denken
- Postpartale Depression – in der gynäkologischen Praxis verankern
- Podiumsdiskussion

14:00 – 15:15 Uhr · Saal 14 a
Lunchsymposium
AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG
Jeder Schritt zählt: Patientinnenzentrierte Therapiesequenz beim platinresistenten Ovarialkarzinom
Vorsitz: Sven Mahner, München
- Therapieverlauf der Patientin: Von der Erstlinie zur Platinresistenz
  Sven Mahner, München
- Neue Perspektiven beim platinresistenten Ovarialkarzinom: Therapieoptionen im Wandel; Lars C. Hanker, Münster
- Therapiesequenzen beim PROC: Patientinnenzentriert gestalten
  Tjoung-Won Park-Simon, Hannover
- Mehr als ein Therapieziel: Lebensqualität im Alltag der Patientin
  Gerhard Gebauer, Hamburg
- Zusammenfassung und Paneldiskussion
  Gerhard Gebauer, Hamburg
  Lars C. Hanker, Münster
  Sven Mahner, München
  Tjoung-Won Park-Simon, Hannover

14:00 – 15:15 Uhr · Saal 14 c
Lunchsymposium
Novo Nordisk Pharma GmbH
Von Fertilität bis Menopause: Adipositas – Diagnose, Risiken, orale Therapie
- Adipositas und frauenspezifische Risiken: Relevanz für die gynäkologische Praxis
- Medikamentöse Strategien zur Gewichtsreduktion: Fokus orale Therapien

Basics: Unterbauchschmerz – Endometriose

Martin Weiss[1,2], Yagmur Damla Kizilaslan[1], Jürgen Andress[1]

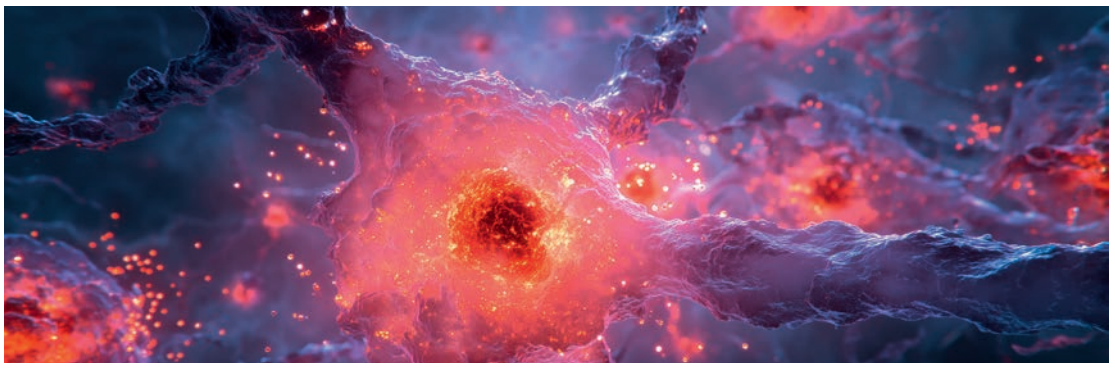
[1] Department für Frauengesundheit, Tübingen
[2] NMI Naturwissenschaftliches Medizinisches Institut, Reutlingen

Wissenschaftliche Sitzung Basics – Der Unterbauchschmerz
Donnerstag, 22. Oktober 2026, 10:45 Uhr, Saal 1

Unterbauchschmerzen gehören zu den häufigsten und belastendsten Beschwerden. Aktuelle Studien zeigen, dass bei rund 44 % der Frauen mit chronischen Unterbauchschmerzen eine Endometriose vorliegt [1]. Wegen variabler, häufig unspezifischer Symptomatik und fehlender spezifischer Biomarker wird sie oft spät erkannt – nicht umsonst gilt sie als „Chamäleon der Gynäkologie".

Das Ausmaß der Läsionen korreliert dabei oft nur schwach mit der Schmerzintensität – eine Beobachtung, die dem klassischen „Implantationsmodell" widerspricht; die Lokalisation prägt eher den Schmerzcharakter als dessen Intensität [2]. Ausgedehnte Befunde können nahezu stumm bleiben, während einzelne kleine Herde mitunter stärkste Beschwerden verursachen. Und obwohl die Exzision der Placebochirurgie überlegen ist, berichten rund 20 % der Patientinnen keine Besserung [3]. Endometrioseassoziierter Schmerz ist daher kein rein mechanisch-implantatbedingtes Phänomen, sondern Ausdruck einer eigenständigen, multifaktoriellen neuroimmunologischen Erkrankung [4].

Am Anfang steht eine östrogengetriebene chronische Entzündung. Zyklische Proliferation und Mikroblutungen der Herde re-



© Useful_Items – stock.adobe.com

krutieren Makrophagen und aktivieren den NF-κB-Signalweg, wodurch vermehrt TNF-α, IL-1β und Prostaglandine freigesetzt werden. Östrogen verstärkt diese Reaktion selbst und schließt einen positiven Rückkopplungskreis, der die Progression unterhält [5]. Diese Mediatoren sensibilisieren periphere Nozizeptoren und senken die Schmerzschwelle.

Zentral ist die enge Verzahnung von Immunzellen und Nerven: Aktivierte Makrophagen sezernieren Nervenwachstumsfaktoren (u. a. NGF) und gestalten die Innervation um. Sensorische Fasern sprossen ein, während sympathische Fasern verloren gehen [6]. Diese Dysbalance unterhält Entzündung und Schmerz zugleich, parallel zur Neubildung von Blutgefäßen (Neuroangiogenese). So entsteht ein selbstverstärkendes Mikromilieu, das die Schmerzleitung dauerhaft anfacht [7].

Persistierende nozizeptive Reize führen schließlich zur zentralen Sensibilisierung: Schmerzverarbeitende Netzwerke in Rückenmark und Gehirn verändern sich funktionell, der Schmerz entkoppelt sich vom peripheren Auslöser, und selbst nicht schmerzhafte Reize werden als schmerzhaft erlebt [8]. Dies erklärt die häufige Assoziation mit Reizdarm, Blasenschmerzsyndrom, Migräne oder Fibromyalgie und warum hormonelle oder operative Maßnahmen allein den Schmerz nicht immer beseitigen.

Konsequenzen für die Praxis

Nicht nur die sichtbaren Läsionen, sondern der Schmerz selbst muss ebenfalls behandelt werden. Bei typischer Anamnese sollte auch ohne laparoskopische Diagnostik früh empirisch therapiert werden [9]. Die frühe, konsequente Suppression der östrogengetriebenen Entzündung (gestagenbetonte Hormontherapie, ergänzend NSAR) zielt auf den peripheren Rückkopplungskreis. Ob sie zentralen Schmerzmustern vorbeugt, ist plausibel, prospektiv aber nicht belegt – gezielte Therapien der zentralen Sensibilisierung sind bislang unzureichend untersucht [10]. Die operative Therapie ist eine wichtige und wirksame Behandlungssäule, mitunter adressiert sie als Monotherapie jedoch nicht jeden Schmerztyp. Wichtig ist eine realistische Aufklärung, dass Schmerzen unabhängig von der Therapie fortbestehen können. Entscheidend ist, den Schmerzphänotyp zu erfassen. Wer neben leitliniengerechter operativer Therapie frühzeitig multimodal behandelt (medikamentöse Suppression, Beckenboden-Physiotherapie, Schmerzmedizin und psychologische Mitbetreuung), adressiert peripheren und zentralen Schmerz zugleich.

Literatur

1. Harder C et al. Int J Gynaecol Obstet, 2024. 167(3): 883–900
2. Alves, JS et al. J Minim Invasive Gynecol, 2026. 33(5): 505–515
3. Abbott J et al. Fertility and sterility 2004; 82(4): 878–884
4. Zondervan KT et al. N Engl J Med 2020; 382(13): 1244–1256
5. Rathod S et al. Cureus 2024; 16(8): e66128
6. Arnold J et al. Brain, behavior, and immunity 2012; 26(1): 132–141
7. May K et al. Minerva Ginecol 2008; 60(3): 245–54
8. Zheng P et al. J Pain Res 2019; 12: 1447–1456
9. Becker CM et al. Human Reproduction Open 2022; 2022(2): hoac009
10. Simpson G et al. The Clinical Journal of Pain 2022; 38(10): 640–648



Prof. Dr. Martin Weiss
Oberarzt
Department für Frauengesundheit
Universitatsklinikum Tübingen
martin.weiss@med.uni-tuebingen.de

Jetzt verfügbar

Bei postpartaler Depression rasch handeln:

ZURZUVAE™

Schnell wirksame[a] 14-tägige orale Therapie[1,2]



Erfahren Sie mehr beim PPD-Symposium

„Bei postpartaler Depression rasch handeln"

Do 22.10.2026
14:00 – 15:15 Uhr

DGGG 2026
ICM, Messe München
Saal 13

Schneller Wirkeintritt bereits ab Tag 3 möglich[b,1]

Signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserung der depressiven Symptome[b,c,1]

Anhaltende Symptomlinderung[b,d,1]

Behandlungsdauer: 14 Tage (einmaliger Behandlungszyklus)[2]

HAMD-17: 17-item Hamilton Depression Rating Scale | **LSM:** Mittelwert der kleinsten Quadrate | **a** Schneller Wirkeintritt bereits an Tag 3 möglich[1] | **b** Ergebnisse der SKYLARK-Studie[1] | **c** Reduktion des HAMD-17-Scores (LSM) vs. Placebo an Tag 15 der SKYLARK-Studie: -4,0 Punkte (-15,6 vs. -11,6 Punkte; p = 0,001)[1] | **d** Bis Tag 45 beobachtet; Reduktion des HAMD-17-Scores (LSM) vs. Placebo an Tag 45 der SKYLARK-Studie: -3,5 Punkte (-17,9 vs. -14,4 Punkte; p = 0,007)[1] | **1.** Deligiannidis KM et al. Am J Psych. 2023; 180(9): 668 – 675 | **2.** ZURZUVAE™ Fachinformation, aktueller Stand

Zurzuvae 20 mg / 25 mg / 30 mg Hartkapseln. **Wirkstoff:** Zuranolon. **Zusammensetzung:** 1 Hartkapsel enthält: 20 mg / 25 mg / 30 mg Zuranolon. *Sonstige Bestandteile:* Croscarmellose-Natrium (E 468), Mannitol (E 421), Mikrokristalline Cellulose (E 460), Hochdisperses Siliciumdioxid (E 551), Natriumstearylfumarat, Gelatine (E 441), Eisen(III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O (E 172), Ammoniumhydroxid (E 527), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Propylenglycol (E 1520), Schellack (E 904). **Anwendungsgebiete:** Zurzuvae wird angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung von postpartaler Depression (PPD) nach der Entbindung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Zuranolon oder einen der sonstigen Bestandteile; Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Somnolenz, Schwindelgefühl, Sedierung; Häufig: Erinnerungsvermögen eingeschränkt, Verwirrtheitszustand, Tremor, Diarrhö, Ermüdung. **Warnhinweis:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig. Weitere Angaben:** siehe Fachinformation. Biogen Netherlands B.V., Prins Mauritslaan 13, 1171 LP Badhoevedorp, Niederlande. **Stand:** September 2025.

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. Falls erforderlich, kann die Dosis ohne Heruntertitrieren abgesetzt werden.[2]

Biogen

Biogen GmbH
Riedenburger Straße 7
81677 München
www.biogen.de

Erfahren Sie mehr zu postpartaler Depression und ZURZUVAE™ auf BiogenLinc.de/zurzuvae

Oder QR-Code scannen und Updates über Ihren bevorzugten Kanal erhalten.

ZURZUVAE™ (Zuranolon) Hartkapseln 25 mg

Biogen-294165, Stand Juli 2026

HRT – Nutzen und Risiken – Aus der Forschung, für die Praxis

Alfred O. Mueck

Zur Bewertung einer HRT muss primär die kontroverse Diskussion herausgestellt werden, die durch die Women's Health Initiative (WHI)-Studie 2002 ausgelöst wurde [1]. Daraus ergaben sich als wichtigste Kontraindikationen das Mamma- und Endometriumkarzinom, venöse Thromboembolien und Hirninsult mit der Schlussfolgerung, dass die HRT mehr Risiken als Nutzen bringt und Alternativen gesucht werden sollten. Dies wurde zunächst leider in den meisten Empfehlungen übernommen, auch in der ersten deutschen S3-Leitlinie (2009) [2]. Viele, auch ich in Hunderten von Veranstaltungen, haben auf die Problematik der WHI hingewiesen und auf das Fehlen der Einbeziehung auch einschlägiger Beobachtungsstudien. Die WHI ist zwar die einzige ausreichend statistisch gepowerte randomisierte, placebokontrollierte Studie mit klinischen Endpunkten, aber als „Doppelblindstudie" kann sie nicht bewertet werden, da für 40 % der Patientinnen eine vorzeitige Entblindung erfolgte. Angewendet wurde nur ein Präparat (equine Estrogene + MPA), in Europa kaum verwendet. Der Beginn (Mittel 63 J.) war zu spät, in einem Kollektiv, das zu 40 % mit schwerwiegenden Risikofaktoren für Brustkrebs und kardiovaskulären Erkrankungen belastet war.

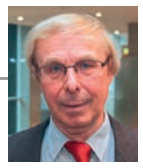
Keynote-Lecture
HRT-Nutzen und Risiken – Aus der Forschung für die Praxis
Freitag, 23. Oktober 2026, 8:00 Uhr, Saal 1

Statt die WHI in einer nach Alter und Risikogruppen anderen Population zu wiederholen, mit einem anderen Präparat wie etwa transdermalem Estradiol mit Progesteron, wurden weltweit Hunderte von Studien mit indirekten Endpunkten durchgeführt und verschiedenste Alternativen geprüft. Die revidierte deutsche S3-Leitlinie (2020) hat die Problematik zwar berücksichtigt [3], bezog sich aber auch weitgehend auf die WHI und hat mit dem neuen Titel „Peri- und Postmenopause: Diagnostik und Interventionen" die HRT nur noch bedingt als Standard herausgestellt, wie dies wohl auch für die gerade in Bearbeitung dritte S3-Leitlinie gilt, in der alternative Therapien einen eher noch größeren Platz einnehmen [4].

Aktuell hat die FDA jedoch nun endlich auf eine notwendige Neubewertung der HRT hingewiesen [5] und möchte die Beipackzettel mit Entschärfung der „Black-Box-Warnungen" grundlegend verändern. Aufgrund der Bedeutung sei die Begründung der FDA wörtlich zitiert: „Current evidence suggests that hormone therapy initiated within a decade of the onset of perimenopause has been associated with numerous long-term health benefits, including reduced vasomotor symptoms, without significantly affecting atherosclerotic cardiovascular disease among women aged 50 to 59 years [5a]. Hormone therapy has also been associated with a 25 % to 50 % reduction in fatal cardiovascular events [5b] (the leading cause of death in women), a 50 % to 60 % reduction in bone fractures [5c], a 64 % reduction in cognitive decline [5d] and a 35 % decreased risk of Alzheimer disease [5e]". Auch wenn der Zusatznutzen hinsichtlich Kognition und M. Alzheimer kontrovers diskutiert wird, sollte diese Neubewertung zu einer grundlegenden Neueinschätzung der HRT führen, wie der Pressesprecher der FDA drastisch formulierte: „Tragically, tens of millions of women have been denied the life-changing and long-term health benefits of HRT [...] This is, in my opinion, one of the greatest mistakes in modern medicine [...]". Tabelle 1 erfasst gelistete Indikationen, Zusatznutzen für Erkrankungen, bei denen der Estradiolmangel eine pathophysiologische Rolle spielen kann und die Kontraindikationen, wie sie, auch in Zukunft gelten sollten, so wohl dann auch in der neuen S3-Leitlinie, wenn sie dann abschließend publiziert wird.

Literatur

beim Autor bzw. zitiert in JAMA (5a-e)



Prof. Dr. med. Dipl. Chem. Dr. rer. nat. Alfred O. Mueck
Department für Frauengesundheit, Universitäts-Frauenklinik Tübingen, und Beijing OB/GYN Hospital, Capital Medical University
A.O.Mueck@t-online.de
Alfred.Mueck@uni-tuebingen.de

Indikationen, präventiver Zusatznutzen und Kontraindikationen für eine HRT

Derzeit gelistete Indikationen (Beipackzettel)
- klimakterische Beschwerden
- Prävention der postmenopausalen Osteoporose*
- POI, prämature Menopause

Kurative Anwendungen
- klimakterische Beschwerden (vasomotorische und psychonervöse Symptome)
- urologische Beschwerden (Dysurie, Zystitis)
- urogenitale Atrophie (bevorzugt vaginal-lokale Anwendung)
- abnorme uterine Blutungen (Typ FIGO-O)
- spezielle Formen der Dyslipoproteinämie

Möglicherweise präventiver Zusatznutzen**
- Diabetes mellitus
- Metabolisches Syndrom
- koronare Herzerkrankungen
- M. Alzheimer; kognitive Störungen
- verschiedene atrophisch-degenerative Erkrankungen (Haut, Schleimhäute, Bindegewebe), Rheumaformenkreis
- kolorektale Karzinome
- Lungenkarzinom?
- bestimmte Formen schizophrener Psychosen?

Absolute Kontraindikationen (gelistete Kontraindikationen)
- ungeklärte vaginale Blutungen, Endometriumhyperplasie
- estrogenabhängige Malignome (v. a. Mammakarzinom, Endometriumkarzinom)
- akute venöse Thromboembolien
- angeborene Gerinnungsstörungen
- akuter Myokardinfarkt, instabile Angina pectoris
- akuter Hirninsult, instabile Hypertonie
- akute Migräneanfälle mit Sehstörungen
- Schwangerschaft
- bekannte Überempfindlichkeit gegen Wirkstoffe

Relative Kontraindikationen***
- schwere Lebererkrankungen, Cholestase
- Thrombophilie
- Porphyrie, systemischer Lupus erythematodes
- schwere Hypertonie, schwere Herz- und Nierenerkrankungen
- schwerer Diabetes mit Gefäßveränderungen
- Pankreatitis, Hyperlipoproteinämien Typ IV, V
- Uterus myomatosus, Endometriose
- Epilepsie, Chorea minor

Frühere Kontraindikationen****
- Asthma, Multiple Sklerose, Otosklerose, Melanom, Lebertumore

*) derzeit eingeschränkte Indikation der Osteoporoseprävention: „bei Unverträglichkeit oder Kontraindikationen gegenüber Alternativen"
**) Möglicher Zusatznutzen begründet durch pathophysiologische Beteiligung eines Estradiolmangels, potenziell nur bei bestimmten Formen der Erkrankung, bei frühem Beginn und differenzierter HRT
***) Ausnahmen müssen forensisch nachweisbar begründet werden; streng individualisierte HRT; häufig Estradiol transdermal + Progesteron oder Dydrogesteron
****) Diese Erkrankungen sollten nicht mehr als Kontraindikationen geführt werden!

Tab. 1: Indikationen, präventiver Zusatznutzen und Kontraindikationen für eine HRT (modifiziert nach Fachinformationen bzw. Literatur beim Verfasser)

Gemeinsam neue Perspektiven schaffen: Für wohnungslose Mütter und ihre Kinder

Gegründet von Jutta Speidel in München, setzt sich der gemeinnützige Verein HORIZONT seit 29 Jahren für wohnungslose Mütter und ihre Kinder ein und schafft mit seinem vielfältigen und nachhaltigen Angebot neue Perspektiven. Mit der Eröffnung des dritten HORIZONT-Hauses im Oktober 2026 entsteht erstmals auch ein Bereich für Trauma, Therapie & Gesundheit.

Ihre Unterstützung hilft, ein Angebot zu schaffen und genau dort anzusetzen, wo Versorgungslücken besonders spürbar sind.

Ihre Spende hilft!

Wir freuen uns über Ihre Spende direkt auf unser **Spendenkonto** oder mit diesem **PayPal-Code.** Jeder Beitrag zählt!

HORIZONT e.V.
HypoVereinsbank München
IBAN: DE13 7002 0270 3560 1200 00
BIC: HYVEDEMMXXX



Advanced – Diagnostik Urogynäkologie: Von der Anatomie zur individuellen Befundinterpretation

Markus Hübner

Urogynäkologische Beschwerden lassen sich selten allein durch die Betrachtung eines einzelnen Organs oder eines isolierten Befundes erklären. Harninkontinenz, Drang, erschwerte Blasenentleerung, Senkungsgefühl, Defäkationsprobleme oder Beckenbodenschmerzen entstehen häufig im Zusammenspiel anatomischer Strukturen und funktioneller Mechanismen. Genau diesem Fundament der Diagnostik widmet sich der Vortrag „Anatomische und funktionell-mechanische Zusammenhänge" im Rahmen der Sitzung „Advanced – Diagnostik Urogynäkologie".

Diese Sitzung verfolgt ein aufeinander aufbauendes, praxisnahes Fortbildungskonzept – vom Einstieg in die Weiterbildung bis zur gezielten Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Der Vortrag eröffnet die Sitzung und setzt damit bewusst den Rahmen für die nachfolgenden Beiträge zu Funktionsdiagnostik, klinischer Untersuchung und Bildgebung.

Im Mittelpunkt steht die Frage, wie sich klinische Symptome aus den anatomischen und biomechanischen Gegebenheiten des weiblichen Beckenbodens ableiten und verstehen lassen. Der Beckenboden ist kein statisches Haltesystem. Er bildet vielmehr eine dynamische funktionelle Einheit aus knöchernen Strukturen, Bindegewebe, Faszien, Ligamenten, Muskulatur und nervaler Steuerung. Seine Funktion entsteht aus dem abgestimmten Zusammenwirken dieser Komponenten – in Ruhe, unter Belastung, bei Miktion und Defäkation sowie in Situationen erhöhten intraabdominellen Drucks.

Für die klinische Praxis bedeutet dies: Ein sichtbarer Deszensusbefund erklärt nicht zwangsläufig die Beschwerden einer Patientin. Umgekehrt können ausgeprägte Symptome bestehen, obwohl der anatomische Befund nur gering erscheint. Ebenso ist eine Belastungsinkontinenz nicht allein als urethrale Problematik zu verstehen, sondern kann mit Veränderungen der urethralen Unterstützung, der Beckenbodenmuskulatur, der Druckübertragung und der Gewebequalität zusammenhängen. Bei Entleerungsstörungen wiederum sind neben anatomischen Veränderungen unter anderem Koordination, Relaxationsfähigkeit und funktionelle Obstruktion zu berücksichtigen.

Eine tragfähige Diagnostik verbindet daher Anamnese, strukturierte klinische Untersuchung und eine hypothesengeleitete Zusatzdiagnostik. Entscheidend ist, die Befunde nicht additiv nebeneinanderzustellen, sondern sie zu einem funktionellen Modell zusammenzuführen: Welche Struktur ist betroffen? Welche mechanische Konsequenz ergibt sich daraus? Wie passt diese zur Symptomatik, zu Belastungssituationen und zu den Zielen der Patientin?

Dieses Verständnis ist auch für die Beratung und Therapieplanung essenziell. Die anatomische Rekonstruktion allein garantiert keine Beschwerdefreiheit; ebenso kann eine symptomorientierte konservative Behandlung sinnvoll sein, obwohl ein deutlicher anatomischer Befund vorliegt. Eine gute urogynäkologische Versorgung braucht deshalb mehr als die korrekte Benennung eines Deszensusgrades oder einer Inkontinenzform. Sie benötigt die Fähigkeit, Anatomie, Funktion und individuelle Beschwerden in Beziehung zu setzen.



Prof. Dr. med. Markus Hübner
Klinik für Frauenheilkunde
Universitätsklinikum Freiburg
Hugstetter Straße 55, 79106 Freiburg
markus.huebner@uniklinik-freiburg.de

Wissenschaftliche Sitzung
Advanced – Diagnostik Urogynäkologie
Mittwoch, 21. Oktober 2026, 16:30 Uhr, Saar 13

Cariban®

Die Nr. 1 bei Übelkeit & Erbrechen in der Schwangerschaft*

Flexibel in der Dosierung[1,2]
10 mg/10 mg ermöglicht für Schwangere die **niedrigste individuelle** Dosierung.



Sicher. Bewährt. Wirksam.[3]

Cariban® 10 mg / 10 mg Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung
Wirkstoffe: Doxylaminsuccinat, Pyridoxinhydrochlorid Zus.: Jede Kapsel enth. Doxylaminsuccinat 10 mg, Pyridoxinhydrochlorid 10 mg. **Sonstige Bestandt. m. bekannter Wirkung:** Sucrose (79,5 mg pro Kapsel). **Sonstige Bestandt.:** Zucker-Maisstärke-Pellets, Schellack Typ entwachst, Povidon K 30, Talkum, Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) u. Hochdisp. Siliciumdioxid. **Hartkapselhülle:** Gelatine, Indigocarmin-Aluminiumsalz (E132), Chinolingelb (E104) und Titandioxid (E171). **Anw.:** Sympt. Behandl. von Übelkeit u. Erbrechen während d. Schwangerschaft (nausea and vomiting during pregnancy- NVP) bei Erw., die nicht auf konservatives Management reagieren. Einschränk. d. Anwend.: Die Komb. Doxylamin / Pyridoxin wurde im Falle von Hyperemesis gravidarum nicht untersucht. **Gegenanz.:** Überempfindl. geg. Wirkstoffe od. sonstige Bestandteile, Überempfindlichkeitsrkt. auf andere Antihistaminika vom Ethanolamin-Typ, gleichzeit. Anwend. mit Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren, gleichzeit. Anwend. von starken Inhibitoren von CYP450-Isoenzymen, Porphyrie. **Nebenw.:** Häufig: Somnolenz, trockener Mund, Verstopfung, verschwommenes Sehen, Harnverhaltung, erhöhte bronchiale Sekretion. Gelegentlich: Verwirrtheit, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, Doppeltsehen, Glaukom, Asthenie, periphere Ödeme, orthostatische Hypotonie, Tinnitus, Hautausschlag, Photosensitivitätsrkt. Selten: Tremor, Krampf, Agitiertheit, hämolytische Anämie. Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar): Schwindel, Tachykardie, Atemnot. **Warnhinweise:** Nicht über 25°C lagern. Verschreibungspflichtig. Weitere Informationen siehe Fach- u. Gebrauchsinfo. **Zulassungsinhaber:** ITF Pharma GmbH, Prinzregentenplatz 14, 81675 München. **Stand:** 04-2024

* Cariban® ist die Nr. 1 nach Verordnungen bei Schwangerschaftsübelkeit. Marktdaten Insight Health: 04/2025
[1] Saz-Leal P et al. Drugs R D. 2023 Jun;23(2):185-195. | [2] Fachinformation Cariban® ITF Pharma GmbH, 2024-4.
[3] Koren G et al, BMC Pregnancy Childbirth. 2016 Nov 24

Ihr Partner für Frauengesundheit
ITF PHARMA GMBH
ITALFARMACO® GROUP

Best of FOG&DAGG Kongress 2025 – Highlights

Bernhard Krämer

Die operative Gynäkologie ist eine zentrale Säule unseres Faches. Gerade im Blickwinkel von zunehmender Subspezialisierung und Technologisierung gilt es, die grundsätzlichen Techniken unseres OP-Spektrums zu erhalten und konsequent an die kommenden Generationen von Operateurinnen und Operateuren weiter zu vermitteln.

Somit stand klar der praktische Aspekt im Fokus des vergangenen FOG/DAGG 2025 in München. Folgerichtig füllten theoretische Vorträge weniger die Agenda als vielmehr die Weitergabe von OP-Verfahren sowie Tipps und Tricks für die tägliche Praxis. Das lange Jahre bewährte Konzept von Live-OPs wurde zugunsten von OP-Videos verlassen, die viel gezielter auf kritische Punkte und mögliche Fallstricke während eines Eingriffs eingehen können und somit aus didaktischer Sicht einen größeren Nutzen für die Community beinhalten mögen.

Volle Säle bei Demonstrationen zu Komplikationen in Gynäkologie, aber eben auch operativer Geburtshilfe gaben diesem Konzept recht – es sind nämlich eben gerade die täglichen Fragestellungen und die Herausforderungen im (Nacht-)Dienst, die den Großteil des Nachwuchses umtreiben und weniger die Performance eines erfahrenen „Altoperateurs" während einer ausgewählten Live-OP. Letztere ist unter Umständen wegen der besonderen Selektion des Falles und der Patientin kein deckungsgleiches Abbild für die klinische Routine.

Die technischen Möglichkeiten im Bereich der digitalen Bildaufzeichnung und die heutzutage hochwertige Qualität des Bildmaterials aus den OP-Sälen haben dem vergangenen FOG/DAGG ohne jeden Zweifel ein reichhaltiges Programm beschert, das in dieser Form in Deutschland sicher in einzigartige Weise so konzentriert angeboten werden konnte. Natürlich haben wir mittlerweile auch unterjährig ein breites Streamingangebot (teilweise on demand, z. B. thieme Gyn Community) für unser Fach aufgebaut, trotzdem ist der persönliche Dialog und die Diskussion im Plenum ein unschätzbar wichtiges Element für die operative Weiterbildung.
Hervorzuheben ist für das Zusammentreffen in München, dass ganz gezielt auch die Nachwuchsoperateurinnen und -operateure aufgerufen waren, Beiträge und Videos einzureichen. Es ist erfreulich, dass von diesem Angebot rege Gebrauch gemacht wurde, zeigt es doch, dass die operative Gynäkologie und Geburtshilfe vibriert und die Aktiven am gegenseitigen Austausch interessiert sind und mit hoher Motivation zur Sache gehen. Es ergab sich nach den Vorträgen und Videodemonstrationen ein reger Austausch und nicht selten wurde auch nach Ende der Sitzungen auf den Korridoren des Messegebäudes weiterdiskutiert. Es herrschte stets eine hervorragende Atmosphäre, in der zu spüren war, dass man sich auf Augenhöhe austauschte und mehrere konstruktive Ansätze beleuchtet wurden, die je nach Patientinnenklientel, vorhandener Infrastruktur und persönlicher Erfahrung zur operativen Problemlösung im Einsatz sind.

Welche Schlüsse haben wir als Organisatoren demnach aus diesem erfolgreichen Kongress 2025 gezogen?
Zwei wesentliche Erkenntnisse:

1) so soll es weitergehen, das ist aktuell unseres Erachtens der Weg für die operative Ausbildung, der in diesem Format fortgesetzt werden sollte! Das Feedback der Teilnehmer vor Ort und nach der Veranstaltung war eindeutig.
2) Die Qualität der Beiträge war so hoch, dass es ein Verlust wäre, wenn sie nicht einem breiteren Publikum zugänglich gemacht werden würden:

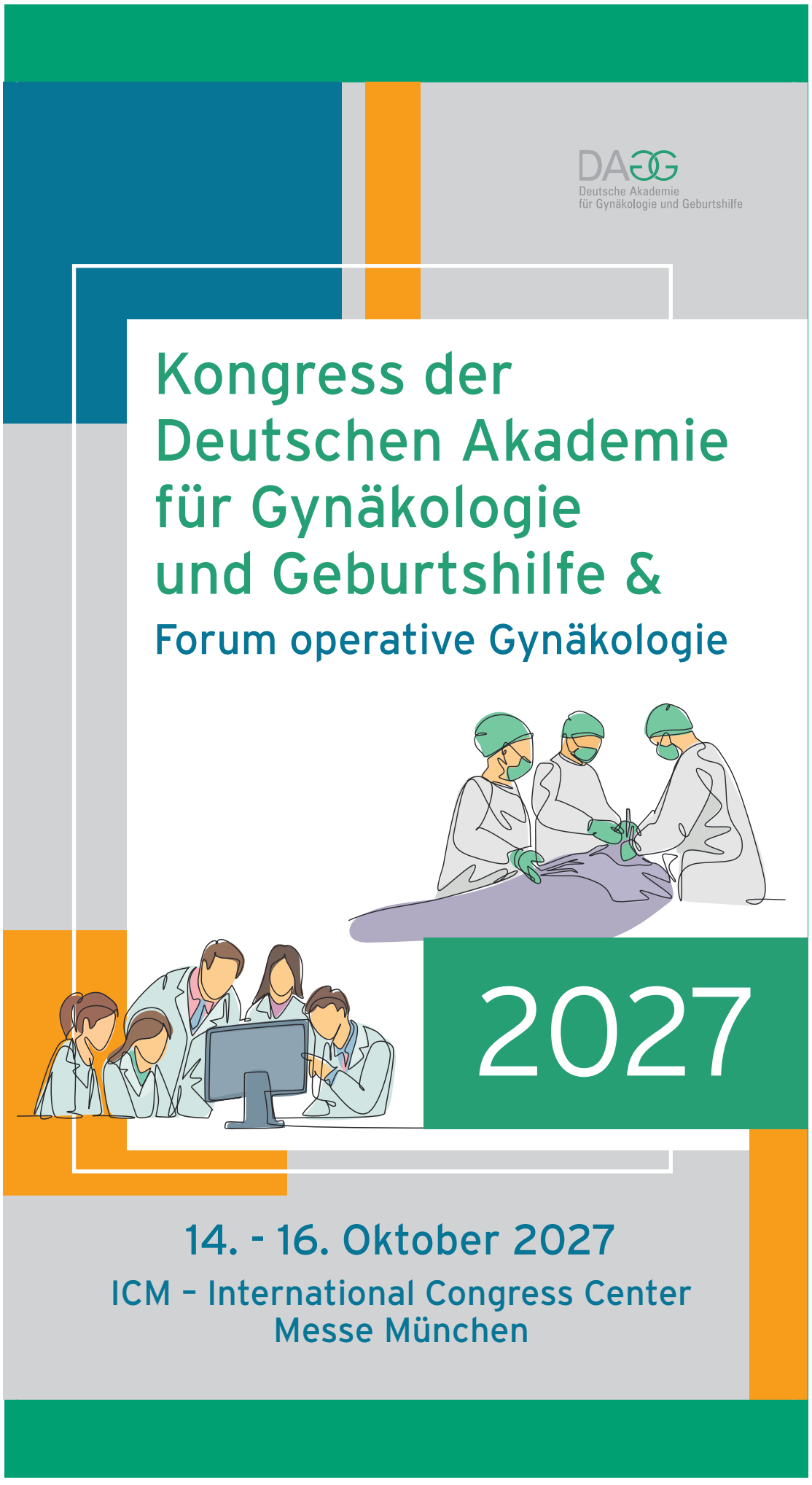
In diesem Sinne haben wir uns für den DGGG 2026 für eine „Best of" Sitzung entschieden. Natürlich kann diese niemals das komplette Angebot abdecken, welches in München auf der Agenda stand, und es sei ausdrücklich nochmals betont, dass sich ausnahmslos alle Beiträge für eine erneute Präsentation vor gleichgesinntem Fachpublikum geeignet hätten. Natürlich ist das beim diesjährigen DGGG 2026 so nicht möglich, deswegen haben wir uns bemüht, einige Highlights aus den verschiedenen Bereichen nochmals herauszupicken.

Es ist nun eine „Best-of-Sitzung" entstanden, die erneut einen Querschnitt unseres Faches abbildet und neben erfahrenen Operateurinnen und Operateure auch wieder den Nachwuchs zu Wort kommen lässt – so muss es sein, Sie sind herzlich eingeladen, sich die Beiträge anzusehen und hoffentlich für Ihre tägliche Routine wieder neue Aspekte mitzunehmen!

Wissenschaftliche Sitzung
Best of FOG&DAGG Kongress 2025 – Operative Video-Highlights
Freitag, 23. Oktober 2026, 08:00 Uhr, Saal 11



Prof. Dr. med. Bernhard Krämer
Stellvertr. Ärztlicher Direktor
Deputy Medical Director
Leiter Endometriosezentrum
Universitäts-Frauenklinik Tübingen
bernhard.kraemer@med.uni-tuebingen.de



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.