3 Post-Kongress-Ausgabe

gynkongress

Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2026

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

DGGG 2026: Appelle an Politik und Gesellschaft

Unter dem Motto des Kongresses „Unsere Zukunft mit Wissenschaft - Die Frau im Blick", haben Prof. Dr. Gert Naumann (Abb. 1), Präsident der DGGG e.V. (Erfurt), sowie die Kongresspräsidentschaft (Abb. 2) bestehend aus Prof. Dr. Matthias W. Beckmann, Kongresspräsident (Erlangen), Prof. Dr. Brigitte Strizek, Co-Kongresspräsidentin (Bonn), und Prof. Dr. Frauke von Versen, Co-Kongresspräsidentin (Basel), bei der Eröffnung und im Pressegespräch ihre Anliegen formuliert. Ein Leitgedanke zieht sich durch Eröffnung und Pressegespräch: Frauengesundheit braucht verlässliche Strukturen, nachhaltige Finanzierung und Gehör in der Politik.



Abb. 1: Prof. Dr. Gert Naumann, Präsident der DGGG e.V.

Vorsorge nicht budgetieren

Die geplante Budgetierung präventiver Leistungen sieht die Fachgesellschaft mit Sorge. Prof. Naumann warnte vor den Folgen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes ab 2027. Präventive Leistungen wie die Schwangerenvorsorge und die Krebsfrüherkennung hingen von einer hohen Teilnahmequote ab, wer sie budgetiere, gefährde ihre Wirksamkeit. Die Fachgesellschaft fordert die Politik auf, diese Entwicklung zu korrigieren.

Forschung braucht verlässliche Rahmen

Forschung, so betonte der DGGG-Präsident, müsse frei von wirtschaftlichen und politischen Zwängen sein und zugleich fragen, was möglich, finanzierbar und ethisch vertretbar ist. Dauerhafte Strukturen für junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, geschützte Forschungszeit und eine stärkere Versorgungsforschung, etwa bei Endometriose oder bei Erkrankungen, die Frauen häufiger treffen, gehörten dazu.

Gewalt gegen Frauen sichtbar machen

Gewalt gegen Frauen ist nach den Worten des Präsidenten ein Thema, das die Fachgesellschaft stark beschäftigt. Die Zahl der registrierten Fälle sei hoch, die Dunkelziffer deutlich größer. Frauenärztinnen und Frauenärzte erkennen Verletzungen und Hinweise oft als Erste und brauchen dafür gesicherte Gesprächssituationen, klare Abläufe und funktionierende Netzwerke mit Beratungs- und Schutzeinrichtungen.

Weiterbildung zukunftsfest gestalten

Für die Weiterbildung wünscht sich die Fachgesellschaft eine moderne, klar strukturierte Ausbildung mit verlässlicher Mindestweiterbildungszeit, die Teilzeit, Familie und Forschung vereinbar macht. Zugleich begrüßt man, dass die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen beschleunigt werden soll, sofern Sprachkompetenz, Ausbildungsqualität und klinische Kompetenz nicht darunter leiden.

Zentrum für Frauengesundheit

Die Forschungsförderung für Frauengesundheit ist nach Prof. Beckmanns Darstellung zu schmal und zu zersplittert. Die Mittel seien im Vergleich zu anderen Gebieten gering, und es fehle eine übergreifende Struktur. Gefordert wird ein Zentrum für Frauengesundheit, das Forschung koordiniert, Daten bündelt und Personal dauerhaft finanziert. Als Vorbild nannte der Kongresspräsident das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), das über ein gemeinsames Budget mehrere Standorte verbindet.

Lehre und Rechtsrahmen in der Reproduktionsmedizin

Eine Stärkung von Lehre und Forschung an den Universitäten verlangte Prof. von Versen für die Reproduktionsmedizin und die gynäkologische Endokrinologie. Die Zahl der Lehrstühle in diesem Bereich sei zu gering. Zudem brauche es nach ihren Worten eine Modernisierung des Rechtsrahmens für Reproduktionsmedizin, der auf einem Gesetz von 1990 beruhe.

Geburtshilfe: Versorgung statt Zufall

Für die Geburtshilfe nennt Prof. Strizek drei Schwerpunkte. Die Zentralisierung folge bereits der Realität, die Versorgungsstrukturen hinkten hinterher, weshalb regional gesteuerte Versorgungsstufen mit eng verzahnten Kliniken gefordert werden. Die Versorgung dürfe außerdem nicht vom Wohnort oder vom Geldbeutel abhängen, Schwangerenvorsorge und pränatale Diagnostik müssten in den Mutterschaftsrichtlinien verankert werden. Schließlich brauche die Geburtshilfe eine wirksame Qualitätssicherung und ein nationales Geburtenregister. Die Politik solle außerdem die Zulassung geburtshilflicher Arzneimittel erleichtern, da in den vergangenen Jahren kaum neue Präparate auf den Markt gekommen seien.

Gemeinsamer Appell

Der DGGG-Präsident und die Kongresspräsidentschaft sind sich einig: Die Fachgesellschaft will mitwirken, wenn Versorgung



Abb. 2: Prof. Dr. Frauke von Versen, Co-Kongresspräsidentin; Prof. Dr. Matthias W. Beckmann, Kongresspräsident; Prof. Dr. Brigitte Strizek, Co-Kongresspräsidentin (v. l. n. r.)

gestaltet wird. Sie bietet dafür ihren Sachverstand an, den sie durch Leitlinienarbeit, Gutachten und ehrenamtliches Engagement einbringt. Prof. Naumann verwies auf die Leitlinienarbeit, die zu einem großen Teil ehrenamtlich geleistet wird. Die Fachgesellschaft werde durch Frauen geprägt, wie der Präsident betonte. Dafür wolle die Gesellschaft ihre Kräfte bündeln und gegenüber Politik und Öffentlichkeit mit einer Stimme sprechen, eng abgestimmt mit dem Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e. V. (BVF). Frauengesundheit sei kein Randthema, sondern eine zentrale Aufgabe für Wissenschaft und Gesundheitspolitik.

Quelle:
Eröffnung und Pressegespräch des 66. DGGG-Kongresses in München

Der 66. DGGG-Kongress in Zahlen

- **4** Kongresstage
- **620** Funktionstragende
- **47** Fachgremien
- **185** Industriepartner & Ausstellende
- **797** Abstract-Einreichungen
- **169** wissenschaftliche Sitzungen
- **1661** Vorträge
- **76** Wochen Programmgestaltung
- **70** Freie Vorträge
- rund **6.000** Teilnehmende

Fünf Ehrenmitgliedschaften für Verdienste um das Fach

Die DGGG hat in der Eröffnungsveranstaltung fünf Persönlichkeiten zu Ehrenmitgliedern ernannt. Die Laudatoren zeichneten Lebenswege nach, in denen Forschung, Berufspolitik und Gremienarbeit eng ineinandergreifen.

Infektiologie als Lebensthema

Prof. Dr. Werner Mendling (Abb. 1) gilt als einer der profiliertesten Experten der gynäkologischen Infektiologie. Seine Beschäftigung mit der vulvovaginalen Kandidose begann früh, bereits in seiner Zeit an der Rheinischen Landesfrauenklinik in Wuppertal. 1987 erschien sein Buch „Die Vulvovaginalkandidose", das in mehrere Sprachen übersetzt wurde. Nach Chefarztstellen in Frankfurt/Oder und Berlin kehrte er nach Wuppertal zurück und gründete 2012 das Deutsche Zentrum für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe. Laudator Prof. Dr. Friedrich Wolff würdigte ihn zudem als Mediziner, der den Bundesverband der Leitenden Ärztinnen und Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe mitgeprägt hat.



Abb. 1: Prof. Dr. Werner Mendling (l.), Ehrenmitglied, und Prof. Dr. Friedrich Wolff (r.), Laudator.

Qualitätsarbeit in Gremien und Präsidentschaft

Prof. Dr. Anton J. Scharl (Abb. 2) stand von 2018 bis 2022 an der Spitze der DGGG. Laudator Prof. Dr. Matthias W. Beckmann beschrieb seinen beruflichen Weg von Erlangen über Köln, Frankfurt und Chicago zurück in seine Geburtsstadt Amberg, wo er als Chefarzt rund 20 Jahre tätig war. Als Präsident habe er die Gesellschaft in ~~einer~~ besonderen Phase der Pandemie geführt. Beckmann erinnerte daran, dass Scharl den ersten Hybridkongress der Gesellschaft ermöglichte. Darüber hinaus wurde Prof. Scharl für seine Arbeit in zahlreichen Gremien zur Qualitätssicherung gewürdigt.



Abb. 2: Prof. Dr. Matthias W. Beckmann (l.), Laudator, neben Prof. Dr. Anton J. Scharl (r.), Ehrenmitglied.

Historie als Haltung

Prof. Dr. Matthias David (Abb. 3) begleitet die Gynäkologie und Geburtshilfe seit Jahrzehnten, insbesondere die psychosomatischen Aspekte der Frauengesundheit. Laudator Prof. Dr. Dr. Andreas D. Ebert, der mit ihm seit dem Studium an der Charité befreundet ist, nannte als Stationen die Facharztanerkennung 1999, die außerplanmäßige Professur 2010 und die Arbeit als Lehrkoordinator der Charité-Frauenkliniken. Zudem war David im Weiterbildungsausschuss der Ärztekammer Berlin aktiv. Heute ist er Sprecher der Historischen Kommission der DGGG, die die Geschichte des Fachs kritisch aufarbeitet.



Abb. 3: Prof. Dr. Dr. Andreas D. Ebert (l.), Laudator, Prof. Dr. Matthias David (m.), Ehrenmitglied, und Prof. Dr. Gert Naumann (r.), Präsident der DGGG.

Vom Mülheim bis zur FIGO

Prof. Dr. Frank Louwen (Abb. 4) war langjähriges Vorstandsmitglied der DGGG, zunächst als Schatzmeister und später als Vizepräsident. 2002 wurde er auf die Professur für Geburtshilfe und Perinatologie an der Goethe-Universität Frankfurt berufen. 2014 gründete er die Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG und wurde deren erster Vorsitzender. 2017 folgte die Gründung der Deutschen Stiftung Frauengesundheit, die zahlreiche S3-Leitlinien finanziell unterstützt hat. Seit 2025 ist er als erster Deutscher Präsident der Internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO). Laudator PD Dr. Dietmar Schlembach sprach von einem Lebenswerk, das die DGGG international sichtbarer gemacht habe.



Abb. 4: PD Dr. Dietmar Schlembach (l.), Laudator, Prof. Dr. Frank Louwen (m.), Ehrenmitglied, und Prof. Dr. Gert Naumann (r.), Präsident der DGGG.

Ein Vierteljahrhundert Fachgesellschaft

Ilse Fragale, Generalsekretärin der DGGG, ist seit mehr als zwei Jahrzehnten die zentrale Schnittstelle der Fachgesellschaft. Sie begann 2000 bei der DGGG, leitete bald mit großem Organisationstalent und Umsicht die Geschäftsstelle und später die Repräsentanz und wurde 2019 zur Generalsekretärin ernannt. Die Gesellschaft hat unter ihrer Leitung eine moderne Geschäftsstelle und eine professionelle Organisation erhalten. Laudator Prof. Dr. Gert Naumann hob ihre Loyalität hervor, mit der sie zwölf Präsidentinnen und Präsidenten zur Seite gestanden habe. Ilse Fragale selbst erinnerte an den Wandel der Gesellschaft und an den respektvollen Umgang, den sie sich für die Zukunft wünscht.



Abb. 5: Ilse Fragale (l.), Ehrenmitglied, mit Prof. Dr. Gert Naumann (r.), Laudator.

Weitere Ehrungen

Zusätzlich vergab die DGGG in diesem Jahr auch die korrespondierende Mitgliedschaft an Prof. Dr. Bettina Toth. Mit der Carl-Kaufmann-Medaille, der höchsten Auszeichnung der Frauenheilkunde im deutschsprachigen Raum, wurde Prof. Marion Kiechle geehrt. Weitere Informationen zu den Auszeichnungen enthält die zweite Ausgabe der *gynkongress*.

Quelle:
Eröffnungsveranstaltung des 66. DGGG-Kongresses in München

Inhalt

Appelle an Politik und Gesellschaft 1

DGGG-Ehrenmitgliedschaften 2026..... 2

DGGG-Vorstand für die Amtsperiode 2026-2028 2

Advanced – Geburtseinleitung 4
Tanja Groten, Markus Schmidt, Martin Weiss

Spitzenreferate Senologie: Stellenwertder Operation in der Senologie 4
Kerstin Muras, Maggie Banys-Paluchowski

Fetale Herzinsuffizienz – Pathophysiologie, Diagnostik und Therapieoptionen 6
Ulrich Gembruch

Basics – Die Blutungsstörungen 8
Markus C. Fleisch

Impressum 8

Urogynäkologie: Der weibliche Beckenboden im Zentrum der Aufmerksamkeit 9
Markus Hübner, Miriam Deniz

Mammakarzinom – Wie viel Therapie braucht meine Patientin? 9
Tobias Engler, Martin Weiss

Spitzenreferate – Von Sexualmedizin bis Endometriose 10
Stefanie Burghaus, Julia Velten

Abschlussveranstaltung 10

DGGG-Vorstand für die Amtsperiode 2026-2028

Auf der Mitgliederversammlung im Rahmen des 66. Kongresses der DGGG e.V. wurde am Freitag, den 23. Oktober 2026 im International Congress Center Messe München der Vorstand gewählt.

Der geschäftsführende Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) wurde für die Amtsperiode 2026-2028 wiedergewählt. Die Entscheidung, für diese Amtsperiode erneut geschlossen zur Wahl anzutreten, ist Ausdruck der vertrauensvollen und konstruktiven Zusammenarbeit der vergangenen beiden Jahre und des gemeinsamen Ziels, die begonnene Arbeit kontinuierlich fortzuführen.

Die Mitglieder des geschäftsführenden DGGG-Vorstands 2026-2028:

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

Die Mitglieder des erweiterten DGGG-Vorstands 2026-2028:

Prof. Dr. Tanja Groten (Köln), Prof. Dr. Holger Maul (Hamburg)
Vertretende für die Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e.V. (AGG)

Prof. Dr. Vanadin Seifert-Klauss
Vertreterin für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e.V. (DGGEF)

Prof. Dr. Volker Ziller
Vertreter für die Arbeitsgemeinschaft Universitärer Reproduktionsmedizinischer Zentren (URZ)

Prof. Dr. Miriam Deniz
Vertreterin für die Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB)

PD Dr. Andreas Hackethal
Vertreter für die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie e. V. (AGE)

Prof. Dr. Nina Ditsch
Vertreterin für die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO)

Prof. Dr. Vesna Bjelic-Radisic
Vertreterin für die Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie e.V. (AWOgyn)

Dr. Laura Behrendt, Dr. Sara Lezon
Vertretende für das Junge Forum der DGGG e.V

Markus Haist
Präsident Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. (BVF)

Prof. Dr. Markus Fleisch
Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (BLFG)

GEDEON RICHTER

KLAR SEHEN BEI ENDOMETRIOSE UND MYOMEN.

RYEQO® – nur eine Tablette pro Tag.[1]

Die orale Fix-Kombination aus Relugolix mit E2 und NETA als Add-back-Therapie[1]: Schneller Wirkeintritt[2,a,3,b] und geeignet zur Langzeitanwendung[1,4,5,6]

Zum Pflichttext

a Bezogen auf eine Reduktion von Dysmenorrhö und nichtmenstruellen Schmerzen bei Endometriose nach 4 Wochen; zeitbezogene Auswertung der Schmerzendpunkte.[2] **b** Bezogen auf eine Reduktion des menstruellen Blutverlustes im ersten Einnahmezyklus bei Myom-bedingten schweren menstruellen Blutungen; deskriptive Beobachtung im Zeitverlauf.[3]

1 Fachinformation RYEQO®. Gedeon Richter, Stand März 2026. **2** Giudice LC, et al. Lancet. 2022 Jun 18; 399(10343):2267–2279. **3** Al-Hendy A, et al. N Engl J Med. 2021 Feb 18;384(7):630–642. **4** Becker CM, et al. Hum Reprod. 2024 Mar 1;39(3):526–537. **5** Al-Hendy A, et al. Obstet Gynecol. 2022 Dec 1; 140(6):920–930. **6** Al-Hendy A, et al. Am J Obstet Gynecol. 2023 Dec;229(6):662.e1–662.e25.

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

Ryeqo®
Relugolix, Estradiol und Norethisteronacetat

Advanced – Geburtseinleitung

Tanja Groten, Markus Schmidt, Martin Weiss

Wissenschaftliche Sitzung
Advanced – Geburts-einleitung
Freitag, 23. Oktober 2026, 16:45 Uhr, Saal 13

Im Rahmen des DGGG-Kongresses 2026 startete neben der beliebten Basics-Reihe erstmals die Advanced-Reihe – Wissen in zwei Stufen, von der ersten Rotation im Kreißsaal bis kurz vor die Facharztprüfung. Die Advanced-Sitzung zur Geburtseinleitung beleuchtete aktuelle Erkenntnisse zur Geburtseinleitung. Die Frage lautet längst nicht mehr, ob eingeleitet wird. Differenziert indiziert wird nach Konstellation, Schwangerschaftswoche und klar definierten Abbruchkriterien. Vier Beiträge spannten den Bogen vom ARRIVE-Konzept (Sven Kehl) über hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (Harald Abele) bis zu den beiden Konstellationen, die den klinischen Alltag zahlenmäßig dominieren.

Diabetes und Adipositas – die häufigste Risikokombination

Die ARRIVE-Daten setzen einen neuen Referenzpunkt. Eine elektive Einleitung ab 39+0 SSW bei Erstgebärenden in der „Low-risk"-Situation senkt die Sectiorate und die Rate hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen, ohne das kindliche Risiko zu erhöhen. Voraussetzung ist, dass das Einleitungsmanagement definierten Abbruchkriterien folgt. Bestehen Zusatzrisiken, die mit fortschreitendem Gestationsalter zunehmen, begründet dies ab spätestens 39+0 SSW ein Angebot oder eine Empfehlung zur Einleitung.

Der Anteil an Geburtskonstellationen mit Zusatzrisiken ist beachtlich. Nach der IQTIG-Bundesauswertung für das Erfassungsjahr 2024 hatten 19,1 % der Schwangeren mit dokumentierten Körpermaßen bereits bei der Erstuntersuchung einen BMI ≥ 30 kg/m² und knapp 40 % davon mit einem BMI ≥ 35. Als Befund im Mutterpass (Schlüssel 1) wurde eine Adipositas nur bei 12,4 % aller Schwangeren verschlüsselt. Ähnlich verhält es sich beim Diabetes. Von 8,0 % Gestationsdiabetes und 1,1 % vorbestehendem Diabetes wurden ein Geburtsrisiko (Schlüssel 2) nur bei 5,7 % der Frauen dokumentiert. Ein erheblicher Teil des Risikokollektivs erscheint in der Risikodokumentation derzeit also gar nicht. Wie häufig beide Risiken zusammentreffen, lässt sich aktuell nur vermuten.

Das Problem Makrosomie

Die fetale Makrosomie gehört zu den häufigsten Einleitungsindikationen. Mit steigendem Geburtsgewicht nehmen Notfallsectiones, postpartale Blutungen, höhergradige Dammverletzungen, Schulterdystokien, Plexusparesen und Frakturen zu. Sicher diagnostiziert wird die Makrosomie jedoch erst postnatal; die sonografische Messungenauigkeit scheint den Entbindungsmodus stärker zu beeinflussen als das Geburtsgewicht selbst. Eine Einleitung ab der 39. SSW erhöht weder die Rate an Sectiones noch die vaginal-operativer Entbindungen, reduziert jedoch Schulterdystokien. Die Leitlinien empfehlen daher, bei Verdacht auf Makrosomie ab 39+0 SSW ein Einleitungsangebot zu machen und Vor- und Nachteile offenzulegen.

Fazit

Beide Konstellationen führen zur selben Gestationswoche (39+0 SSW), jedoch nicht zur selben Empfehlung. Angebot bei Adipositas und bei Makrosomieverdacht, Empfehlung bei manifestem oder insulinpflichtigem Diabetes. Entscheidend ist das Einleitungsmanagement mit klaren Abbruchkriterien, transparenter Kommunikation der sonografischen Unsicherheit und einer partizipativen Entscheidung.



Univ.-Prof. Dr. med. Tanja Groten
Direktorin der Klinik und Poliklinik für Geburtsmedizin
Uniklinik Köln
tanja.groten@uk-koeln.de



Prof. Dr. med. Markus Schmidt
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Sana Kliniken Duisburg
markus.schmidt@sana.de



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

Spitzenreferat Senologie: Stellenwert der Operation in der Senologie

Muras Kerstin[1], Tauber Nikolas[1], Fiege Lotta[1], Rody Achim[1], Banys-Paluchowski Maggie[1]

[1] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universität zu Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck

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

Die operative Therapie des Mammakarzinoms hat im vergangenen Jahrhundert einen bemerkenswerten Wandel erlebt. Nahezu 100 Jahre galt die radikale Mastektomie nach Rotter-Halsted nicht nur als Goldstandard, sondern als einzige therapeutische Option [1, 2]. Erst mit den Studien zur brusterhaltenden Therapie begann ein Paradigmenwechsel in der Senologie – weg von der maximalen Radikalität hin zu einer individualisierten operativen Therapie [3].

Onkoplastische Verfahren erlauben heute selbst bei größeren Tumoren oder Multifokalität häufig einen onkologisch sicheren Brusterhalt. Ist eine Mastektomie erforderlich – etwa bei genetischer Hochrisikosituation, inflammatorischem Mammakarzinom oder ungünstiger Tumor-/Brustrelation – stehen sowohl implantatbasierte als auch autologe Rekonstruktionsverfahren mit sehr guten kosmetischen Ergebnissen zur Verfügung [4, 5].

Moderne Tumorlokalisation

Zur sicheren Identifikation des Tumors stehen neben der in Deutschland etablierten Drahtmarkierung heutzutage auch weitere moderne Lokalisationsverfahren zur Verfügung. Sie umfassen sondengestützte Detektionstechniken (magnetisch, radar- oder radiofrequenzbasiert) sowie die intraoperative Sonografie (IOUS), die eine Echtzeitvisualisierung des Tumors ermöglicht. In Metaanalysen randomisierter Studien war die IOUS sowohl bei nicht palpablen (gegenüber der Drahtmarkierung) als auch bei palpablen Läsionen (gegenüber der alleinigen Palpation) mit signifikant höheren R0-Resektionsraten assoziiert. Die aktualisierte S3-Leitlinie empfiehlt die Technik daher als alleinige oder ergänzende Methode [6, 7]. Die internationale, prospektive multizentrische MELODY-Studie (EUBREAST-4/iBRA-NET, NCT05559411) vergleicht derzeit alle Lokalisationstechniken hinsichtlich onkologischer Sicherheit, *Patient-reported Outcomes* sowie Zufriedenheit der beteiligten Ärztinnen und Ärzte [8].

Axilläre Chirurgie: eine Erfolgsgeschichte der Deeskalation

Den größten Wandel hat die axilläre Operation erfahren: mit Einführung der Sentinel-Lymphknoten-Exzision (SLNE) in den 1990er-Jahren konnte die Morbidität in der Axilla erheblich ge-

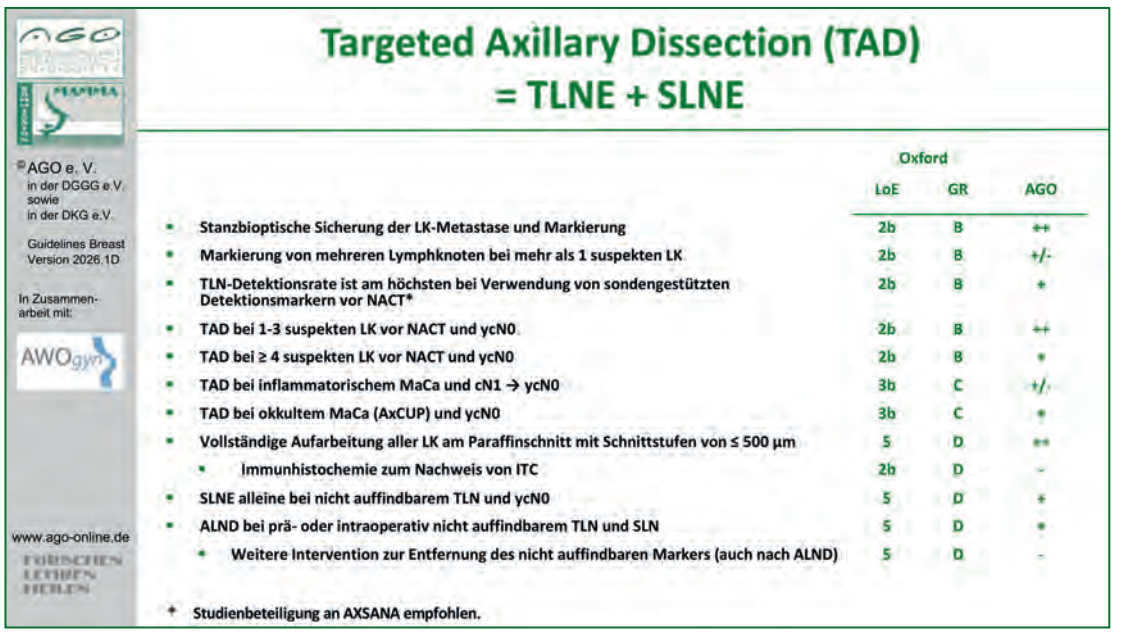


Abb. 1: Aktuelle Empfehlungen der AGO Kommission Mamma zur Targeted axillary dissection [15].

senkt werden [9]. Die randomisierten Studien SOUND, INSEMA und BOOG 2013-08 zeigten mittlerweile, dass bei ausgewählten Patientinnen sogar vollständig auf eine Axillaintervention verzichtet werden kann, ohne das invasive krankheitsfreie Überleben zu verschlechtern [10, 11]. Die S3-Leitlinie und die AGO Kommission Mamma definieren folgende Kriterien für einen möglichen Verzicht auf eine SLNE: Hormonrezeptorpositiver HER2-negativer, G1/G2 Brustkrebs im Stadium cT1 cN0, Alter ≥ 50 Jahre, postmenopausal, geplante brusterhaltende Operation, gefolgt von einer Radiatio [7]. Real-World-Analysen weisen allerdings darauf hin, dass das operative axilläre Staging in der klinischen Praxis weiterhin relevante Informationen liefern kann. In einer multizentrischen Auswertung von 867 Patientinnen, die die o.g. Kriterien erfüllten, hätte der Nodalstatus in knapp 12 % der Fälle zu einer therapeutischen Konsequenz hinsichtlich der adjuvanten Systemtherapie geführt. Dies unterstreicht den Stellenwert einer individuellen Diskussion über den axillären Eingriff mit der Patientin im Sinne eines *shared decision making,* insbesondere bei Konstellationen wie einem Alter knapp über 50 Jahren oder einer Tumorgröße im oberen Grenzbereich des cT1c-Stadiums [12].

Die SENOMAC-Studie belegt darüber hinaus, dass bei ein bis zwei makrometastatisch befallenen Sentinel-Lymphknoten im Setting einer Mastektomie mit Radiatio ebenso deeskaliert und auf eine komplettierende Axilladissektion verzichtet werden kann [13]. Parallel liefert die prospektive AXSANA-Studie wichtige Daten zur optimalen axillären Chirurgie nach neoadjuvanter Therapie [14]. Bei initial nodal-positiven Patientinnen mit Konversion nach neoadjuvanter Systemtherapie (cN+ → ycN0) hat sich die Targeted Axillary Dissection (TAD) als präzises Stagingverfahren in Deutschland etabliert und wird in den aktuellen AGO-Empfehlungen (03/2026) auch bei höhergradigem Lymphknotenbefall mit mehr als 3 initial befallenen Lymphknoten als Standard empfohlen (Abb. 1) [15–17].

Trotz zunehmender Deeskalationsstrategien hat die Operation also weiterhin einen hohen Stellenwert in der Therapie des Mammakarzinoms. Dabei erzielt sie die besten Ergebnisse als Teil eines multimodalen Konzeptes, gemeinsam mit einer individualisierten Systemtherapie und, sofern indiziert, in Kombination mit einer Radiatio.

Literatur

1. Halsted WS. Ann Surg. 1907; 46(1): 1–19
2. Rotter J. Arch Klin Chir. 1896; 53: 149–152
3. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L et al. N Engl J Med. 2002; 347(16): 1227–1232
4. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C et al. Ann Surg Oncol. 2010; 17(5): 1375–1391
5. Kronowitz SJ, Kuerer HM. Cancer. 2006; 107(5): 893–907
6. Banys-Paluchowski M, Rubio IT, Karadeniz Cakmak G et al. Ultraschall Med. 2022; 43(4): 367–379
7. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Langversion 5.1, 2026, AWMF-Registernummer: 032-045OL, https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/; Zugriff am 05.08.2026
8. Banys-Paluchowski M, Kühn T, Masannat Y et al. Cancers (Basel). 2023; 15(4): 1173
9. Krag DN, Anderson SJ, Julian TB et al. Lancet Oncol. 2010; 11(10): 927–933
10. Gentilini OD, Botteri E, Sangalli C et al. JAMA Oncol. 2023; 9(11): 1557–1564
11. Reimer T, Stachs A, Veselinovic K et al. N Engl J Med. 2025; 392(11): 1051–1064
12. Tauber N, Rambow AC, Gasthaus C et al. Eur J Surg Oncol. 2025; 51(10): 110392
13. de Boniface J, Frisell J, Andersson Y et al. N Engl J Med. 2024; 390(13): 1163–1175
14. Banys-Paluchowski M, Kühn T, Schwentner L et al. Cancers (Basel). 2021; 13(7): 1565
15. Banys-Paluchowski M, Solbach C, Kühn T et al. Eur J Surg Oncol. 2026; 52(7): 111867
16. Tauber N, Amann N, Dannehl D et al. Arch Gynecol Obstet. 2025; 312(2): 311–328
17. Park-Simon TW, Müller V, Albert US et al. AGO Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Patients with Early Breast Cancer: Update 2026. Breast Care (Basel). 2026 Mar 12



Dr. med. Kerstin Muras
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Kerstin.Muras@uksh.de



Prof. Dr. Maggie Banys-Paluchowski
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Maggie.Banys-Paluchowski@uksh.de



Fetale Herzinsuffizienz – Pathophysiologie, Diagnostik und Therapieoptionen

Wissenschaftliche Sitzung Spitzenreferate – Pränatalmedizin & Geburtshilfe Donnerstag, 22. Oktober 2026, 12:30 Uhr, Saal 1

Ulrich Gembruch

Herzinsuffizienz (heart failure) bezeichnet einen Zustand, in dem das Herz nicht in der Lage ist, ein für die metabolischen Anforderungen des Organismus ausreichendes Herzzeitvolumen bereitzustellen – entweder bereits in Ruhe oder erst unter Belastung. Sie stellt ein progredientes klinisches und pathophysiologisches Syndrom dar, das durch ein komplexes Zusammenspiel zirkulatorischer, metabolischer, neurohumoraler, zellulärer und molekularer Veränderungen entsteht.

Während sich eine Herzinsuffizienz nach der Geburt typischerweise durch Dyspnoe, Müdigkeit, Belastungsintoleranz und periphere Ödeme manifestiert, können bei Kindern zusätzlich Wachstumsstörungen auftreten; bei der klinischen Untersuchung sind insbesondere pulmonale Rasselgeräusche, ein erhöhter Jugularvenendruck und periphere Ödeme richtungsweisend. Die Diagnose einer Herzinsuffizienz ist in der Fetalperiode hingegen wesentlich schwieriger. Eine kardiale Dysfunktion, sei sie diastolischer und/oder systolischer Natur, sowie frühe Stadien einer Herzinsuffizienz verlaufen klinisch unauffällig und können nur mit sensitiven echokardiographischen Verfahren erkannt werden. Mit zunehmender Ausprägung der Herzinsuffizienz treten – abhängig von der jeweiligen Ätiologie – weitere echokardiographische Veränderungen auf. Hierzu gehören insbesondere ein kardiales Remodeling als Anpassung an eine Volumen- und/oder Druckbelastung sowie die Entwicklung einer Regurgitation an einer oder beiden atrioventrikulären Klappen, in sehr fortgeschrittenen Stadien auch der Semilunarklappen. Parallel entwickeln sich charakteristische Veränderungen der venösen und arteriellen Blutflussprofile. Die gemeinsame Endstrecke unterschiedlichster Ursachen einer fetalen Herzinsuffizienz können schließlich die Entwicklung eines Hydrops fetalis und der Tod sein.

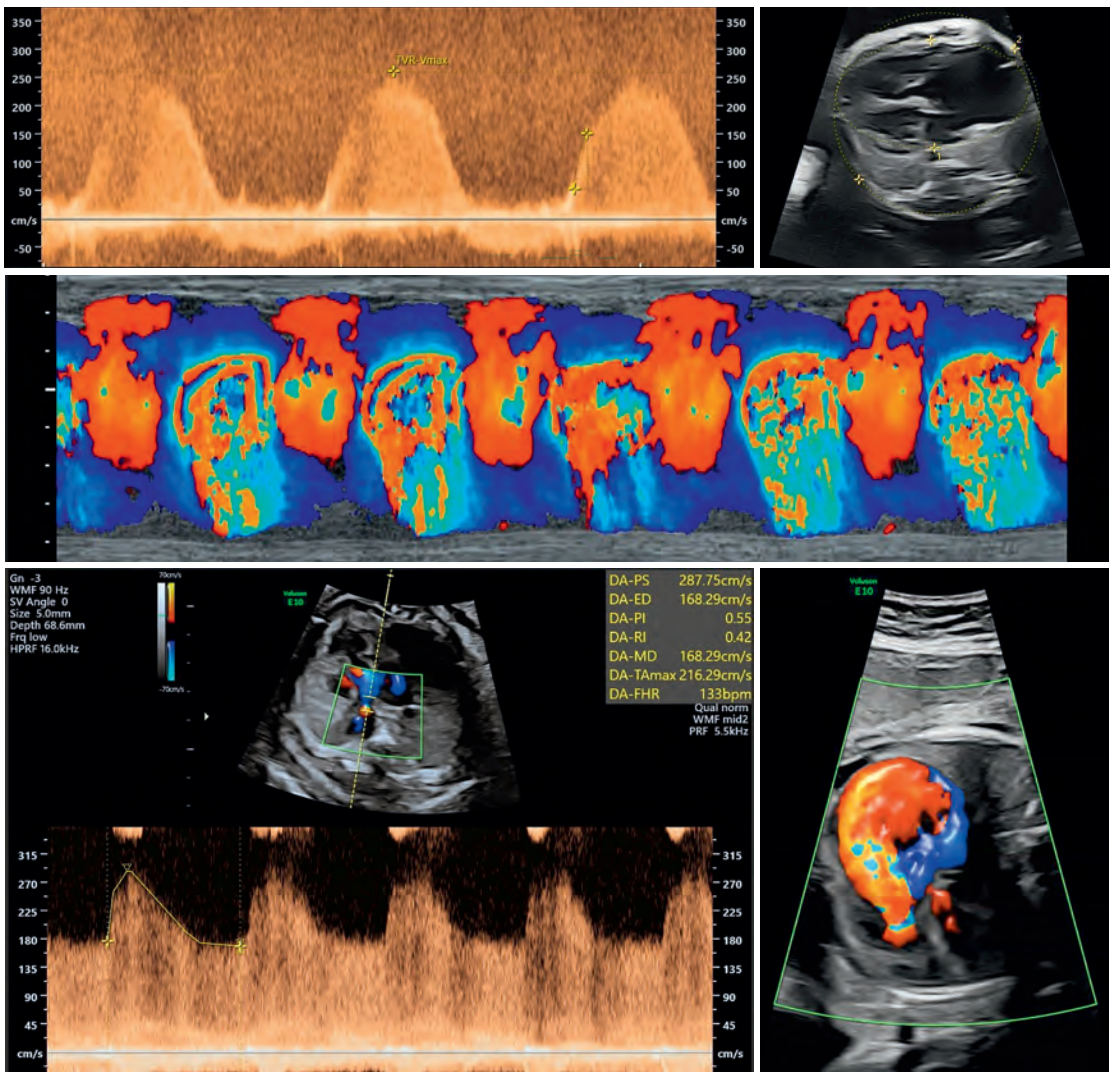


Abb. : Herzinsuffizienz bei einem Fetus mit Ebstein-Anomalie in 31 SSW. Es bestand eine schwere Kardiomegalie (CTAR 0,50) mit einer schweren holosystolischen Trikuspidalinsuffizienz, ein zirkulärer Shunt ohne antegraden Fluss über die Pulmonalklappe sowie einer im Flussprofil der Trikuspidalregurgitation erkennbare schlechte Funktion des RV (RV-RA-Druckgradient nur 27 mmHg sowie dp/dt nur 245 mmHg/s). Es lagen keine fetalen Ergüsse vor, allerdings bestand eine erhöhte Pulsatilität im D. venosus bei noch positiver a-Welle und ein reverser end-diastolischer Fluss in der A. umbilicalis. Der CVPS betrug nun 4/10 Punkte. Durch eine transplazentare Indomethacin-Behandlung kam es zur Konstriktion des D. arteriosus, zur Verminderung des zirkulären LR-Shunt-Volumens, u. a. auch zu einem wieder positiven end-diastolischen Fluss in der A. umbilicalis.

Für die Beurteilung des Schweregrades und des Verlaufs der fetalen Herzinsuffizienz hat sich, weitestgehend unabhängig von der zugrundeliegenden Ätiologie, der von James Huhta und seiner Arbeitsgruppe entwickelte „cardiovascular profile score" (CVPS) als hilfreich erwiesen.

Von den Formen der fetalen Herzinsuffizienz mit erhöhtem oder vermindertem Herzzeitvolumen (high- or low-output cardiac failure) müssen insbesondere Erkrankungen abgegrenzt werden, die primär durch eine Störung des lymphatischen Systems zu Flüssigkeitsansammlungen beim Feten führen. Allerdings können auch solche primär lymphatischen Erkrankungen, beispielsweise ein primärer Hydrothorax, sekundär eine kardiale Belastung und schließlich eine Herzinsuffizienz verursachen.

Im Vortrag wurden die Pathophysiologie und Ätiologie der fetalen Herzinsuffizienz sowie ihre Diagnostik und Differenzialdiagnostik dargestellt. Darüber hinaus wurden medikamentöse und minimalinvasive Therapieoptionen exemplarisch erläutert. Die fetale Herzinsuffizienz eignet sich in besonderer Weise, um die Entwicklung und den aktuellen Stand der fetalen Kardiologie sowie deren hohen Stellenwert innerhalb der modernen pränatalen Medizin aufzuzeigen.



Prof. Dr. med. Ulrich Gembruch
Klinik für Geburtshilfe und Pränatale Medizin
Universitätsklinikum Bonn
Ulrich.Gembruch@ukbonn.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

Kelzy®–
Simply the first

Exeltis
Rethinking healthcare

Zur Kontrazeption*

Indikationserweiterung*

NEU

Zugelassen & erstattungsfähig zur Behandlung von **Hirsutismus bei PCOS/PMOS**



* 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

Basics – Die Blutungsstörungen

Markus C. Fleisch[1]

[1] Landesfrauenklinik, HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal

Wissenschaftliche Sitzung
Basics – Die Blutungsstörungen
Mittwoch, 21. Oktober 2026, 10:00 Uhr, Saal 1

Blutungsstörungen des weiblichen Genitaltraktes stellen weltweit eines der häufigsten gynäkologischen Symptome dar. Schätzungen zufolge suchen bis zu 30 % aller Frauen im reproduktiven Alter mindestens einmal wegen einer abnormalen uterinen Blutung ärztliche Hilfe auf. Neben einer Einschränkung der Lebensqualität verursachen chronische Blutungsverluste häufig Eisenmangel und Anämie. Darüber hinaus können Blutungsstörungen erste Hinweise auf endokrine Erkrankungen, Gerinnungsstörungen oder gynäkologische Malignome sein. Die von der FIGO entwickelte PALM-COEIN-Klassifikation hat die Diagnostik und Therapie standardisiert und bildet heute die Grundlage internationaler Leitlinien (Munro MG et al.).

Die Ursachen variieren erheblich in Abhängigkeit vom Lebensalter. Während bei Jugendlichen vor allem ovulatorische Dysfunktionen und angeborene Gerinnungsstörungen dominieren, stehen bei Frauen im reproduktiven Alter strukturelle Veränderungen wie Myome oder Polypen im Vordergrund. In der Perimenopause nimmt hingegen das Risiko endometrialer Hyperplasien und Karzinome deutlich zu. Blutungen während der Schwangerschaft stellen aufgrund möglicher maternaler und fetaler Gefährdungen stets einen gynäkologischen Notfall dar und erfordern eine rasche diagnostische Abklärung.
In den letzten Jahren haben internationale Leitlinien zu einer Vereinheitlichung der Terminologie geführt. Die früher verwendeten Begriffe wie „Meno-, Metrorrhagie" oder „Dysfunktionelle Blutung" werden zunehmend durch den Oberbegriff der abnormalen uterinen Blutung (AUB, Abnormal Uterine Bleeding) ersetzt. Dennoch besitzen klassische Begriffe weiterhin eine hohe praktische Relevanz und werden in Klinik und Praxis regelmäßig verwendet.

Die Metrorrhagie

Die Metrorrhagie bezeichnet eine unregelmäßige, azyklische Blutung aus dem Uterus, die unabhängig vom normalen Menstruationszyklus auftritt. Sie kann funktionelle oder organische Ursachen haben. Zu den häufigsten Auslösern zählen hormonelle Dysbalancen, Endometriumpolypen, Uterusmyome, Infektionen sowie prämaligne oder maligne Veränderungen des Endometriums oder der Zervix. Die Diagnostik umfasst eine ausführliche Anamnese, die gynäkologische Untersuchung, transvaginale Sonografie sowie gegebenenfalls eine gezielte Endometriumbiopsie oder Hysteroskopie mit fraktionierter Abrasio. Die Therapie richtet sich nach der zugrunde liegenden Ursache, der reproduktiven Situation und dem Ausmaß der Blutung. Neben hormonellen Behandlungsverfahren können organerhaltende oder ablative operative Therapien erforderlich sein (ACOG 2013).

Die postmenopausale Blutung (PMB)

Die postmenopausale Blutung (PMB) bezeichnet jede vaginale Blutung, die mindestens zwölf Monate nach der letzten spontanen Menstruation auftritt. Sie gilt als abklärungsbedürftig. Ein entsprechender Algorithmus unter Berücksichtigung der sonografisch gemessenen Endometriumdicke wird in der aktuellen S3-Leitlinie zum Endometriumkarzinom dargestellt (S3-Leitlinie Endometriumkarzinom 2026). Häufige Ursachen sind die Endometriumatrophie, Endometriumpolypen oder Endometriumhyperplasien. In etwa 9 % der Fälle liegt ein Endometriumkarzinom zugrunde. Bei auffälligen Befunden ist eine histologische Sicherung durch Endometriumbiopsie oder Hysteroskopie mit fraktionierter Abrasio erforderlich. Die Therapie der Postmenopausenblutung richtet sich nach der zugrunde liegenden Ursache.

Blutungen in der Schwangerschaft

Blutungen in der Schwangerschaft können im ersten Trimenon auf eine Einnistungsblutung, einen drohenden Abort oder eine Extrauteringravidität hinweisen. Im zweiten und dritten Trimenon sind Plazentakomplikationen, wie Placenta praevia oder vorzeitige Plazentalösung, wichtige Differenzialdiagnosen. Die Diagnostik umfasst Anamnese, klinische Untersuchung, Ultraschall sowie gegebenenfalls Laboruntersuchungen. Die Therapie richtet sich nach Ursache, Schwangerschaftswoche und Ausmaß der Blutung. Während leichte Blutungen häufig konservativ behandelt werden können, erfordern schwere Blutungen eine rasche geburtshilfliche Intervention. Eine frühzeitige Diagnosestellung und engmaschige Überwachung sind entscheidend, um mütterliche und fetale Komplikationen zu vermeiden (S3-Leitlinie Peripartale Blutungen 2022).

Blutungsstörungen in der Adoleszenz

Blutungsstörungen in der Adoleszenz zählen zu den häufigsten gynäkologischen Vorstellungsgründen. Ursächlich sind meist hormonelle Veränderungen infolge der noch unreifen Hypothalamus-Hypophysen-Ovar-Achse, die zu anovulatorischen Zyklen führen. Die häufigsten Symptome sind unregelmäßige, verlängerte oder verstärkte Menstruationsblutungen. Differenzialdiagnostisch müssen Gerinnungsstörungen, Schwangerschaften, endokrine Erkrankungen (z. B. PMOS) sowie strukturelle Veränderungen ausgeschlossen werden. Die Diagnostik umfasst eine ausführliche Anamnese, körperliche Untersuchung sowie gegebenenfalls Laboruntersuchungen und eine Sonografie. Die Therapie richtet sich nach Ursache und Schweregrad der Blutungsstörung. Häufig genügen Aufklärung und Beobachtung, während bei stärkeren Beschwerden hormonelle Präparate oder Eisen zur Behandlung einer Anämie eingesetzt werden. Eine frühzeitige Abklärung und Diagnosestellung verbessern die Lebensqualität der Betroffenen und verhindern Komplikationen.

Zusammenfassung

Abnorme uterine Blutungen zählen zu den häufigsten Gründen für eine gynäkologische Vorstellung und betreffen Frauen aller Altersgruppen. Sie können Ausdruck physiologischer Veränderungen sein, aber auch auf benigne oder maligne Erkrankungen hinweisen. Eine strukturierte Diagnostik ist entscheidend, um funktionelle Ursachen von organischen Pathologien zu unterscheiden und eine zielgerichtete Therapie einzuleiten.

Literatur

1. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS. Int J Gynecol Obstet. 2012; 207(4) 259–265
2. AWMF S3-Leitlinie Endometriumkarzinom Version 4.1 - Juli 2026 AWMF-Registernummer: 032-034OL
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of Abnormal Uterine Bleeding. Obstet Gynecol 2013
4. AWMF-S3 Leitlinie Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie AWMF-Registernummer: 015/063, 2022



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

Lesen Sie die offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2026 auch online!

Ausgabe 1 – 2026 Ausgabe 2 – 2026 Ausgabe 3 – 2026

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.

Urogynäkologie: Der weibliche Beckenboden im Zentrum der Aufmerksamkeit

Markus Hübner[1], Miriam Deniz[2]

[1] Klinik für Frauenheilkunde, Universitätsklinikum Freiburg
[2] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Ulm

Beckenbodenfunktionsstörungen betreffen einen erheblichen Anteil der weiblichen Bevölkerung und sind mit relevanten Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Das zunehmende Wissen um die biomechanischen Grundlagen und Risiken für die Entstehung von Beckenbodendysfunktionen, die Weiterentwicklung differenzierter diagnostischer Möglichkeiten, wie z. B. die 3D-Sonografie oder dynamische MRT-Untersuchungen, und die evidenzbasierte Bewertung verschiedener, innovativer konservativer und operativer Therapieoptionen spiegeln den anhaltenden wissenschaftlichen Fortschritt im Bereich der Beckenbodenmedizin wider. Die Komplexität des funktionellen Zusammenspiels aus Anatomie, Biomechanik und Neurophysiologie und der jeweiligen Pathologien bedingt die Notwendigkeit einer engen interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Professionen. Ein Beispiel hierfür ist die zunehmend in den Fokus rückende peripartale Beckenbodenprotektion. Schwangerschaft und Geburt gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung von Beckenbodendysfunktionen. Gerade in diesem Bereich gibt es gute Evidenz bezüglich präventiver und therapeutischer Maßnahmen, wie spezialisiertes Beckenbodentraining bereits in der Schwangerschaft, protektive Maßnahmen während der Entbindung und frühzeitige Rehabilitationsmöglichkeiten. Die Notwendigkeit der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfer*innen, Hebammen, niedergelassenen Kolleg*innen, Physiotherapeut*innen und Urogynäkolog*innen wird hier besonders deutlich. Die Herausforderung ist hierbei, die bestehende Evidenz in den klinischen Alltag zu transferieren.

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

Die Translation wissenschaftlicher Evidenz in die klinische Routine ist untrennbar auch mit der Frage nach der Qualität der urogynäkologischen Versorgung verbunden. Während international die Urogynäkologie in vielen Ländern als eigenständige Subspezialisierung etabliert ist, kann dies in Deutschland durch die persönliche Zertifizierung nach den Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB e.V.) erreicht werden. Wie auch im Bereich der peripartalen Beckenbodenprotektion besteht bei der differenzierten Diagnosestellung und Therapieplanung bei persistierenden Beckenbodendysfunktionen, wie etwa beim Descensus genitalis mit gleichzeitig bestehenden Defäkationsstörungen die Notwendigkeit der differenzierten, interdisziplinären Diagnosestellung und Therapieplanung. Um auch hier die Qualität der Versorgungsstrukturen für Patientinnen und Zuweiser*innen transparent darzulegen, besteht in Deutschland ein Netz aus zahlreichen nach den Richtlinien der Fachgesellschaften zertifizierten, interdisziplinären Beckenbodenzentren, um eine hochwertige, flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Neben der Etablierung dieser Maßnahmen zur Strukturqualität in der Versorgung ist es ebenso wichtig, die Ergebnisqualität der Behandlung zu evaluieren, um hierdurch die Prozesse der Versorgung kontinuierlich verbessern zu können. International liefern hier (teils verpflichtende) Register, die das Outcome und die Komplikationen nach operativen Eingriffen systematisch erfassen, wichtige Informationen. Gerade im Bereich der Diskussion um die Sicherheit synthetischer Implantate könnte eine verpflichtende und strukturierte Erfassung im Implantateregister Deutschland wesentlich dazu beitragen, Implantatsicherheit und implantatbezogene Folgeeingriffe langfristig zu beurteilen. So bestehen seitens der DGGG und AGUB nun Bestrebungen, auch die Implantate zur Beckenbodenrekonstruktion in dieses Register künftig aufzunehmen.

Zusammenfassend hat sich die Urogynäkologie in Deutschland in den letzten Jahren zu einer bedeutenden Subspezialisierung entwickelt, die sich insbesondere durch die enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit sowohl im Bereich der Forschung als auch vor allem im Bereich der Versorgung der Patientinnen auszeichnet. Durch diese gemeinsame Professionalität wird es gelingen, das breite Wissen in die klinische Versorgung der Patientinnen zu integrieren und die Qualität der Behandlung kontinuierlich zu verbessern.



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



Prof. Dr. med. Miriam Deniz
Oberärztin
Leiterin Interdisziplinäres Beckenbodenzentrum
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Ulm
Prittwitzstraße 43, 89075 Ulm
miriam.deniz@uniklinik-ulm.de

Wie viel Therapie braucht meine Patientin?

Tobias Engler, Martin Weiss

Das Mammakarzinom war 2026 gleich zweimal im Programm der Basics- & Advanced-Reihe vertreten: am Freitag mit den Therapiealgorithmen, am Samstag mit Tumortherapie und Krebsprävention, beide Sitzungen unter Mitwirkung von Dr. Tobias Engler. Mit Grundlagen und Spezialwissen stellen beide Sitzungen dieselbe Frage: Wie viel Therapie braucht diese Patientin, und was braucht sie, um diese Therapie über Jahre zu tragen? Am Beispiel des Mammakarzinoms lässt sich das besonders gut zeigen.

Advanced: Biologie statt Stufenschema

Die Therapie des frühen Mammakarzinoms folgt keinem starren Stufenschema mehr, sondern einem biologisch begründeten, personalisierten Algorithmus. Entscheidend sind Subtyp, absolutes Rezidivrisiko und die Frage, wie viel Therapie im Einzelfall wirklich nötig ist.

Beim HR-positiven, HER2-negativen Mammakarzinom liefern Genexpressionstests zunehmend die Argumente für eine Deeskalation. Neuere Daten zeigen, dass selbst bei klinisch höherem Risiko ein günstiges genomisches Profil den Verzicht auf eine Chemotherapie erlauben kann. Erste Hinweise sprechen dafür, dass dies unter adäquater Ovarialsuppression auch bei prämenopausalen Patientinnen möglich sein könnte. Für die endokrine Eskalation stehen mit Abemaciclib und Ribociclib zwei CDK-4/6-Inhibitoren zur Verfügung.

Beim HER2-positiven Mammakarzinom steuert das Ansprechen in der Neoadjuvanz die weitere Therapie: Eine pCR erlaubt die Deeskalation, ein Residualtumor erfordert die Eskalation. Trastuzumab-Emtansin ist hier etabliert, perspektivisch könnte Trastuzumab-Deruxtecan hinzukommen.

Basics: Was vor und neben der Therapie passiert

Die systemische Therapie beginnt nicht mit der ersten Infusion oder Tablette. Davor steht die Frage, was Erkrankungen verhindern, Risiken senken und Patientinnen im Fall einer Diagnose stabilisieren kann. Prävention bedeutet dabei mehr als Früherkennung. Beratung und Förderung von Bewegung, Gewichtskontrolle, Reduktion von Alkohol und Rauchverzicht beeinflussen das Brustkrebsrisiko und fördern zugleich die kardiometabolische Gesundheit und Lebensqualität.

Ist die Erkrankung eingetreten, gewinnen unterstützende Maßnahmen an Gewicht. Körperliche Aktivität kann Fatigue lindern, die funktionelle Reserve erhalten und die Rekonvaleszenz fördern. Ebenso wichtig sind ausgewogene Ernährung, psychoonkologische Begleitung, konsequentes Nebenwirkungsmanagement sowie Beratung zu Fertilität, Sexualität und Knochengesundheit. Moderne Senologie fragt daher nicht nur, welche Therapie wirkt, sondern auch, was Patientinnen hilft, sie langfristig zu ermöglichen und Gesundheit jenseits des Tumors zu bewahren.

Fazit

Personalisierte Algorithmen entscheiden, welche Patientin eine Chemotherapie sicher vermeiden kann. Die Supportivversorgung ist entscheidend dafür, ob die verbleibende Therapie auch durchgehalten wird.

Wissenschaftliche Sitzung Advanced – Gynäkologische Onkologie & Senologie: Therapiealgorithmen
Freitag, 23. Oktober 2026, 10:45 Uhr, Saal 1

Wissenschaftliche Sitzung Basics – Die Tumortherapie und Krebsprävention
Samstag, 24. Oktober 2026, 08:00 Uhr, Saal 1



Dr. med. Tobias Engler
Stellv. Geschäftsführender Oberarzt
Department für Frauengesundheit
Universitäts-Frauenklinik
tobias.engler@med.uni-tuebingen.de



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

Spitzenreferate – Von Sexualmedizin bis Endometriose

Stefanie Burghaus, Julia Velten

Sexuelle Gesundheit und (chronische) Beckenschmerzen gehören zu den zentralen Determinanten der Lebensqualität von Frauen. Dennoch werden beide Themen im klinischen Alltag häufig nicht ausreichend adressiert – sei es aufgrund gesellschaftlicher Tabuisierung, komplexer Pathomechanismen oder begrenzter therapeutischer Möglichkeiten. Die Sitzung „Spitzenreferate – Von Sexualmedizin bis Endometriose" verbindet zwei hochaktuelle Themenfelder der Gynäkologie und zeigt eindrucksvoll, wie wissenschaftliche Innovationen und interdisziplinäre Versorgung dazu beitragen können, Patientinnen individueller und wirksamer zu behandeln.

Wissenschaftliche Sitzung
Spitzenreferate –
Von Sexualmedizin bis Endometriose
Donnerstag, 22. Oktober 2026, 16:00 Uhr, Saal 1

Den Auftakt gestaltete Prof. Dr. Julia Velten (Universität Witten/Herdecke) mit ihrem Vortrag „Sexualmedizin – Liebe, Lust und Leiden". Die Sexualmedizin hat sich in den vergangenen Jahren zu einem wichtigen Bestandteil der frauengesundheitlichen Versorgung entwickelt. Sexualität beeinflusst nicht nur Partnerschaft und psychosoziales Wohlbefinden, sondern wird gleichermaßen durch gynäkologische Erkrankungen, hormonelle Veränderungen, operative Eingriffe oder onkologische Therapien geprägt. Prof. Velten zählt zu den international renommierten Wissenschaftlerinnen auf dem Gebiet der sexuellen Gesundheit. Ihre Forschung verbindet psychologische, biologische und soziale Aspekte sexueller Gesundheit und liefert wichtige Impulse für eine evidenzbasierte und patientinnenzentrierte Sexualmedizin. Das Spitzenreferat zeigte auf, wie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse dazu beitragen können, sexuelle Beschwerden besser zu verstehen und Betroffene kompetent zu begleiten.

Im zweiten Spitzenreferat sprach Prof. Christian M. Becker (Nuffield Department of Women's & Reproductive Health, University of Oxford) über „Endometriose neu denken – Aktuelle Erkenntnisse zu Pathomechanismen und therapeutischen Zielstrukturen". Endometriose zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen von Frauen im reproduktiven Alter und stellt trotz erheblicher Fortschritte weiterhin eine therapeutische Herausforderung dar. Die Forschung der vergangenen Jahre hat unser Verständnis der Erkrankung grundlegend erweitert. Neben hormonellen Einflüssen rücken immunologische Mechanismen, Entzündungsprozesse, neuroangiogene Veränderungen sowie molekulare Signalwege zunehmend in den Fokus. Christian Becker gehört international zu den führenden Wissenschaftlern auf diesem Gebiet und hat mit seiner translationalen Forschung wesentlich dazu beigetragen, neue therapeutische Ansätze und potenzielle Zielstrukturen zu identifizieren. Sein Vortrag gab einen spannenden Überblick über aktuelle Entwicklungen und zeigte auf, welche Perspektiven sich für eine stärker personalisierte Therapie der Endometriose eröffnen.

Beide Spitzenreferate stehen exemplarisch für die zunehmende Verbindung von exzellenter Grundlagenforschung und patientinnenorientierter klinischer Versorgung. Die Referate regten dazu an, bekannte Krankheitsbilder aus neuen Blickwinkeln zu betrachten, etablierte Konzepte kritisch zu hinterfragen und aktuelle wissenschaftliche Entwicklungen unmittelbar in die gynäkologische Praxis einzuordnen. Für alle, die sich für individualisierte Frauengesundheit, interdisziplinäre Medizin und innovative Therapieansätze interessieren, war diese Sitzung ein wissenschaftlich hochkarätiger und zugleich praxisrelevanter Höhepunkt des DGGG-Kongresses.



PD Dr. med. Stefanie Burghaus MHBA
Leitende Oberärztin
Universitätsklinikum Erlangen
Frauenklinik
Universitätsstraße 21/23, 91054 Erlangen
Stefanie.Burghaus@uk-erlangen.de

Foto: Michael Rabenstein/Uni-Klinikum Erlangen



Prof. Dr. rer. nat. Julia Velten
Lehrstuhlinhaberin
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie I
Universität Witten/Herdecke
Julia.Velten@uni-wh.de

Preise und ein Blick nach Leipzig

Zum Abschluss des 66. Kongresses versammelten sich am Samstagvormittag die Verantwortlichen von Fachgesellschaft und Kongress und zahlreiche Teilnehmende. Dieser Programmpunkt bot Gelegenheit, Danke zu sagen, Preise zu verleihen und den Staffelstab weiterzureichen.

Preise der GebFra

Die Zeitschrift Geburtshilfe und Frauenheilkunde (GebFra) vergab vier Preise. In der Kategorie Reviews wurde Prof. Dr. Peter Fasching ausgezeichnet, dessen *Review* als meistzitierter der Zeitschrift gilt. Dr. Olaf Schoffer erhielt den Preis in der Kategorie *Originalarbeiten* für eine Studie aus Leipzig zur Behandlung in zertifizierten Brustzentren, die die Überlebenschancen von Patientinnen verbessert. In der Kategorie *Guideline* wurde Prof. Dr. Constantin von Kaisenberg für die Leitlinie zur Diagnostik und Therapie im ersten Trimenon geehrt, die zahlreiche Fachgesellschaften tragen. Prof. Bettina Kuschel erhielt den Preis in der Kategorie *Most Read Article* für ihr Positionspapier zu rheumatischen Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit.

Redaktionspreis FRAUENARZT

Der DGGG-Redaktionspreis FRAUENARZT ging an Prof. Dr. Maggie Banys-Paluchowski, stellvertretende Klinikdirektorin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. DGGG-Schriftführer Prof. Dr. Markus Schmidt würdigte sie in seiner Laudatio als Autorin, die didaktische Stärke mit wissenschaftlichem Anspruch und klinischer Relevanz verbindet. Ihr Schwerpunkt liegt in der Senologie. Zugleich setze sie sich für den Nachwuchs ein. Die Zeitschrift, so Schmidt, sei die meistgelesene ihrer Art und lebe von solchen Beiträgen.

Wissenschaftspreise der DGPFG

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (DGPFG) vergab zwei Preise für Arbeiten mit psychosomatischem Bezug. Ausgezeichnet wurde Patricia Günther für ihre Arbeit zur Belastung und Bewältigung in der Hebammenarbeit im humanitären Kontext. Der zweite Preis ging an Beatrix Kozjak-Storjohann für eine qualitative Studie zur perinatalen Verlusterfahrung bei Frauen über 65 Jahren.

Erstmals verliehen: Lehrpreis für Innovationen

Der DGGG-Lehrpreis für Innovationen in der Aus- und Weiterbildung wurde in diesem Jahr neu etabliert und gemeinsam mit dem Springer Verlag vergeben. Es gab über 20 Bewerbungen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum. Ausgezeichnet wurde das Projekt CLINIC-EDGE von Dr. Jan-Philipp Cieslik von der Universität Düsseldorf. Die Lernumgebung simuliert ein Krankenhausinformationssystem, in dem Studierende und Assistenzärztinnen und -ärzte Anamnesen, Untersuchungen und Dokumentation trainieren können.

Preise der Kommission Digitale Medizin

Die Kommission Digitale Medizin verlieh ihren Preis zum ersten Mal. Ziel ist es, junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für Digitalisierung in der Frauenheilkunde zu gewinnen. Den ersten Preis erhielt Dr. Manuel Hörner aus Erlangen für eine KI-gestützte Studie aus der Grundlagenforschung. Den zweiten Preis erhielt Kathrin Haßdenteufel für eine Arbeit zur Digitalisierung in der Geburtshilfe. Den dritten Preis erhielt Dr. Alexander Englisch für ein onkologisches Projekt mit großen Sprachmodellen. Die Preise wurden mit Unterstützung der AstraZeneca GmbH vergeben.

Kongressfilm 2026

Zum Abschluss wurde der Kongressfilm 2026 vorgestellt. Über die vier Kongresstage wurden Sitzungen, Stände und Gespräche festgehalten. Der Präsident dankte allen, die im Hintergrund dafür gesorgt haben.

Zum Kongressfilm



Dank und Ausblick auf Leipzig

Der DGGG-Präsident dankte allen, die den Kongress möglich gemacht haben: dem Organisationskomitee, dem Veranstaltungsservice, den Hostessen, den Industriepartnern und den Mitarbeitenden hinter der Bühne. Die Mitgliederversammlung am Freitagabend, die Prof. Naumann als gut besucht und respektvoll geführt beschrieb, hat den Vorstand für die kommenden zwei Jahre wiedergewählt. Der 67. Kongress findet im Oktober 2028 in Leipzig statt.

Quelle:
Abschlussveranstaltung des 66. DGGG-Kongresses in München

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.