

DGGG 2020

4

Post-Kongress-
Ausgabe

Kongress

Journal

Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2020

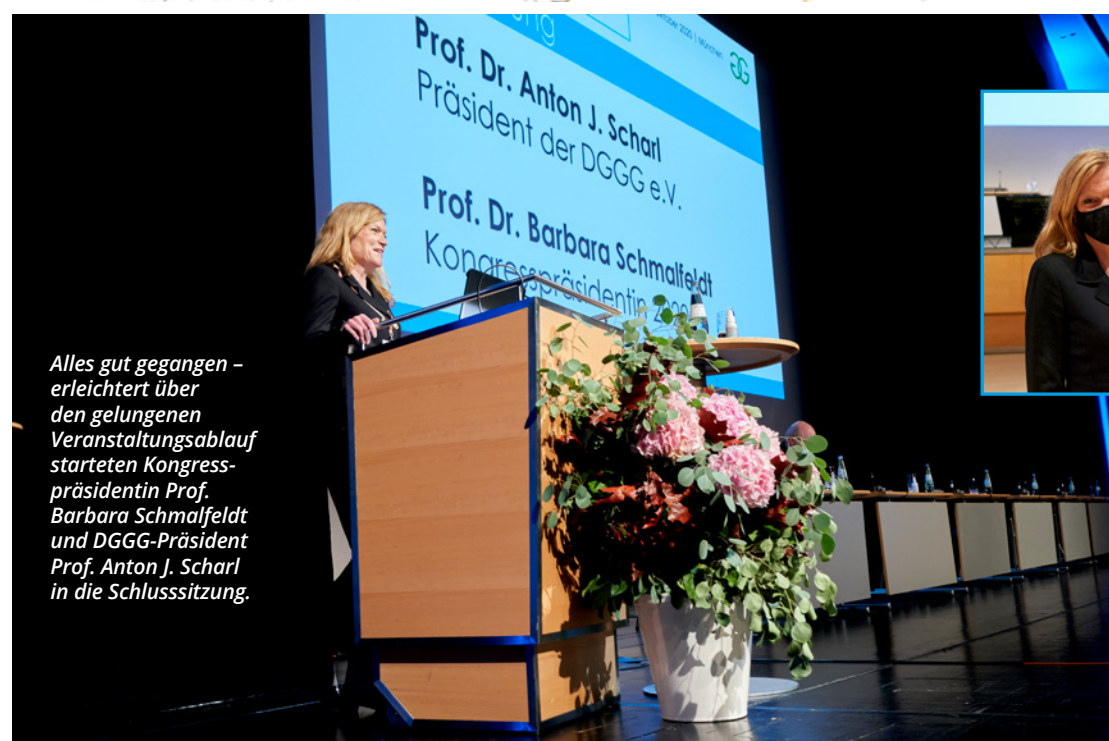


„Menschen dazu anregen, das Beste zu geben und das dann auch zu präsentieren“ – Prof. Frank Louwen, 1. Vizepräsident der DGGG, kündigte anschließend die Bekanntgabe der Preise für eingereichte Abstracts an und betonte, wie wichtig die Förderung und Einbindung junger Wissenschaftler für die DGGG als wissenschaftliche Fachgesellschaft ist. Er übergab, verbunden mit großem Dank, das Wort an Prof. Matthias W. Beckmann, der zum vierten Mal den Reviewprozess koordiniert hatte.

Wissenschaftspreise 2020

Beckmann erklärte zum Verfahren: Mindestens drei Gutachter bewerten jeden eingereichten Beitrag, d.h. bei 609 eingereichten Abstracts 1.827 Gutachten – eine große Investition in die Motivation junger Kolleginnen und Kollegen. 50 Abstracts wurden ausgewählt, um als freie Vorträge in die wissenschaftlichen Sitzungen integriert zu werden, was die Arbeit der jungen Wissenschaftler hervorragend honoriert, so Beckmann. Zu der relativ großen Anzahl zurückgezogener Abstracts merkte er kritisch an: Zurückziehen, wenn man nicht gewonnen hat, sei für ihn inakzeptabel und unfair gegenüber den Gutachtern. „Der Fairness halber und im Sinne eines guten Wissenschaftlichen Geistes sollte man sich dem Wettbewerb stellen.“ Anschließend folgten die Bekanntgabe der Gewinnerin des Ernst-Beinder-Forschungsstipendiums und die Verleihung des GebFra-Preises sowie des DGPF-Gewissenschaftspreises, mehr dazu S. 6.

Nun hatte der Kongressfilm 2020 Premiere. Prof. Schmalfeldt schloss mit einem Dank für die Hilfe der Kongresssekretäre Prof. Linn Wölber und Prof. Thomas Papatthemelis und der Verleihung der Ehrennadel der DGGG an die Macher des Kongressfilms, Prof. Matthias Kalder (Regie), Frank Ebermann (Film) und Markus Haist (Ton). Zu guter Letzt: Standing Ovationen dafür, dass der Kongress stattfinden konnte. ■



Alles gut gegangen – erleichtert über den gelungenen Veranstaltungsablauf starteten Kongresspräsidentin Prof. Barbara Schmalfeldt und DGGG-Präsident Prof. Anton J. Scharl in die Schlussitzung.



Hands-on-Kurse, den Arbeitsgemeinschaften und kooperierenden Gemeinschaften. Ein großer Dank ging auch an die Vor-Ort- und die Online-Teilnehmer, die die Stimmung mit getragen und die Veranstaltung unterstützt haben unter den „einfach nicht einfachen“ Bedingungen.

Eine motivierende Keynote

Im Anschluss begrüßte Prof. Schmalfeldt Nicola Fritze zu ihrer interaktiven Keynote Lecture „Motivier' dich selbst – sonst macht's keiner.“ Durch unterhaltsame Mitmach-Übungen mit Aha-Effekt erhielten die Zuhörer einen lebhaften Eindruck davon, wie es sich anfühlt, die gewohnten Bahnen von Wahrnehmen, Denken und Handeln einmal zu verlassen und so den Weg frei zu machen für neue, kreative Problemlösungen.

Der DGGG-Kongress 2020: Ein Beispiel, wie es doch gehen kann

Die DGGG ist die erste medizinische Fachgesellschaft in Deutschland, die unter Corona-Bedingungen ihren Kongress auch als Präsenzveranstaltung abgehalten hat. In der Abschlussveranstaltung wurde eine erste, positive Bilanz gezogen.

Ein erstes, vorsichtig optimistisches Fazit zog DGGG-Präsident Prof. Scharl in der Abschlussitzung am Kongress-Samstag. Mit zum Stand des Vortrags (9.10.2020) 5.200 registrierten Teilnehmern, davon 1.600 vor Ort – was in dem weitläufigen Areal des ICM und aufgrund der Abstandsregelung nicht so sichtbar war – wurde die Veranstaltung allen mit der Corona-Pandemie verbundenen Widrigkeiten zum Trotz gut angenommen. Prof. Scharl dankte den „sichtbaren“ Mitwirkenden und ausdrücklich auch denjenigen, ohne deren Mitwirkung und gute Zusammenarbeit untereinander dieser außergewöhnliche Kongress nicht

möglich gewesen wäre: dem Team der DGGG in Berlin und in München, dem Team der Kongressorganisation und den Mitarbeitern der Messe München. „Es war gut, wenn jetzt alles gut bleibt.“ – so drückte Kongress-

präsidentin Prof. Schmalfeldt es aus. Sie bedankte sich herzlich bei den OrganisatorInnen und allen, die an der Gestaltung des wissenschaftlichen Programms Teil hatten: Referenten, Vorsitzende, Seminarleiter, Leiter der



Motivation zum Querdenken: Ein Viereck mit einer Geraden in drei Dreiecke teilen – geht das nicht, kann ich das nicht, – oder könnte es vielleicht irgendwie doch gehen? Von „Motivationsfrau“ Nicola Fritze erfuhren die Zuhörer, wie man gedankliche Blockaden entlarvt und sich darüber hinwegsetzen kann. So können kreative Problemlösungen entstehen.



Inhalt

Der DGGG-Kongress 2020:
Ein Beispiel, wie es doch
gehen kann 1

Wieviel endokrine Therapie
muss welche Patientin be-
kommen?
T. Fehm..... 2

Partizipative Entscheidungs-
findung – Shared Decision
Making in der Medizin
P. Hahlweg, I. Scholl 3

Mikronährstoffe verbessern
die Erfolge der modernen
Reproduktionsmedizin
I. Gerhard..... 4

Herzlichen Glückwunsch!
Ehrungen und Preise, die
auf dem 63. DGGG-Kongress
verliehen wurden 6

Die neue FIGO-Klassifikation
des Zervixkarzinoms
M. W. Beckmann..... 6

„Best of Breast“
J.-U. Blohmer..... 8

Sentinellymphknoten-
markierung mit supra-
magnetischen Nanopartikeln
S. Theis 8

Impressionen
vom DGGG 2020 10

Generation Y und Z –
wir sind das Personal
von morgen
J. L. Scharf..... 12

Bewertung und
Honorierung der
Weiterbildung (CH)
F. Winder 14

Novellierung der Weiter-
bildung – Umsetzung
des EBCOG-Pacts (A)
P. Föjßleitner 14

Female Genital Mutilation
(FGM) weltweit und bei uns –
was können wir tun?
W. Harlfinger 16

Social Media – soll ich,
oder soll ich nicht?
M. Kohler..... 18

„Hybrid war die richtige
Entscheidung“ – Interview
mit Kongresspräsidentin
Prof. Barbara Schmalfeldt .. 19

Impressum 2

Erweiterte endokrine Mammakarzinom-Therapie

Wieviel endokrine Therapie muss welche Patientin bekommen?

Liegen Kriterien für ein erhöhtes Rückfallrisiko vor, so sollte nach Abschluss der endokrinen Standardtherapie ein ausführliches Beratungsgespräch bezüglich des Nutzens und des Risikos einer erweiterten endokrinen Therapie (EAT) erfolgen. Dabei kann eine individuelle Therapieentscheidung getroffen werden, die Lebensqualität und onkologische Sicherheit berücksichtigt.

Die Dauer der endokrinen Standardtherapie beim Mammakarzinom beträgt derzeit fünf Jahre [1]. Bei erhöhten Risikokonstellationen (siehe Tab. 1) sollte eine erweiterte endokrine Therapie (EAT) mit der Patientin diskutiert werden.

Entscheidung über weitere Therapie: Compliance gewichtiger als das Risiko

Unabhängig von der Risikokonstellation ist entscheidend, ob die Patientin bereit ist, die endokrine Therapie fortzuführen. Die Motivation wird im Wesentlichen bestimmt sein von der bisherigen Verträglichkeit der endokrinen Therapie, den aufgetretenen Nebenwirkungen (z. B. Myalgie, Arthralgie) sowie etwaigen Begleiterkrankungen (z. B. Osteoporose, Arthrose).

Aus diesem Grund sollte mit der Patientin nach Abschluss der endokrinen Standardtherapie ein ausführliches Beratungsgespräch bezüglich des Nutzens und des Risikos einer EAT erfolgen, so dass die Patientin basierend auf ihrer eigenen Risikokonstellation

und bis dato erlebten Lebensqualität eine informierte Entscheidung treffen kann.

EAT in der Prämenopause

In der Prämenopause wird bei erhöhtem Rückfallrisiko im Rahmen der EAT die Tamoxifen-therapie für fünf weitere Jahre fortgeführt [1]. Sowohl die ATLAS- als auch ATTOM-Studie haben den onkologischen Nutzen bezüglich Reduktion des Rezidivrisikos und der Brustkrebssterblichkeit belegt. Das Endometriumkarzinomrisiko ist in der Prämenopause durch die verlängerte Einnahme geringfügig erhöht.

Falls die Patientin mit GnRH und Tamoxifen bzw. Aromataseinhibitor (AI) vorbehandelt wurde, sollte – auch wenn es hierzu keine Studien gibt – ebenfalls die Tamoxifengabe für fünf Jahre gemäß den Empfehlungen der AGO-Kommission Mamma in Analogie fortgeführt werden. Sofern die Patientin im weiteren Verlauf postmenopausal geworden ist, sollte auf Grund des Überlebensbenefits – gezeigt in der MA.17-Studie –

die Umstellung auf einen AI für zwei bis fünf Jahre erfolgen.

EAT in der Postmenopause

In der Postmenopause ist die Situation aufgrund der unterschiedlichen Vortherapien komplexer. Sofern die Patientin mit alleinigem Tamoxifen behandelt wurde, sollte sie im Rahmen der EAT mit einem AI für zwei bis fünf Jahre weiterbehandelt werden. Hat sie im Rahmen der Switch- oder Upfront-Therapie bereits einen AI in den ersten fünf Jahren erhalten, ist der Nutzen der erweiterten Therapie begrenzt und es sollte in Abhängigkeit von der Risikokonstellation und der Verträglichkeit des AIs entschieden werden [1] .

Die Empfehlungen beruhen auf einer 2018 vorgestellten Metaanalyse der EBCTCG, die den Nutzen der EAT in Abhängigkeit von der endokrinen Vortherapie evaluierte. Insgesamt wurden die Daten von 22.192 Patientinnen aus 11 Therapiestudien (z. B. IDEAL, DATA, LATER, MA.17) ausgewertet.

Durch die EAT konnte unabhängig von der endokrinen Vortherapie kein Benefit für die Brustkrebssterblichkeit erzielt werden. Dies muss auch mit den Patientinnen thematisiert werden. Eine signifikante Reduktion von Fernmetastasen konnte nur bei Patientinnen mit einer alleinigen Tamoxifen-Vorbehandlung gesehen werden. Hingegen wurde bei allen Subgruppen eine Reduktion

des allgemeinen Rezidivrisikos („any recurrence“ definiert als Lokalrezidiv, kontralaterales Mammakarzinom oder Fernmetastasen) gezeigt. Der Nutzen der EAT war umso größer, je höher das Risiko – vor allem reflektiert durch den Nodalstatus – war. Allerdings hatten Patientinnen mit einer EAT eine um 25 % höhere Wahrscheinlichkeit für Knochenfrakturen. Die optimale Dauer der EAT ist noch unklar und wird in den aktuellen AGO-Empfehlungen aufgrund der heterogenen Studienlage mit zwei bis fünf Jahren angegeben [1].

In der ABCSG16-Studie erhielten Patientinnen mit unterschiedlichen endokrinen Vortherapien entweder zwei Jahre oder fünf Jahre AI. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied bezüglich des rezidivfreien und des Gesamtüberlebens. Allerdings wiesen die Patientinnen mit fünf Jahren EAT eine signifikant höhere Frakturrate aufgrund der therapieassoziierten Osteoporose auf. Die Länge der erweiterten Therapie sollte sich daher ebenfalls an der Verträglichkeit, dem Rückfallrisiko und den Komorbiditäten orientieren.

Fazit: Die EAT stellt eine wichtige Option für Patientinnen mit einem erhöhten Rückfallrisiko dar. Im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung sollte gemeinsam mit der Patientin daher eine individuelle Risiko-Nutzen-Analyse erfolgen.

Referenz

1. https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/Leitlinien/kommissionmamma/2020/PDF_DE/2020D%2010_Adjuvante%20endokrine%20Therapie.pdf



Autorin

Prof. Dr. Tanja Fehm

Universitätsfrauenklinik Düsseldorf
Tanja.Fehm@med.uni-duesseldorf.de

Risikofaktoren, die eine EAT begründen können

- Alleinige Tamoxifentherapie (wenn Patientin zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung postmenopausal)
- Z. n. Chemotherapie (da Patientinnen in der Regel high-risk)
- T2-T4-Tumoren
- Nodalpositiv
- Hohes Rückfallrisiko basierend auf immunhistochemischen Markern oder Genexpressionsprofilen (zum Zeitpunkt der Erstdiagnose)
- Erhöhter CTS5-Score (www.cts5-calculator.com)

Tab.1: Risikokonstellationen, die auf einen Nutzen einer EAT hinweisen

Impressum

Verlag

Akademischer Verlag München
Lindberghstraße 15
80939 München
Fon (089) 516161-51
Fax (089) 516161-99
avm@akademischer-verlag-muenchen.de
www.akademischer-verlag-muenchen.de
GF: Berthold Clewing, Christoph Hofbauer

Redaktion

Stephanie Mohr (verantwortlich)
Tel. (089) 51 61 61-51

Anzeigen

Damian Binger (verantwortlich)
Tel. (02421) 994 69 39

Herstellung

dm druckmedien gmbh
80939 München

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.

Kommunikation und Therapieentscheidungen

Partizipative Entscheidungsfindung – Shared Decision Making in der Medizin

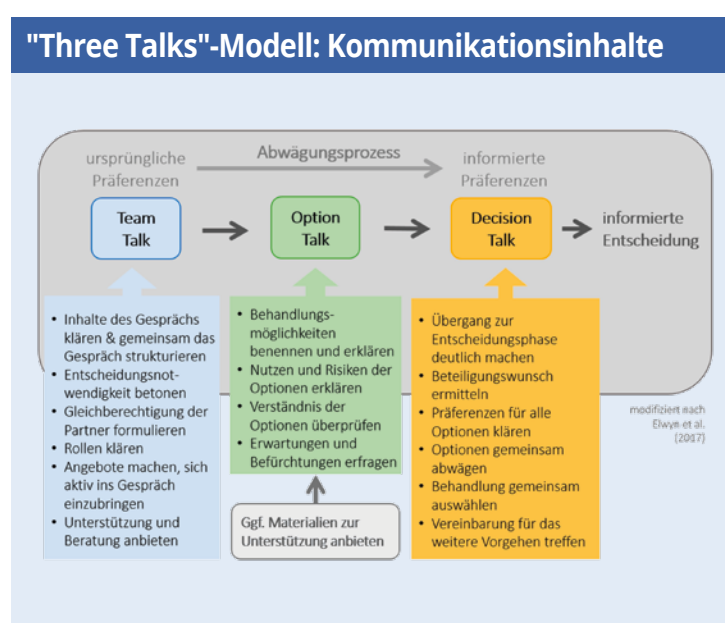
Eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung zeichnet sich dadurch aus, dass Patientinnen und Patienten mit ihren persönlichen Bedürfnissen, Werten und Eigenschaften und ihrer individuellen Situation im Mittelpunkt stehen. Gemeinsame Entscheidungsfindung bei medizinischen Behandlungen ist hierbei ein zentraler Bestandteil. Wie funktioniert partizipative Entscheidungsfindung und welche Vorteile hat sie für Behandelnde und Patientinnen und Patienten?

Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) bedeutet, dass Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte gemeinsam die Entscheidungsverantwortung tragen. Es handelt sich um einen „Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient/Patientin und Arzt/Ärztin auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“ [1]. Neben Patienten und Ärzten können an diesem gemeinsamen Prozess auch weitere Personen wie Pflegekräfte oder Angehörige beteiligt sein.

Wichtig ist dabei die Kombination aus evidenzbasierter Medizin und patientenzentrierten Kommunikationsfertigkeiten. Nur so ist partizipative Entscheidungsfindung und als Konsequenz eine patientenzentrierte Versorgung möglich.

Warum und wann ist Shared Decision Making sinnvoll?

Partizipative Entscheidungsfindung wird sowohl von vielen Patientinnen und Patienten gewünscht, als auch von der Gesundheitspolitik und dem Patientenrechtegesetz aus dem



Das "Three Talks"-Modell strukturiert den Entscheidungsfindungsprozess.

Jahr 2013 gefordert. In Studien konnte gezeigt werden, dass bei mehr gemeinsamer Entscheidungsfindung Patienten/Patientinnen und Ärzte/Ärztinnen zufriedener sind mit der Entscheidungsfindung. Patienten/Patientinnen verstehen die Behandlungsmöglichkeiten besser, haben realistischere Erwartungen und eine angemessene Risikowahrnehmung. Auch sind sie weniger unentschlossen.

Besonders sinnvoll ist partizipative Entscheidungsfindung, wenn die Konsequenzen der

Behandlung für die Lebensqualität und das weitere Leben groß sind und mehrere Therapieoptionen zur Auswahl stehen – entweder aufgrund gleichwertiger evidenzbasierter Behandlungsoptionen oder aufgrund medizinischer Unsicherheit wegen geringer oder unklarer Evidenz (sogenannte präferenzsensitive Entscheidungen).

Allerdings zeigt sich immer wieder, dass partizipative Entscheidungsfindung in der Gesundheitsversorgung aktuell unzureichend umgesetzt ist.

Von Ärztinnen und Ärzten werden zuallererst Zeitmangel und die Wahrnehmung, dass das Konzept nicht zum individuellen Patienten oder der spezifischen Situation passt, benannt. Patientinnen und Patienten berichten, dass sie sich nicht befähigt fühlen, sich aktiv in den Entscheidungsfindungsprozess einzubringen, und dass eine Verbesserung der ärztlichen Kommunikation notwendig sei.

In der Vergangenheit zeigte sich immer wieder, dass es notwendig ist, neben der individuellen Ebene auch die Ebenen der Organisation und des Gesundheitssystems zu beachten. Hier konnten unter anderem die Organisationskultur, die Einstellung von Führungskräften, die Ausbildung, die Zertifizierung und Vergütungsmodelle als Einflussfaktoren gefunden werden.

Wer mitentscheiden will, sollte das dürfen

Patientinnen und Patienten sollten in dem von ihnen bevorzugten Ausmaß an der Entscheidungsfindung beteiligt werden. Hierfür ist es notwendig, ihre Beteiligungspräferenz an der Entscheidung zu erfragen. Zuvor ist unabhängig davon eine ausführliche Aufklärung

über Behandlungsmöglichkeiten und deren Vor- und Nachteile vorzunehmen.

"Three Talks"-Modell strukturiert Kommunikation

Nach dem „Three Talks“-Modell [2] setzt sich partizipative Entscheidungsfindung aus drei Bestandteilen zusammen: dem Team Talk, dem Option Talk und dem Decision Talk. Im Team Talk werden die Basis für einen gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess gelegt und das Verhältnis zwischen Patient/Patientin und Arzt/Ärztin vereinbart. Im Option Talk werden die Informationen zu den Behandlungsoptionen ausgetauscht. Anschließend folgt im Decision Talk die Entscheidungsphase. Welche konkreten Kommunikationsinhalte die drei Talks enthalten, zeigt die Abbildung.

Referenzen

1. Härter M. Editorial: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2004; 98(2):89–92. online als pdf nicht verfügbar.
2. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. BMJ. 2017;359:j4891. doi:10.1136/bmj.j4891.

Autoren



**Dr. phil.
Dipl. Psych.
Pola Hahlweg**

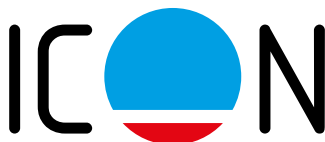
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
p.hahlweg@uke.de



**Dr. phil.
Dipl. Psych.
Isabelle Scholl**

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
i.scholl@uke.de

Hygiene-Flyer
kostenlos anfordern
bei ICON



Zeichen setzen, Leben bewahren.

Kennen Sie eigentlich die häufigste Infektionskrankheit des ungeborenen Kindes?

Wie Sie Ihr Kind vor den möglichen dauerhaften Folgeschäden schützen können, erfahren Sie unter www.icon-cmv.de

Die Verantwortung des Frauenarztes

„Die AWMF-Leitlinie Nr. 093/001 empfiehlt für alle Schwangeren eine CMV-IgG-Bestimmung mit nachfolgender Hygieneberatung. Nutzen Sie den ICON-Flyer zur Aufklärung Ihrer Patientinnen über das Infektionsrisiko (fast 60% der Schwangeren sind seronegativ)!“



**Dr. med.
Michael Wojcinski**



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



www.icon-cmv.de

ICON – Initiative zur Prävention konnataler Cytomegalieinfektionen

Tel.: 07000-4266 268

Kinderwunschbehandlung

Mikronährstoffe verbessern die Erfolge der modernen Reproduktionsmedizin

Trotz der Fortschritte der modernen Reproduktionsmedizin bleibt der Wunsch vieler Paare nach einem eigenen Kind oft unerfüllt. Durch Hinterfragung der Lebens-, Ernährungs- und Umweltbedingungen lassen sich Faktoren herausfiltern, die Sub- oder Infertilität begünstigen und die sich leicht beheben lassen. Durch die Supplementation von Mikronährstoffen kann sich die Kinderwunschprognose verbessern.

Einen dieser Faktoren stellt die Minderversorgung mit Mikronährstoffen dar. Ein Überangebot an leicht verfügbaren industriellen Nahrungsmitteln, ein Zuviel an „leeren“ Kalorien, ein vermehrter Verbrauch von Antioxidanzien durch schlechte Umweltbedingungen und Stress führen u. a. zu hormonellen Dysbalancen und Fortpflanzungsstörungen bei beiden Geschlechtern. Neben der Lebensstil- und Ernährungsberatung konnte in Studien die Gabe bestimmter Nahrungsergänzungen die Fertilitätsparameter und sogar die Baby-take-Home-Rate verbessern.

Vitamin D

Obwohl die Supplementierungsstudien mit Vitamin D widersprüchlich sind, ist gesichert, dass bei optimalen Vitamin-D-Spiegeln die Fertilisierungsrate am höchsten ist. So wurde in England bei 500 Frauen nachgewiesen, dass sich die Lebendgeburtenrate von 23 % in der Vitamin-D-Mangelgruppe signifikant von der Gruppe der Frauen mit Vitamin-D-Werten im guten Normbereich mit 38 % unterschied (vgl. Abb.). Eine Metaanalyse von 18 Studien bestätigte diesen Zusammenhang.

Besonders bei Frauen mit PCO wurde der Zusammenhang mit Vitamin D häufig untersucht. Durchgängig zeigt sich bei zahlreichen Studien, dass Frauen mit PCO und erniedrigten Vitamin-D-Werten eine signifikant schlechtere Ovulations- und Lebendgeburtenrate hatten. Ein optimaler Vitamin-D-Spiegel erwies sich in einer anderen Studie als guter prognostischer Parameter, wobei die Rate von Lebendgeburten am höchsten war, wenn 25OH-Vitamin D über 45ng/ml betrug.

Zwischen Endometriose und der Vitamin-D-Versorgung bestand kein konsistenter Zusammenhang.

Bei männlichen Fertilitätsstörungen korrelierte die Motilität der Spermien mit der Höhe der Vitamin-D-Spiegel im Blut. Supplementierungsstudien mit Vitamin D waren jedoch nicht eindeutig.

Coenzym Q10

Q10 bessert die mitochondriale Aktivität, schützt vor Lipid- und DNA-Oxidation und verhindert somit oxidative Schädigungen von Oozyte und Embryo. Dies

macht sich besonders bei fortgeschrittenem Alter der Patienten bemerkbar.

Bei 30–80 % der infertilen Männer werden erhöhte Stressmarker in der Samenflüssigkeit gefunden. Als Zeichen von oxidativem Stress wurden bei pathologischen Spermioogrammen erhöhte Spiegel von Malondialdehyd und erniedrigte Glutathionkonzentrationen gemessen. Gleichzeitig waren oft Selen, Zink und Q10 erniedrigt. Coenzym Q10 (200 mg Ubiquinol/Tag) über ein halbes Jahr führte zu einer signifikanten Verbesserung des Spermioogramms bei Oligo-Asthenoteratozoospermie (OAT) im Vergleich zu einer Placebogruppe.

Myo-Inositol

Myo-Inositol senkt die Androgene und verbessert die Insulinresistenz. Es verändert die Genexpression der Granulosazellen und verbessert die Qualität von Oozyten und Embryonen. In einer randomisierten Studie konnte gezeigt werden, dass Frauen mit PCOS unter Myo-Inositol weniger FSH bei der Follikelstimulation benötigten und eine bessere Schwangerschafts-

rate erzielt wurde. D-Chiro-Inositol, ein weiteres Stereoisomer der Inositole, hat ebenfalls einen starken Einfluss auf den Zuckerstoffwechsel. Die Kombination von Myo-Inositol mit D-Chiro-Inositol wird als Primärtherapie bei übergewichtigen Frauen mit PCOS empfohlen, da sich die Wirkungen ergänzen.

Bei Männern hat Myo-Inositol einige Funktionen in der Spermientwicklung, bei der Akrosomreaktion und Befruchtung. Nach alleiniger Gabe oder in Kombination mit Vitaminen/Spurenelementen verbesserten sich die Spermaparameter. Vielseitig wirksam ist Myo-Inositol offenbar bei Männern mit Metabolischem Syndrom.

Weitere Mikronährstoffe

Vitamin E, Carotinoide, Folsäure, Zink, Selen, Omega-3-Fettsäuren, L-Carnitin, L-Arginin, Acetylcystein – für alle diese Mikronährstoffe lassen sich kleinere Studien mit unterschiedlichen Zielkriterien finden. Einzeln verabreicht, wurde selten ein Benefit gesehen.

Bei niedrigen Zink- oder Selenwerten im Blut der Frau dauert es geringfügig länger bis zum Schwangerschaftseintritt. Bei Männern gibt es Hinweise auf eine schlechtere Spermaqualität. Supplementierungsstudien waren nicht erfolgreich.

Folsäure war bisher weniger wichtig, um die Konzeption zu verbessern als um Missbildungen zu verhindern. Allerdings ist die Abortrate bei niedrigen Folsäurewerten erhöht. Bemerkenswert ist ein relativ neuer Aspekt, dass in Gegenden mit hoher NO₂-Belastung der Luft eine gute Folatversorgung (≥ 800 µg/Tag) offenbar die Schwangerschaft schützt.

L-Carnitin 250–2.000 mg/Tag verbesserte die Ovulationsrate bei PCO, normalisierte die Hypothalamus-Hypophysen-Ovarielle Achse, wirkte antioxidativ und schützte Oozyten und Embryo. Auch das Spermioogramm verbesserte sich.

Therapeutische Effekte von Mikronährstoff-Kombinationen

Aus der Grundlagenforschung, Tierversuchen und Studien im Rahmen von IVF gibt es Hinweise dafür, dass eine Mischung verschiedener Mikronährstoffe in niedriger Dosierung ungefährlich und hilfreich sein kann. So erwies sich eine Kombination aus Antioxidanzien,

Vitaminen und Inositolen in einer aktuellen Studie bei über- und normalgewichtigen Frauen mit PCOS als sinnvoll.

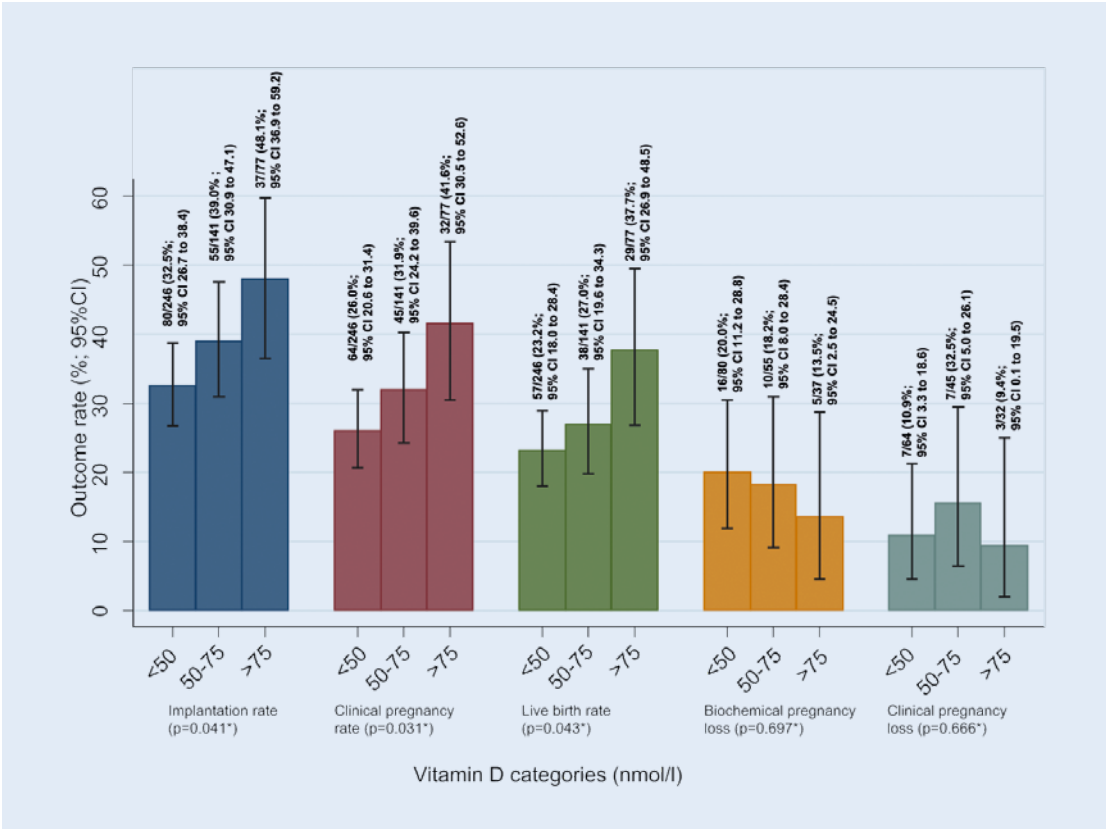
2017 erschien eine systematische Literaturübersicht zur Mikronährstoff-Therapie im Zusammenhang mit IVF. Fünf Studien mit insgesamt 467 Teilnehmern erfüllten die Kriterien. Obwohl auch hier die Therapien sehr heterogen waren, waren Schwangerschafts- und Lebendgeburt-Raten in den Mikronährstoff-Gruppen überzeugend besser als in den Kontrollgruppen.

Eine italienische Arbeitsgruppe verglich bei über 39-jährigen Frauen jeweils zwei IVF-Zyklen, einen ohne und einen nach dreimonatiger Therapie mit Antioxidanzien. Nach der Antioxidanzientherapie war die Qualität der Oozyten signifikant besser. Selbst bei schwerstem OAT-Syndrom lohnte sich der Versuch, zusätzlich zur Lebensstilveränderung ausgewogene Nahrungsergänzungsmittel für sechs Monate einzunehmen. Darunter bessert sich in den meisten Fällen das Spermioogramm signifikant.

Ein Cochrane Review von 2019 untersuchte 61 Studien zu Antioxidantien bei 6.264 infertilen Männern: die Studienqualität war sehr begrenzt, eine verbesserte Schwangerschaftsrate zeichnete sich bei sieben kleineren randomisierten Studien ab.

In einer aktuellen Studie wurden 111 Paare, die für IVF oder ICSI geplant waren, in zwei Gruppen randomisiert. Die Paare erhielten sechs Wochen lang täglich einen „Powerdrink“, der mit Omega-3-Fettsäuren, Vitamin D und Olivenöl angereichert war, oder einen nicht angereicherten Trunk. Die Embryonalqualität war in der Therapiegruppe signifikant besser.

Inzwischen gibt es sehr gut zusammengesetzte Nahrungsergänzungen für beide Partner, deren Einsatz sich zur Verbesserung der natürlichen Fertilität sowie vor geplanter IVF lohnt, wie beispielsweise die Fertilovit®-Produktreihe (Gonadosan).



Schwangerschaftsausgang bei Frauen nach IVF, kategorisiert nach den Serum-Vitamin-D-Werten vor Therapie
Quelle: Chu, J. et al. Vitamin D and assisted reproductive treatment outcome: a prospective cohort study. Reprod Health 16, 106 (2019). Mit freundlicher Genehmigung Springer Nature.



Autorin

Prof. Dr. Ingrid Gerhard

Heidelberg
ingrid.gerhard@gmx.net
www.netzwerk-frauengesundheit.com

Impfprävention von Atemwegserkrankungen

Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft nun Pflichtleistung der GKV

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit März 2020 die Pertussis-Impfung mit einem Tdap-Kombinationsimpfstoff für schwangere Frauen zum Beginn des 3. Trimenons jeder Schwangerschaft. Bei erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt wird empfohlen, die Impfung ins 2. Trimenon vorzuziehen. [1] Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich der STIKO-Empfehlung angeschlossen und sich positiv geäußert. Entsprechend wurde die Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) im Bundesanzeiger publiziert. [2] Ab sofort ist damit die Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft eine Pflichtleistung aller gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Der Impfstoff kann seit Verständigung der Krankenkassen und KVen wie gewohnt über den Sprechstundenbedarf (SSB) bezogen und mit der bekannten Abrechnungsziffer mit der KV abrechnet werden. Laut Fachinformation können die GSK-Impfstoffe *Boostrix* und *Boostrix Polio* eingesetzt werden – basierend auf prospektiven Sicherheitsdaten bei knapp 800 Schwangeren sowie Daten aus drei Studien* zur Wirksamkeit gegen Pertussis bei Säuglingen unter drei Monaten nach Impfung der Mütter. [3,4,5]

Zum Thema Impfen in der Schwangerschaft referierte Prof. Dr. Frank Louwen, Frankfurt/Main, beim Lunch-Symposium der GlaxoSmithKline GmbH & Co KG auf dem DGGG-Kongress 2020. "Die Impfung soll unabhängig vom Abstand zu vorher verabreichten Pertussis-Impfungen in jeder Schwangerschaft erfolgen. Bei erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt wird empfohlen, die Impfung ins 2. Trimenon vorzuziehen." Ziel ist es, die Erkrankungen, Hospitalisierungen und Todesfälle durch die hochansteckende Infektion mit *Bordetella pertussis* bei Neugeborenen und Säuglingen zu reduzieren, die selbst noch nicht geimpft werden können.[1] "Besonders gefährdet sind Säuglinge unter sechs Monaten, bei welchen eine Pertussis-Infektion zu Komplikationen wie Apnoen, Pneumonien, Otitiden, Enzephalopathien und Lungenhochdruck führen kann. Hierbei haben Säuglinge unter zwei Monaten die höchste Gefährdung von schweren und letalen Verläufen", so Louwen weiter. Mütter und enge Haushaltskontaktpersonen gelten hier als die häufigste Infektionsquelle bei Pertussis-Infektionen.[6] Die STIKO hat ihre Entscheidung mit der immer noch

beträchtlichen Anzahl an Pertussis-Erkrankungen jedes Jahr begründet – besonders bei Kindern und älteren Erwachsenen. In acht Originalstudien, vier Kohorten- und vier Fall-Kontroll-Studien wurden die Impfeffektivität und die Sicherheit der Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft ausgewertet.[1] Die positive Bewertung der STIKO für die Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft unterstreicht die besonders gute Wirksamkeit und Sicherheit. Studien ergeben eine Effektivität der Impfung zur Verhinderung von Keuchhusten bei Säuglingen im Alter von ≤ 2 bzw. ≤ 3 Monaten von 69–93%.[1]

Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft ist sicher und schützt das Neugeborene

Da in den westlichen Ländern die Mehrzahl der schwangeren Frauen verhältnismäßig niedrige Pertussis-Antikörperkonzentrationen aufweisen, ist eine diaplazentare Antikörperübertragung auf den ungeborenen Fötus sehr unwahrscheinlich. Dagegen wurde beobachtet, dass eine Impfung während der Schwangerschaft zu hohen Antikörperkonzentrationen sowohl bei der werdenden Mutter wie auch dem Neugeborenen führt.[1]

In den acht Originalstudien, vier Kohorten- und vier Fall-Kontroll-Studien, welche von der STIKO ausgewertet wurden, lag die Impfeffektivität der maternalen Pertussis-Impfung für die Verhinderung von laborbestätigten Pertussis-Erkrankungen, Hospitalisierungen und Todesfällen bei Säuglingen im Alter von ≤ 2 bzw. ≤ 3 Monaten unabhängig vom verwendeten Impfstoff meist über 90 %. Ebenfalls konnten durch Pertussis bedingte To-

desfälle mit einer Effektivität von 95 % verhindert werden.[1]

In den ausgewerteten Studien gab es zwischen geimpften und ungeimpften Kohorten keine Unterschiede im Hinblick auf unerwünschte Schwangerschafts- und peri-/neonatale Ereignisse wie Totgeburten, Frühgeburtslichkeit, niedriges Geburtsgewicht bzw. Fehlbildungen. Auch in Bezug auf allgemeine Gesundheits- und Entwicklungsindikatoren in den ersten fünf Lebensjahren unterschieden sich Kinder von in der Schwangerschaft geimpften Müttern nicht von Kindern nicht geimpfter Mütter. Kinder geimpfter Mütter litten sogar seltener an komplexen chronischen Erkrankungen und erkrankten mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit an ASD (Autism Spectrum Disorder).[1]

Die STIKO sieht auf Basis der beschriebenen hohen Wirksamkeit sowie guten Sicherheit und Verträglichkeit den Nutzen der mütterlichen Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft als erwiesen an. Die Pertussis-Impfung während der Schwangerschaft gilt als beste Strategie, Neugeborene über maternale Antikörper zu schützen. Auch die WHO empfiehlt bereits seit 2015 eine Impfung in der Schwangerschaft zum Schutz von Schwangeren und Neugeborenen.[7] Zusätzlich sollten laut Empfehlung der STIKO enge Haushaltskontaktpersonen (z.B. Eltern, Geschwister, Freunde) und Betreuende (z. B. Tagesmütter, Babysitter, ggf. Großeltern) eines Neugeborenen spätestens vier Wochen vor Geburt des Kindes eine Pertussis-Auffrischung erhalten, wenn die letzte Impfung länger als zehn Jahre zurückliegt. Darü-



Nützen Sie den Arztkontakt Ihrer Patienten zur Überprüfung des Impfstatus – Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Atemwegserkrankungen.

ber hinaus soll gemäß STIKO das Personal in Gemeinschaftseinrichtungen und im Gesundheitsdienst alle zehn Jahre eine Dosis Tdap-Kombinationsimpfstoff erhalten. Besonders wichtig ist hier die Impfung auch für Hebammen, die in der Nachsorge in den ersten Wochen nach der Geburt direkten Kontakt zu Müttern und Säuglingen haben, erklärte Louwen.

Generell sollten alle Erwachsene einmalig bei der nächsten regulären Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie mit einem Tdap-Kombinationsimpfstoff auch gegen Pertussis geimpft werden.

Keuchhusten bei Erwachsenen

Neben Säuglingen leiden auch Erwachsene an Keuchhusten, einem sehr lang andauernden, hartnäckigen, schmerzhaften Husten, der die Lebensqualität stark beeinträchtigen kann – beispielsweise durch Husten-bedingte Schlaflosigkeit. Komplikationen sind etwa Pneumonien sowie Leisten- und Rippenbrüche oder Inkontinenz infolge der Hustenattacken. Etwa jeder zehnte ältere Patient – meist mit einer oder mehreren Grunderkrankungen – muss aufgrund von Pertussis hospitalisiert werden.[8,9]

Das Thema Impfprävention von Atemwegserkrankungen ist aufgrund der Corona-Pandemie verstärkt in den Fokus gerückt. Eine zusätzliche Infektion mit impfpräventablen pneumologischen Krankheitserregern gilt es zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass Gynäkologen den Impfstatus ihrer Patientinnen in Hinblick auf die Pertussis-, In-

fluenza- und ggf. auch Pneumokokkenimpfung überprüfen.

Die Impfung mit dem GSK-Kombinationsimpfstoff *Boostrix* kann ab dem vollendeten vierten Lebensjahr, die Impfung mit *Boostrix Polio* ab dem vollendeten dritten Lebensjahr erfolgen. [3,4] Beide Impfstoffe können entsprechend den Empfehlungen der STIKO sowohl zur Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis (und Poliomyelitis) als auch zur Erstimmunisierung bei Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen mit unbekanntem Impfstatus oder unvollständiger Impfung als Teil einer Impfserie verabreicht werden.[10] Nach einer vollständigen Grundimmunisierung und einer Auffrischimpfung mit einem Polio-haltigen Impfstoff ist keine weitere Auffrischimpfung gegen Polio empfohlen – außer bei Reisen in Endemie-Gebiete. Denn nach einer vollständig durchgeführten Impfserie wird von einem sehr lang anhaltenden Schutz gegen Poliomyelitis ausgegangen.[11]

* multizentrische, beobachterblinde, randomisierte, placebo-kontrollierte Crossover-Studien

Quellen

- Epidemiologisches Bulletin 13/2020, erschienen am 26. März 2020.
- www.g-ba.de/beschuesse/4306/.
- Fachinformation *Boostrix*, Stand August 2020.
- Fachinformation *Boostrix Polio*, Stand August 2020.
- Petousis-Harris H et al. BMJ Open 2016; 6:e010911.
- Wiley KE et al. Vaccine 2013;31(4):618–625.
- WHO Weekly Epidemiological Record 2015;90:433–460, <http://www.who.int/wer/2015/wer9035.pdf>.
- Riffelmann M et al. Deutsches Ärzteblatt Int. 2008;105:623–628.
- Mbayei SA et al. Clin Infect Dis 2019;69(2): 218–26.
- Epidemiologisches Bulletin 15/ 2019, 11.04.2019.
- Dittmann S., Handbuch der Impfpraxis, S. 302.

GSK-Aufklärungskampagne zu Keuchhusten

GSK intensiviert die im letzten Jahr gestartete Aufklärungskampagne zu Keuchhusten (Pertussis) noch einmal massiv. Diese hat das Ziel, die hochinfektiöse Erkrankung in der allgemeinen Bevölkerung bekannter zu machen und verbreitete Mythen aufzuklären.

So halten viele Menschen Keuchhusten nach wie vor für eine reine Kinderkrankheit. Auch die Annahme, man sei nach einmaliger Erkrankung ein Leben lang immun, ist weit verbreitet.

Die Aufklärungskampagne richtet sich gezielt an ältere Erwachsene. Denn diese leiden häufiger an Folgeerkrankungen und nach Säuglingen sind sie auch die Gruppe mit den meisten durch Keuchhusten bedingten Hospitalisierungen.[1]

Gerade ältere Erwachsene können betroffen sein

GSK möchte durch eine bundesweite TV-Kampagne zum Thema Pertussis bei Erwachsenen breit aufklären. Neben den TV-Spots machen Anzeigen in Laienpublika-

tionen, Pressearbeit sowie Online-Aktivitäten auf das Thema aufmerksam. Interessierte können sich zudem ausführlich auf www.impfen.de informieren.

Trotz einer Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) für die Auffrischung des Pertussis-Schutzes von Erwachsenen sind die Impfquoten bei den über 18-Jährigen seit Jahren gleichbleibend niedrig bei 32,4%.[2] Über 23 Millionen Menschen in Deutschland sind älter als 60 Jahre – nur jeder Fünfte hat einen aktiven Impfschutz gegen Keuchhusten.[2] Insbesondere in der zweiten Lebenshälfte sind Erwachsene der Gefahr einer

Keuchhusten-Infektion ausgesetzt.[3]

Aber gerade die ältere Generation schätzt ihr eigenes Erkrankungsrisiko als gering ein und hält Keuchhusten für eine reine Kinderkrankheit.[4] Genau dort setzt GSK an und möchte mit der Initiative Aufmerksamkeit für die Erkrankung Pertussis sowie deren Präventionsmöglichkeit schaffen.

Mit der Kampagne wird eine emotionale Verbindung zwischen den Kindheitstagen und heute geschaffen. Es wird der Mythos „Kinderkrankheit“ aufgeklärt und das Bewusstsein für das persönliche Risiko im Alter geschärft. Die Kampagne soll ältere Patienten dazu ermutigen, mit dem Arzt über die Krankheit, etwaige Folgen und eine



mögliche Schutzimpfung zu sprechen.

Servicematerial für interessierte Ärzte und Apotheker

GSK bietet Ärzten und Apothekern, die die gesteigerte Aufmerksamkeit der Bevölkerung für das Thema Keuchhusten nutzen möchten, unterstützendes Service-Material

zum Thema Keuchhusten und zum Praxis-Impfmanagement an.

Hierzu zählen etwa eine Karte für den schnellen Impfcheck, die Patienten-Informationsmaterialien mit allgemeinen Informationen zum Thema Keuchhusten sowie ein Wartezimmerposter. Das Material erhalten interessierte Ärzte beim GSK-Außendienst oder unter der kostenfreien Telefonnummer 0800-122 33 55.

Quellen

- De Serres G et al. JID 2000;182:174–9.
- Rieck T et al. Bundesgesundheitsblatt 2019;62:422–432; <https://survstat.rki.de>.
- <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx> Datenstand: 03.02.2020; Krankheit: Keuchhusten, Meldepflicht gemäß IfSG.
- GSK Marktforschungen.

Herzlichen Glückwunsch!

Auf dem 63. DGGG-Kongress wurden besondere Leistungen im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe durch Ehrungen und Preise gewürdigt. Herzlichen Glückwunsch an alle Geehrten, Preisträgerinnen und Preisträger!



Die Carl-Kaufmann-Medaille ist die höchsten Auszeichnung, die einem Gynäkologen zuteil werden kann. 2020 erhielt sie Prof. Diethelm Wallwiener, Tübingen. Wie DGGG-Präsident Prof. Anton J. Scharl in seiner Laudatio sagte, wird damit Wallwieners großes Engagement gewürdigt, „das Fach im Inneren zu strukturieren, um es nach außen zu verteidigen“.

Weitere Ehrungen und Preise

Korrespondierende Mitglieder der DGGG:

- Jeanne Conry, MD, PhD, Roseville, Kalifornien, USA
- Prof. Carlos Fuchtnier, Santa Cruz, Bolivien

Ehrennadel der DGGG:

- Frank Ebermann
- Markus Haist
- Prof. Matthias Kalder

Rösslin-Preis für Geburtsmedizin der DGGG:

Prof. Stephanie Wallwiener

Goldmedaille der Anemarie und Günter-Haackert Stiftung

zur Förderung der Pränatalen Medizin: Prof. Rolf Zimmermann

Reisestipendium der Anemarie und Günter-Haackert Stiftung zur Förderung der Pränatalen Medizin: PD Dr. Thorsten Braun

Wissenschaftspreis der Frau-Kind-Gesundheit-Stiftung Dr. Rockstroh:

PD Dr. Carolin Spüntrup und PD Dr. Johannes Lermann

Ernst-Beinder-Forschungsstipendium für Geburtshilfe und Pränatalmedizin:

Dr. Judith Altmann, Berlin

Forschungsförderpreis der AGUB:

Nathalie Ng-Stollmann

AGO-Preis: Dr. Fabian Riedel

GebFra-Preis 2020 in der Kategorie Originalarbeit: Prof. Bernd Lenz

GebFra-Preis 2020 in der Kategorie Review: Dr. Marius Wunderle

DGPF-GWissenschaftspreis: Sabina Schwachenwalde, Berlin

Vortrags- und Posterpreise: 50 der 609 angenommenen Abstracts erhielten einen Vortragspreis und wurden als Freier Vortrag in die wissenschaftlichen Sitzungen integriert. 458 Abstracts wurden als ePoster präsentiert. 20 davon erhielten einen Poster-Preis.



Neue Ehrenmitglieder der DGGG sind Dr. Katrin Schaudig und Dr. Anneliese Schwenkhagen, Hamburg. Beide machen sich im Team um die Ausbildung im Bereich der Endokrinologie verdient.



Dr. Christian Albring, Hannover, BVF-Präsident seit 2005, „Brückenbauer und die inkarnierte Berufspolitik“, so Laudator Prof. D. Wallwiener (li.), erhielt die DGGG-Ehrenmitgliedschaft.



Maria Geiss-Wittmann, Amberg, wurde DGGG-Ehrenmitglied. Die Politikerin kämpft dafür, dass Frauen in Würde entbinden können, sie initiierte u.a. die Anonyme Geburt.



25 Jahre Leitlinienkommission und vier Mal die Abstract-Begutachtung koordiniert – für sein Engagement ernannte die DGGG Prof. Matthias W. Beckmann, Erlangen, zum Ehrenmitglied. Laudator: Prof. Frank Louwen. (li.).



Prof. Andreas du Bois, Essen, nahm die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft virtuell entgegen. Der vielfach ausgezeichnete Onkologe ist Mitgründer der AGO und gründete das Qualitätssicherungsprogramm Ovar.

Zervixkarzinom

Die neue FIGO-Klassifikation des Zervixkarzinoms

Das Zervixkarzinom ist weltweit weiterhin Nummer 4 der inzidenten Karzinome – trotz verbesserter Früherkennung und Implementierung von Impfprogrammen auch in Drittweltländern. Somit ist es für die FIGO immer noch eine zentrale Aufgabe, gerade bei den gynäkologischen Karzinomen eine Klassifikation zu implementieren, die in den Ländern unterschiedlicher ökonomischer Grundlage genutzt werden kann.

Bisher gültig war die letzte Version aus dem Jahr 2009, die jetzt mit einem Update in 2018 überarbeitet wurde. Problematisch ist hier aber, dass die sonst übliche pathologische Klassifikation nach der TNM nicht zeitgleich überarbeitet worden ist. Somit haben wir derzeit eine TNM-Klassifikation 2017/2020, die nicht überarbeitet worden ist nach der FIGO 2018. Synchronisiert sind nur die TNM 2017/2020 und die FIGO-Klassifikation 2009.

Neuerungen in der FIGO-Klassifikation 2018

Nachfolgend werden die 2018 in der FIGO aufgeführten Veränderungen dargestellt:

- Im Gegensatz zur 2009-Klassifikation sind 2018-Klassifikation die Benutzung von bildgebenden Verfahren und von pathologischen Informationen zur Beurteilung des Stadiums erlaubt. Die in einigen Län-

dern und auch in der deutschen S3-Leitlinie 2020 aufgeführte Ganzkörper-CT-Untersuchung, beziehungsweise Becken-MRT, wie aber auch die pathologische Klassifikation in die Typologie, beziehungsweise das Vorhandensein von lympho-vaskulärer Invasion, werden integriert.

- Bezugnehmend auf das Stadium IA entfällt die horizontale Ausbreitung. Wie auch bei anderen Karzinomarten ist nur noch die Infiltrations-tiefe in < 3, beziehungsweise < 5 mm relevant.
- Im Stadium IB sind jetzt drei Kategorien < 2 cm, bis 4 cm und > 4 cm in der größten Ausdehnung aufgeführt. Hier geht es erneut über die größte Dimension.
- Im Stadium IIA werden I und II nach dem größten Durchmesser mit < 4 beziehungsweise > 4 cm unterschieden.
- Das Stadium IIB umfasst den parametranen Befall, der

aber nicht bis zur Beckenwand reicht.

- Das Stadium III betrifft das untere Drittel der Scheide und/oder die Ausbreitung bis zur Beckenwand und/oder das Vorhandensein einer Hydronephrose oder funktionslosen Niere und/oder betroffene pelvine und paraaortale Lymphknoten. Hier ist es zu einer deutlichen Veränderung gekommen, weil in der Vorklassifikation und auch in der TNM-Klassifikation 2017/2020 die paraaortalen Lymphknoten als M = Metastasen gewertet wurden, jetzt aber als N = lokoregionäre Lymphknoten gewertet werden. Dies ändert die Perspektive, weil die Strategie in Hinblick auf die Intensität der Therapie eine andere ist bei Menschen, die als metastasiert gelten, im Gegensatz zu Menschen, die als primär heilbar gelten. Hierzu werden jetzt drei Stadien A, B und C in Hinblick

auf die oben genannten Unterpunkte definiert.

- Das Stadium IIIC1 ist bei alleinigem pelvinem Lymphknotenbefall, das Stadium IIIC2 bei paraaortalem Lymphknotenbefall zu benennen. Das Stadium IV ist identisch zwischen den beiden Klassifikationen.

Zusammenfassend beinhaltet die neue FIGO-Klassifikation Aspekte, die schon im letzten Jahrzehnt von vielen Experten diskutiert worden sind. Unglücklich ist die fehlende Synchronisierung zwischen der TNM-Klassifikation und der FIGO-Klassifikation.

Noch keine Umsetzung in die Leitlinie

Da zur neuen FIGO-Klassifikation keine prospektiv randomisierten Studienergebnisse, sowohl für Diagnostik, als auch Therapie vorliegen, hat sich die Leitliniengruppe der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom“ entschlossen, die neue FIGO-Klassifikation des Jahres 2018 nicht umzusetzen, sondern erst bei der Überarbeitung und hierzu vorliegenden Studien die Umsetzung durchzuführen.

Unter Berücksichtigung einer retrospektiven Validierung der SEEL-Daten wird es eher so

sein, dass mehr Patientinnen im Stadium IB operiert werden, was auch bei fehlendem Lymphknotenbefall und damit Aussicht auf Heilung durch die alleinige Operation gerechtfertigt ist. Im Stadium IIIC1 zeigt sich, dass die Patientinnen in der Validierung ein besseres Überleben als im Stadium IIIA, beziehungsweise B haben. Dies ist ein ungewöhnlicher Befund, weil normalerweise mit höherem Stadium ein schlechteres Überleben einhergeht. Es kann aber darauf zurückgeführt werden, dass wahrscheinlich die Patientinnen im Stadium IIIC1 bei betroffenen pelvinen Lymphknoten eine zusätzliche adjuvante Therapie bekommen, wohingegen die Patienten im Stadium IIIA und IIIB – falls die Lymphknoten nicht betroffen sind und eine ausreichende Exstirpation vorhanden ist – keine adjuvante Therapie erhalten.

Die neue FIGO-Klassifikation hat klinisch relevante neue Aspekte, ist aber aufgrund der fehlenden Synchronisierung derzeit noch nicht einzusetzen.



Autor

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Frauenklinik
Universitätsklinikum Erlangen
fk-direktion@uk-erlangen.de

evaluna[®]30 Langzyklus

Weniger Zyklen pro Jahr-
Mehr Tage ohne Blutungen
30 µg Ethinylestradiol (EE)
150 µg Levonorgestrel

Der
On-Label
Langzeit-
zyklus



MyWay

by Mylan Women's Healthcare

- Mehr Zykluskontrolle¹
- Mehr Zyklusstabilität¹
- Zufriedene Patientinnen¹

1. Hadji P et al. Wirksamkeit und Sicherheit von Ethinylestradiol (30 µg) und Levonorgestral (150 µg) als Langzyklusregime vs. konventionellem Zyklus-Regime in der oralen Kontrazeption. Geburtshilfe Frauenheilkd 2018; 78(10): 77-78

Evaluna 30 Langzyklus; 30 Mikrogramm/150 Mikrogramm überzogene Tabletten

Zusammens.: Wirkst: 1 überz. Tabl. enth. 30 µg Ethinylestradiol u. 150 µg Levonorgestrel. Sonst. Bestandt.: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K30, Talkum, Magnesium-stearat (PhEur [pflanzlich], Sucrose, Povidon K90, Macrogol 6000, Calciumcarbonat, Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172)- gelb, Glycerol 85%, Montanglycolwachs

Anw.: Orales Kontrazeptivum.

Gegenanz.: Nicht anwenden bei einer d. folgenden Erkr. bzw. absetzen, wenn d. Erkr. während d. Anw. auftritt: Vorliegen einer od. Risiko f. eine venöse Thromboembolie (VTE): bestehende VTE (auch unter Antikoagulanzen) od. VTE in d. Vorgeschichte (z. B. TVT od. LE); bekannte erbl. od. erworb. Prädisposition f. eine VTE, wie z. B. APC-Resistenz (einschließl. Faktor-V-Leiden), Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel od. **Protein-S-Mangel; größere Operationen m. längerer Immobilisierung; hohes Risiko f. eine VTE aufgr. mehrerer Risikofaktoren. Vorliegen einer od. Risiko f. eine arterielle Thromboembolie (ATE): bestehende ATE**, ATE in d. Vorgeschichte (z. B. Myokardinfarkt) od. Erkr. i. Prodromalstadium (z. B. Angina pectoris); zerebrovaskuläre Erkr.- bestehender Schlaganfall, Schlaganfall od. prodromale Erkr. (z. B. TIA in d. Vorgeschichte); bekannte erbl. od. erworb. Prädisposition f. eine ATE, wie z. B. Hyperhomocysteinämie u. Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupusantikoagulans); Migräne m. fokalen neurologischen Symptomen in d. Vorgeschichte; hohes Risiko f. eine ATE aufgr. mehrerer Risikofaktoren od. eines schwerwieg. Risikofaktors wie: Diabetes mellitus m. Gefäßschädigung, schwere Hypertonie, schwere Dyslipoproteinämie. Pankreatitis od. entspr. Vorgeschichte in Verbindung m. Hypertriglyceridämie. Vorliegen od. Vorgeschichte e. schweren Lebererkr., solange d. Leberfkt.-werte sich noch nicht wieder normalisiert haben. Vorliegen od. Vorgeschichte e. Lebertumors (gut- od. bösartig). Bekannte od. vermutete durch Sexualsteroiden beeinflusste maligne Erkr. (z.B. Genitalorg. od. Brust). Undiagnostizierte Vaginalblutungen. Amenorrhoe unbek. Ursache. Überempfindlichk. gg. d. Wirkstoffe od. e. d. sonst. Bestandt.. Kontraindiziert b. gleichzeitiger Anwendung v. Arzneimitteln, die Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir u. Dasabuvir enthalten.

Nebenw.: Erhöhtes Risiko f. arterielle u. venöse thrombotische u. thromboembolische Ereign. einschließl. Myokardinfarkt, Schlaganfall, transitorische ischämische Attacken, Venenthrombose u. Lungenembolie. **Sehr häufig:** Dysmenorrhoe. **Häufig:** Bauchschm.; Leberenzym erhöht; Kopfschm.; Stimmungsänd.; Schmerzempfindlichk. d. Brust, Brustschm., Schmerzen i. Becken; Akne.

Gelegentlich: Übelk., Erbrechen, Diarrhoe; Ödem (einschl. periph. Ödeme); Gewichtszun.; Flüssigk.-retention; Migräne; Depression, depr. Verstimmung, vermind. Libido; Brustvergrößerung, Metrorrhagie, Vaginalausfl.; Ausschlag, Urtikaria.

Selten: Kontaktlinsenunverträglichk.; Überempfindlichk.; Gewichtsabn.; gesteig. Libido; Brustdrüsenabsond.; Erythema nodosum, Erythema multiforme; VTE, ATE.

Nicht bekannt: Zervixkarzinom, Hypertonie, Hypertriglyceridämie, Lebertumore, Lebererkr., Chloasma, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Epilepsie, Migräne, Endometriose, Uterusmyom, Porphyrie, systemischer Lupus erythematodes, Herpes gestationis, Chorea Sydenham, hämolytisches urämisches Syndrom, cholestatische Gelbsucht, Otosklerose. **Ausgew. Nebenw.:** Bei hereditärem Angioödem können exogene Östrogene Angioödem-Symptome verursachen od. verschlimmern.

Weitere Hinweise siehe Fachinformation.

Warnhinweis: Enthält Lactose und Sucrose. Packungsbeilage beachten. Nicht über 30 °C lagern.

Verschreibungspflichtig Stand: 12.2018.

MEDA Pharma GmbH & Co. KG (A Mylan Company) | Benzstr. 1 | 61352 Bad Homburg

© Mylan Germany GmbH | Zweigniederlassung Bad Homburg | Benzstr. 1 | 61352 Bad Homburg. © 2020

Fokus Operative Therapie des Mammakarzinoms

„Best of Breast“

In der Sitzung „Fokus: Best of Urogynäkologie und Operative Gynäkologie“ gab Prof. Jens-Uwe Blohmer einen Überblick über die wichtigsten Entwicklungen der operativen Therapie des Mammakarzinoms in den Jahren von 2019 bis 2020.

Die klassische Methode der Markierung nicht palpabler Mammakarzinome ist die Drahtmarkierung. Diese sollte wegen des Risikos der Drahtdislokation und möglicher Infektionen unmittelbar präoperativ erfolgen. Alternativen sind radioaktive oder auch magnetische Seeds, die Tage oder Wochen vor der Operation oder zu Beginn der neoadjuvanten Chemotherapie (NACT) in den Herdbefund gelegt und intraoperativ mit Sonden detektiert werden können. Dies ist ein organisatorischer Vorteil. Die Operationszeit wird mit dieser Technik nicht verlängert. Die Schmerzbelastung für die Patientin ist geringer [1].

Neue Optionen zur Tumormarkierung

Entsprechend einer prospektiven und randomisierten Studie [2], die die Sentinel Node Biopsy

(SNB) mit und ohne zusätzliche präoperative Lymphszintigraphie verglichen hat, ist die zusätzliche Szintigraphie für die diagnostische Genauigkeit nicht notwendig, in Deutschland allerdings vorgeschrieben (AGO). Da liegt es nahe, nach anderen Methoden zur Markierung des Sentinel Nodes zu suchen. Gute Ergebnisse wurden mit der subkutanen Injektion von Indocyanin (ICG) und von Eisenbasierten Tracern (SPIO) und den dazugehörigen Nachweismethoden publiziert [3]. Ergebnisse großer prospektiver und randomisierter Vergleichsstudien dieser neueren Methoden mit der klassischen Technetiumbasierten Methoden stehen aus. Deshalb bleibt dies vorerst das empfohlene Vorgehen zur Markierung des SNB (AGO).

Gegenstand aktueller Studien (u.a. der europaweiten AXSANA-Studie) sind Verfahren zur

Reduktion der operativ bedingten axillären Morbidität bei nachgewiesenen axillären Lymphknotenmetastasen (LKM).

Eine Möglichkeit ist die der NACT mit dem Ziel, eine pathologische Komplettremission (pathCR) sowohl des Mammakarzinoms als auch der LKM zu erreichen und die nachfolgende SNB. Voraussetzung für eine akzeptable Detektions- und Falsch-Negativ-Rate (DR, FNR) ist die eindeutige Markierung der LKM vor Beginn der NACT und deren anschließende Entfernung. Dieses kombinierte Verfahren, bestehend aus „targeted lymph node excision = TLNE“ und SNB wird als „targeted axillary dissection = TAD“ bezeichnet (AGO, [4]) und sollte nur nach ausführlicher Aufklärung der Patientin über die unsicheren onkologischen Ergebnisse dieses Verfahrens und wenn möglich innerhalb von Studien durchgeführt werden. Ansonsten bleibt die Standardtherapie für diese Patientinnen die axilläre LNE (AGO).

Vor der Brustrekonstruktion oder Brustaugmentation mit Implantaten muss die Patientin über die sehr seltene Möglichkeit der Entwicklung einer lymphoproliferativen Erkrankung, des „breast implant-associated

anaplastic large cell lymphoma“ (BIA-ALCL) aufgeklärt werden.

Risiko BIA-ALCL

Ein typisches Symptom ist die einseitige Brustschwellung ab einem Jahr nach der Implantateinlage. Sonographisch stellt sich ein Serom um das Implantat dar. Eine Punktion des Seroms und die zytologische Untersuchung auf CD30-positive Zellen sind indiziert [5]. Für die meisten Patientinnen genügt die Implantatentfernung mit Kapselresektion [6]. Der diagnostische und therapeutische Algorithmus ist in den AGO-Therapieempfehlungen dargestellt (AGO). Obwohl die Mehrzahl dieser BIA-ALCL bei Patientinnen nach der Einlage von texturierten Implantaten auftrat, dürfen diese Implantate nach Aufklärung weiterhin verwendet werden ([7], AGO).

Bessere Langzeitergebnisse

Bislang wurden die Ergebnisse der Brustrekonstruktion hauptsächlich von den Operateurinnen und Operateuren beurteilt, mitunter ergänzt durch abgefragte Aspekte der Zufriedenheit der Patientinnen. Zunehmend an Bedeutung gewinnt die systematische Erfassung

möglichst aller Aspekte der von den Patientinnen berichteten Lebensqualität über die Zeit (PROM). Damit lassen sich die besseren Langzeitergebnisse der autologen Rekonstruktion gegenüber der Implantatrekonstruktion messen und objektivieren [8] und die sehr guten Ergebnisse der netzunterstützten Implantatrekonstruktion nachweisen [9].

Die intraoperative i.v.-Injektion von ICG zur Messung der Mikrozirkulation von Hautlappen und transplantiertem Gewebe scheint die postoperative Nekroserate zu reduzieren. Sichere und reproduzierbare Ergebnisse lassen sich nicht sicher erzielen, auch weil bisher die Indikationen für den Einsatz dieser Technik und die sich daraus abzuleitenden Konsequenzen in Studien nicht überzeugend erarbeitet werden konnten [10].

Literatur beim Verfasser



Autor

Prof. Dr. Jens-Uwe Blohmer

Klinik für Gynäkologie und Brustzentrum
Charité – Universitätsmedizin Berlin
jens.blohmer@charite.de

Operative Therapie des Mammakarzinoms

Sentinellymphknotenmarkierung mit supramagnetischen Nanopartikeln

Das bislang standardmäßig eingesetzte Verfahren zur Darstellung der Sentinel-lymphknoten beim Mammakarzinom ist die Markierung mit Technetium. Ein alternatives Verfahren, das in der Handhabung einfacher ist und ohne Strahlenbelastung auskommt, ist die Markierung mit supramagnetischen Nanopartikeln.

Durch die Markierung mit dem radioaktiven Tracer Technetium ist eine detaillierte terminliche Absprache mit den Kollegen aus der Nuklearmedizin zur präoperativen Vorbereitung notwendig. Zudem resultiert für Patientin und Operateur eine Strahlenbelastung (bei 2-Tages-Protokollen etwa 150–200 MBq, bei 1-Tages-Protokollen 50–100 MBq).

Kriterien für magnetische Markierung

Im Folgenden wird als alternatives Verfahren für die Sentinel-lymphknotenmarkierung beim Mammakarzinom die Markierung mit supramagnetischen Nanopartikeln dargestellt.

Präoperativ sollten folgende Kriterien beachtet werden, um

die Patientin dem magnetischen Markierungsverfahren zuzuführen:

- Notwendige Sentinel-lymphknotenuntersuchung im Rahmen der Mammakarzinom-erkrankung,
- Tumorgröße cT1–3,
- keine Unverträglichkeit gegen Eisen- oder Dextranverbindungen bekannt.
- Zudem sollte möglichst keine Indikation für ein Mamma-MRT innerhalb der nächsten fünf Jahre bestehen (magnetische Überlagerung und somit keine Beurteilung der MRT-Bildgebung möglich).
- Bei Eisenspeicherkrankheit oder Metallimplantat im Axilla-/Armbereich kann das Verfahren der Detektion mittels magnetischer Sonde nicht genutzt werden.

Wir können über erste Erfahrungen mit der Methode bei 70 Patientinnen berichten, die in der Zeit von Ende November 2019 bis Juni 2020 in der Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz operiert wurden. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen betrug 60,6 Jahre. Die postoperative Tumorgröße betrug vorwiegend Stadium T 1–2, bei drei Patientinnen lag ein Karzinom im Stadium T3 vor.

Erste Erfahrungen positiv

Acht dieser Patientinnen erhielten zuvor eine neoadjuvante Chemotherapie. Zur Markierung der Sentinel-lymphknoten wurden 1–13 Tage präoperativ 2 ml des Tracers Magtrace® der Firma Sysmex Deutschland GmbH lokal appliziert. Die Applikation erfolgte zumeist

perimamillär. Als Nebenwirkung traten bei einer Patientin Schmerzen an der Injektionsstelle auf. Teilweise zeigte sich eine bräunliche Verfärbung an der Injektionsstelle als weitere Nebenwirkung.

Gute Detektionsraten bei einfacherer klinischer Handhabung

Intraoperativ wurden die axillären Sentinel-lymphknoten mithilfe der Sentimag®-Sonde der Firma Sysmex detektiert. Es konnte bei jeder Patientin mindestens ein Sentinel-lymphknoten gefunden werden (1–5). Im Durchschnitt konnten 2,4 Sentinel-lymphknoten detektiert werden, was die in der Literatur beschriebenen Detektionsraten bestätigt. Durch die zusätzliche rostrote bis bräunliche Verfärbung der Sentinel-lymphknoten, die sich durch den gleichfarbigen Tracer bildet, kann das vorgestellte Verfahren gleichsam als optische Selbstkontrolle genutzt werden.

Durch die Möglichkeit, den Tracer unabhängig von einer fremden Fachdisziplin (Nuklearmedizin) bis sieben Tage im Voraus zu applizieren, ergibt sich

eine flexiblere präoperative Vorbereitung. Die Sentinel-lymphknotenmarkierung mit supramagnetischen Nanopartikeln ermöglicht eine deutliche Zeitersparnis bei der OP-Vorbereitung für die Patientin selbst, da das Verfahren der magnetischen Markierung nur wenige Minuten Zeit in Anspruch nimmt. Zudem besteht keine Strahlenbelastung für Patientin und Operateur.

Wir konnten mit den ersten Auswertungen in unserem Patientinnenkollektiv die in der Literatur beschriebenen hohen Detektionsraten bestätigen, die denen des Technetiums vergleichbar sind. Sowohl die klinische Handhabung als auch die ersten Ergebnisse veranlassen uns, die Methode in unserer Klinik nun routinemäßig einzusetzen.



Autorin

Dr. Susanne Theis

Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit
Universitätsmedizin Mainz
Susanne.Theis2@unimedizin-mainz.de



Den Expertentalk
finden Sie hier

Advertorial

In-vitro-Studie

Milchsäurezusatz in Clotrimazol-Vaginaltabletten steigert fungizide Wirkung um das 5-Fache

Eine aktuelle in-vitro-Studie belegt, dass eine Milchsäureformulierung und Clotrimazol in Vaginaltabletten (Canesten® GYN Vaginaltabletten) die fungizide Wirkung des Präparates im Vergleich zu Clotrimazol-Vaginaltabletten ohne Milchsäure um den Faktor 5 steigert.[1] Eine nicht-interventionelle klinische Studie bestätigt darüber hinaus, dass Canesten® GYN sowohl als 1-Tages-, ebenso wie als 3-Tage-Kombitherapie zuverlässig wirksam und gut verträglich ist.[2,3]

Vulvovaginalmykosen sind weit verbreitet: Rund 75 % der Frauen leiden mindestens einmal in ihrem Leben an einer vaginalen Pilzinfektion, bei 40 bis 45 % sind es sogar mindestens zwei Infektionen.[4] Als Goldstandard in der Therapie gilt die topische Anwendung von Clotrimazol, einem Antimykotikum mit breitem Wirkspektrum,[5] das vom Paul-Ehrlich-Institut als Mittel der Wahl angesehen wird [6] und von der WHO 2005 in die Liste der unverzichtbaren Arzneimittel aufgenommen wurde.[7]

Clotrimazol plus Milchsäure – eine intelligente Synergie

Neben dem Wirkstoff ist für den Therapieerfolg eines Arzneimittels auch die Galenik mitentscheidend: Canesten® GYN Vaginaltabletten enthalten neben Clotrimazol einen Zusatz von Milchsäure, der für eine Absenkung des vaginalen pH-Wertes sorgt. „Die Säure ist die Achillesferse des mit Abstand häufigsten Erregers einer Vaginalmykose – Candida albicans. Im sauren Milieu wächst der Hefepilz exponentiell, was einerseits zu den typischen Beschwerden führt, ihn aber gleichzeitig therapeutisch angreifbar macht, da er in

dieser Wachstumsphase reichlich Angriffspunkte für Clotrimazol expriert,“ erklärte Professor Dr. Hans-Jürgen Tietz, mycodclinic, Berlin, im Rahmen des 63. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Die Absenkung des pH-Wertes durch die Milchsäureformulierung verbessert außerdem die Löslichkeit von Clotrimazol und erhöht so dessen lokale Bioverfügbarkeit. Dementsprechend ist die fungizide Wirksamkeit des Antimykotikums im sauren Milieu erhöht.

Milchsäure steigert fungizide Wirkung von Clotrimazol

Um diese schon länger experimentell belegte Aussage zu quantifizieren, unternahm Tietz eine in-vitro-Studie: Zum Einsatz kam die zur quantitativen Wirksamkeitsbestimmung international etablierte Verdünnungstechnik mit Bestimmung von koloniebildenden Einheiten (Colony Forming Units; CFU) auf einem festen Medium. Untersucht wurden die milchsäurehaltigen Vaginaltabletten Canesten® GYN mit 200 mg Clotrima-

zol und ein kommerzielles Vergleichspräparat, bei dem die Vaginaltabletten ebenfalls 200 mg Clotrimazol enthielten, aber keinen Zusatz von Milchsäure (KadeFungin®3 Vaginaltabletten).[1]

Beide Prüfpräparate zeigten erwartungsgemäß gegenüber der Negativkontrolle eine hohe antimykotische Wirksamkeit. Deutlich wurden aber auch die Unterschiede zwischen den beiden Präparaten: Berechnet man den Mittelwert aller Testansätze, so war die Vaginaltablette mit Milchsäure der Clotrimazol-Formulierung ohne Milchsäurezusatz beim fungiziden Effekt im Verhältnis von 4,8:1 überlegen (siehe Abb. 1 und 2).[1]

„Mit Hilfe der vorliegenden Arbeit konnte der schon zuvor gezeigte Vorteil von Vaginaltabletten mit Zusatz von Milchsäure gegenüber der klassischen Formulierung ohne Milchsäure eindrucksvoll bestätigt werden. Darüber hinaus wurde der Wirkunterschied in vitro erstmals exakt beziffert“, kommentierte Tietz die Ergebnisse und ergänzte: „Insgesamt bedeutet dies: Im Säuren ist der Pilz am empfindlichsten und das Antimykotikum

Wann sind Milchsäure bzw. Milchsäurebakterien sinnvoll?		
	Milchsäure während der Therapie	Milchsäure nach der Therapie
Vaginalmykose	Ja, zur - Absenkung des pH-Wertes - Steigerung der Löslichkeit von Clotrimazol - Verstärkung der Freisetzung von Clotrimazol - Anregung der Ergosterol-Synthese - Steigerung der Empfindlichkeit der Erreger	Nein, da - der pH-Wert und die Flora bei Patientinnen mit Neigung zu Mykosen fast immer gesund sind - die Haut nach der Infektion keine Säure, sondern Pflege braucht (Neuroderm, Dexeryl)
Bakterielle Vaginose	Ja, da der pH-Wert ins Alkalische verschoben ist und die Säure gegen Bakterien wirkt	Ja, da der pH-Wert ins Alkalische verschoben ist und die gesunde Flora meist fehlt

Quelle: Tietz HJ, Gunkel U. Mykosen in der gynäkologischen Praxis. Gyne 1/2020:3–12.

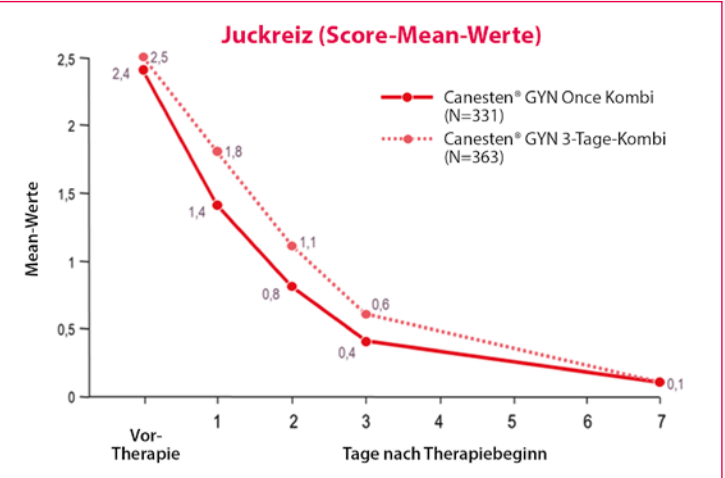


Abb. 3: Unter beiden Therapieformen geht der mit der Vaginalmykose verbundene Juckreiz rasch zurück – mit leichten Vorteilen für die 1-Tages-Kombitherapie [2,3].

am wirksamsten. Je saurer das therapeutische Milieu, desto erfolgreicher ist die Behandlung.“

Individuell empfehlen: 1-Tages- oder 3-Tage-Kombitherapie

Canesten® GYN steht als 1-Tages- oder als 3-Tage-Kombitherapie zur Verfügung, die je nach den individuellen Wünschen der Patientin empfohlen werden können. Frauen müssen bei der Entscheidung zwischen beiden Therapieformen keine Kompromisse bei der Wirksamkeit machen. Das zeigt eine nicht-interventionelle klinische Studie, die Canesten® GYN Once Kombi und die 3-Tage-Kombitherapie bei rund 1.000 Frauen verglich. Beide Präparate erwiesen sich als zuverlässig wirksam und gut verträglich. Vorteil der 1-Tages-Kombitherapie ist ein schnellerer Rückgang des Juckreizes (siehe Abb. 3).[2,3]

Unabhängig vom eingesetzten Präparat können bis zur Linderung der Symptome zwei bis drei Tage vergehen. Darauf sollten die Frauen hingewiesen werden. Sowohl bei der 1-Tages- als auch der 3-Tage-Kombitherapie wird die Behandlung mit den Vaginaltabletten durch die äußere Anwendung der clotrima-

zolphaltigen Creme ergänzt.[8] Nach der antimykotischen Therapie kann die Anwendung fetthaltiger Cremes zur Pflege und Regeneration der postinfektiösen Vaginalhaut empfohlen werden.

Quelle
Canesten® GYN-Symposium „Häufige Mykosen in der gynäkologischen Praxis: Alte und neue Erreger – erfolgreiche Therapien“ am 9.10.2020 und Experten-Talk „Clotrimazol-Vaginaltabletten – Welche Formulierung ist fungizider? – Eine in-vitro-Studie“ im Rahmen des 63. DGGG-Kongresses; Veranstalter Bayer Vital GmbH

Literatur
1. Tietz HJ, Yesilkaya T. GynDepesche 5/2020: 33–37.
2. Tietz HJ, Becker NH. Gyne 2011,11:12–15.
3. Tietz HJ, Becker NH. Pharm Zeitung 2009;154:1437–42.
4. Sobel J, Lancet 2007;369:1961–1971
5. Fachinformation Canesten® GYN 3-Tage-Vaginaltabletten (Stand: Januar 2015).
6. Candida-Infektionen, Diagnostik und Therapie: S1-Leitlinie: Gemeinsame Empfehlungen der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft (DMYKG) und der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie.
7. WHO (2019): Model list of essential medicines. 21st List.
8. Fachinformation Canesten® Gyn Once Kombi/Canesten® Gyn 3-Tage-Kombi (Stand Juli 2013).
9. Ritter W in: Vaginalmykosen-Therapie von heute im Trend von morgen, Bayer AG 1987.

1-Tages- und 3-Tage-Kombitherapie auf einen Blick [8]

Canesten® GYN Once Kombi	Canesten® GYN 3-Tage-Kombi
1-malige Applikation der Vaginaltablette (500 mg) - Gründliche Wirkung durch fungizide Wirkstoffspiegel im Vaginalsekret dank 72-Stunden-Depoteffekt [9] - Signifikant schnellerer Rückgang der Leitsymptome im Vergleich zur Behandlung mit der 3-Tage-Kombitherapie [2,3] - Äußere Anwendung der Creme 2–3-mal täglich über 1–2 Wochen	3-malige Applikation der Vaginaltablette (je 200 mg) - Gründliche Wirkung durch Applikation alle 24 Stunden - Äußere Anwendung der Creme 2–3 mal über 1–2 Wochen



Abb. 1: Wachstum von C. albicans-Kolonien, nachgewiesen in einer Testreihe mit gelösten Vaginaltabletten mit 200 mg Clotrimazol aber ohne Milchsäurezusatz der Verdünnungsstufen 10³ und 10⁴. [1]

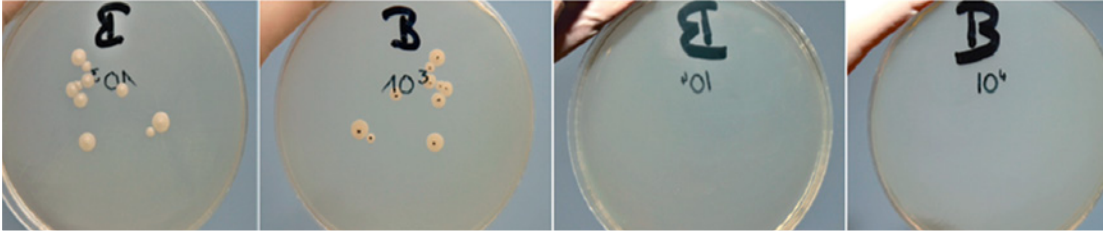


Abb. 2: Wachstum von C. albicans-Kolonien, nachgewiesen in einer Testreihe mit gelösten Canesten® GYN-Vaginaltabletten (200 mg Clotrimazol mit Milchsäurezusatz) der Verdünnungsstufen 10³ und 10⁴. [1]

Canesten® GYN Once Kombi, Canesten® GYN 3-Tage Kombi, Canesten® GYN 3-Tage-Therapie Vaginalcreme/-Vaginaltabletten
Canesten® GYN. Wirkstoff: Clotrimazol. Zusammensetzung: Canesten® GYN 3-Tage-Kombi: 1 Vaginaltablette enthält 200 mg Clotrimazol und 1 g Creme enthält 10 mg Clotrimazol. Canesten® GYN Once Kombi: 1 Vaginaltablette enthält 500 mg Clotrimazol und 1 g Creme enthält 10 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Vaginaltabletten: Calciumlactat-Pentahydrat, Crospovidon, hochdisperses Siliciumdioxid, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Maisstärke, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Milchsäure. Creme: Benzylalkohol, Octyldodecanol (Ph.Eur.), Cetylstearylalkohol (Ph.Eur.), Cetylpalmitat (Ph.Eur.), Sorbitanstearat, Polysorbat 60, gereinigtes Wasser. Anwendungsgebiete: Infektiöser Ausfluss, verursacht durch Hefepilze; Entzündungen der Scheide und Schamlippen (Candida vulvitis) durch Pilze – meist Candida – sowie Superinfektionen mit Clotrimazol-empfindlichen Bakterien. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Canesten® GYN darf in den folgenden Fällen nur unter ärztlicher Kontrolle angewendet werden: in der Schwangerschaft und Stillzeit; bei erstmaligem Auftreten der Erkrankung; wenn die Erkrankung häufiger als 4-mal im Verlauf der vergangenen 12 Monate aufgetreten ist. Während der Schwangerschaft sollten die Vaginaltabletten verwendet werden, die ohne Verwendung eines Applikators eingeführt werden können. Nebenwirkungen: Erkrankungen des Immunsystems: Allergische Reaktionen (Nesselsucht, Hypotonie, Atemnot, Ohnmacht). Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse: Juckreiz, Brennen, Hautrötung, Hautreizung, Hautausschlag, genitale Hautablösungen, Ödeme, Unbehagen, Beckenschmerzen, Vaginalblutungen. Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts: Unterleibsschmerzen. Warnhinweis: Creme: Enthält Cetylstearylalkohol! Bayer Vital GmbH, 51368 Leverkusen, Deutschland.

Impressionen vom DGGG 2020



Zufrieden mit dem ersten Hybrid-Kongress in der Geschichte der Gesellschaft: DGGG-Präsident Prof. Anton Scharl und Kongresspräsidentin Prof. Barbara Schmalefeldt blicken auf vier ereignisreiche Kongresstage zurück.

Wissenschaft trotz(t) Corona! 128 Sitzungen, 32 Seminare und 11 Hands-on-Kurse – das reichhaltige Kongressprogramm fokussierte die wichtigsten Aspekte für die Gynäkologie und Geburtshilfe. Unter Einhaltung strenger Hygienevorschriften konnte der Kongress im ICM München als Präsenzveranstaltung stattfinden – und virtuell zuhause bei den Referenten und Teilnehmern, die via Zuschaltung und Livestream dabei waren.



Prof. Babür Aydeniz, Vorsitzender der BLFG e.V., Interessenvertretung der Chefärztinnen und Chefärzte



Dr. Christian Albring, Präsident des Berufsverbands der Frauenärzte e.V.



Prof. Matthias W. Beckmann, Leitlinienbeauftragter der DGGG und Koordinator der Abstract-Begutachtung

Das gemeinsame Anliegen ist die Medizin für die Frau. Der DGGG-Kongress dient neben der Fortbildung dazu, die Rahmenbedingungen zu diskutieren, die notwendig sind, damit die in der Forschung gewonnenen Ergebnisse Anwendung in der Praxis finden können.



Teamgeist und Verantwortungsgefühl, gute Intuition und Vertrauen auf die Erfahrung – so lautet das Rezept für schnelle, gute Entscheidungen von Ex-FIFA-Schiedsrichter Urs Meier, der den Festvortrag hielt.

In seiner Keynote-Lecture über die Gewalt der Geburt und Gewalterleben unter der Geburt ermutigte Dr. Wolf Lütje, jede Entbindung nachzubesprechen.



Ein Highlight: die Live-Surgery. Ein großes Spektrum minimal-invasiver und offen-abdominaler gynäkologischer Eingriffe wurde gezeigt, wobei neue Instrumente und optische Systeme der Sponsoren-Firmen zum Einsatz kamen. Die Übertragung lief simultan aus acht OPs in Amberg, Tübingen und Weiden.





Die großzügigen Overflow-Areale stellten sicher, dass in den Sälen die erlaubten Personen-zahlen nicht überschritten wurden. Mittels Receiver und Kopfhörer konnten die Sitzungen mitverfolgt werden.



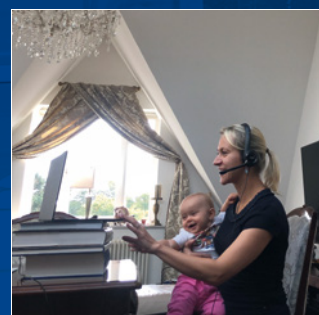
Die Seminare und Hands-on-Kurse erfreuen sich großer Beliebtheit. Im Bild oben Teilnehmerinnen beim Hands-on-Kurs Laparoskopie für Fortgeschrittene. Unten: Nahtkurs DR III/IV mit Dr. Nadine Schwertner-Tiepelmann (stehend).



Das Interesse der Vor-Ort-Teilnehmer war groß. Es wurde lebhaft diskutiert und auch die Lunchsymposien waren gut besucht.



Abstandsregeln und weniger Präsenz-Teilnehmer als üblich – dafür aber mehr Gelegenheit zu intensiven Gesprächen mit Interessierten. Insgesamt zeigten sich die Industrie-Aussteller recht zufrieden.



Multimedial und hybrid: Teilnehmer konnten live dabei sein, die Print-Kongresszeitung und die KongressApp nutzen. Referenten sprachen vor Ort oder waren zugeschaltet, wie hier im Bild Prof. Jens Huober aus Ulm oder – danke für die Zusendung des Fotos! – Referentin PD Dr. Maggie Banys-Paluchowski aus Hamburg mit Töchterchen Sophie. Der Livestream ermöglichte die Online-Teilnahme. Für Angemeldete stehen die gestreamten Vorträge noch sechs Monate zur Verfügung.



San-Rat Dr. Werner Harlfinger



Die Forschung durch die Vergabe von Wissenschaftspreisen zu fördern, ist von großer Bedeutung. Stellvertretend für die zahlreichen anlässlich des Kongresses vergebenen Preise hier im Bild: Der AGO-Preis für Dr. Fabian Riedel, überreicht von Prof. Annette Hasenburg und Prof. Wolfgang Janni.

Ein Tipp von Motivations-trainerin Nicola Fritze bei ihrer Keynote-Lecture: „Reden Sie die letzten fünf Minuten einer Besprechung darüber, was gut läuft – was glauben Sie, was das für einen Effekt hat!“



Den Nachwuchs zu fördern, – ein wichtiges Anliegen, auch auf dem Kongress. Beim „Junior meets Senior“ hatten junge Interessierte Gelegenheit, erfahrenen Kolleginnen und Kollegen ihre Fragen zu stellen.



Auch die Organisation war 2020 eine außer-gewöhnliche Herausforderung: Prof. Schmalfeldt und Prof. Scharl dankten DGGG-Generalsekretärin Ilse Fragale und dem Team der DGGG-Geschäfts-stelle sowie der Kongressorganisation.



Generation Y und Z – „Wir sind das Personal von morgen“

Demographischer Wandel, Fachkräftemangel, zunehmende Ökonomisierung, Arbeitsverdichtung, Feminisierung unseres Fachs – um den vielfältigen Herausforderungen gewachsen zu sein, ist es notwendig, sich um gegenseitiges Verständnis zwischen älteren und jüngeren Kolleginnen und Kollegen zu bemühen. Derzeit repräsentieren die Generationen „Y“ und „Z“ das Personal von morgen. Welche Forderungen vertreten, welche Erwartungen haben, welche Werte verkörpern sie? Wie kann Nachwuchs gefördert werden, welcher Führungsstil wird durch die jeweilige Generation präferiert? Ein Mitglied des Jungen Forums der DGGG stellt die Generationen der zwischen 1980 und 2009 geborenen zukünftigen Ärztinnen und Ärzte vor.

„Verflaxter Generationenkonflikt“ titelte eine Tageszeitung anlässlich des Erscheinens des 38. Abenteuers zweier berühmter Gallier im Oktober 2019 [1]: In „Die Tochter des Vercingetorix“ konfrontieren die Autoren die Bewohner des bekannten kleinen Dorfs an der Küste Aremoricas mit der jungen Generation. Comics konservieren in literarisch-künstlerischer Erzählform Zeitgeist, Meinungen, Verhaltensregeln, Selbstdarstellungen und Deutungen von Ereigniszusammenhängen einer Gesellschaft [2, 3]. Wenn die nachfolgenden Generationen bereits in der Form humoristischer Text- und Bildbeiträge thematisiert werden, wird es in der Realität höchste Zeit, sich eingehender mit diesen auseinanderzusetzen!

Es ist daher nur konsequent, angesichts des allgegenwärtigen demographischen Wandels, der politischen Entwicklung, des erheblichen Fachkräftemangels, der zunehmenden Ökonomisierung sowie des hohen Frauenanteils gerade in unserem Fachbereich den jungen Generationen, aktuell der Generation Y und Z – dem Personal von morgen – sowohl in der Fachliteratur als auch auf Kongressen wie dem DGGG 2020 zunehmend Aufmerksamkeit zu schenken.

Was charakterisiert die Generationen Y und Z?

Überwiegend werden zwischen 1980 und 1994 Geborene zur Generation Y, den Millennials oder Digital Natives, gezählt [4, 5, 6, 7]. Deren Konzept einer Work-Life-Balance entwickelte sich über die Jahre zum Work-Life-Blending, einem flexiblen Arbeitskonzept: Leben beim Arbeiten [8, 9]. Bei angemessenen

Arbeitsbedingungen zeige diese Generation eine hohe Leistungsbereitschaft bei zumindest begrenzter Loyalität, erläutert der deutsche Wirtschaftswissenschaftler C. Scholz. Sie seien mit großen Hoffnungen in das Arbeitsleben gestartet, wurden jedoch aufgrund des hohen Anspruchs an den Arbeitsplatz häufig enttäuscht [8]. Weiterhin prägend für Vertreter dieser Generation war 9/11.

Die Geburtenjahrgänge 1995 bis 2009 bilden die Generation Z, GenZ, Zler oder Digital Natives 2.0 [4, 5, 6, 7]. Sie sind mit Krisen wie der Finanz-, Wirtschafts-, Europa- oder Klimakrise aufgewachsen. Laut C. Scholz sowie dem Psychologen R. Maas trennen diese strikt Arbeit und Leben (Work-Life-Separation) und präferieren klar strukturierte Arbeitszeiten statt offener Flexibilität („9 to 5“) [8, 9, 10]. Selbst unter optimalen Arbeitsbedingungen würde diese Generation nicht mit übertriebener Leistungsbereitschaft reagieren [8]. Ihre Vertreter arbeiten gerne in der Klinik, sofern die Bedingungen stimmen. Sie arbeiten im Krankenhaus, aber nicht für das Krankenhaus. Loyalität wird durch Nützlichkeit ersetzt. Diese Generation möchte verstehen, warum sie etwas tut. Freizeit nimmt, ebenso wie für die Generation Y, einen zunehmend hohen Stellenwert ein. Familie geht vor Gehalt. Karriereorientierung, Titel und Hierarchien sind nebensächlich. C. Scholz resümiert, diese Generation sei „absolut realistisch“ [9, 11].

Mit Aussagen wie „Karriere für beide Elternteile“, „schlechte Arbeitsbedingungen zu lange akzeptiert“, „in der freien Wirt-

schaft gäbe es so etwas nicht“, „Zeit für die Patientinnen“, „Führungskompetenz mit Defiziten“, „das Pflichtgefühl ist nicht weniger geworden“, „Missstände im Umgang mit ärztlichem Personal“, „Leidensfähigkeit ist keine Leistung“, oder „Dogmen und starre Denkmuster“ fasst ein Artikel der Rubrik „Themen der Zeit“ des deutschen Ärzteblatts im Februar 2020 die vorherrschende Resonanz des Nachwuchses zusammen [12, 13]. Kommentare wie diese überwiegend junger Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung füllen zunehmend die Seiten der Fachjournale und verpflichten zur Diskussion.

Anforderungen des jungen ärztlichen Personals

Im Detail wissen wir zu wenig über die Erwartungen der Medizinstudierenden an die Berufswelt. In einer bundesweiten Onlinebefragung aller medizinischen Fakultäten wurden im Jahr 2012 9.079 Medizinstudierende mittels 21 Fragen zur zukünftigen Arbeitsplatzwahl und zur erwarteten Arbeitsplatzzufriedenheit befragt. Dies stellt die bis dato mit Abstand umfangreichste deutsche Medizinstudierenden-Befragung dar [14].

Faktoren hoher Relevanz, auf den oberen Rängen abgebildet, waren kollegiale Zusammenarbeit, gute Work-Life-Balance, Bezahlung oder Freizeitausgleich von Überstunden, gefolgt von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, geregelten Arbeitszeiten oder Familienfreundlichkeit. Die unteren Ränge füllten der Standort des Arbeitsplatzes, Verdienstmöglichkeiten/Einkommenshöhe, Image des Krankenhauses oder

des Chefarztes. Die Möglichkeit der wissenschaftlichen Tätigkeit repräsentierte das Schlusslicht. Anhand dieser 21 Fragen wurden fünf Items erarbeitet: Work-Life-Balance, Karriere, fachlicher Anspruch, Betriebsklima und Prestige.

Obleich diese Anforderungen lediglich der Generation Y entsprechen, ist die Berücksichtigung dieser fünf Items in Ermangelung aktuellerer Daten für das Verständnis der Bedürfnisse der Generation Y sowie Z essentiell.

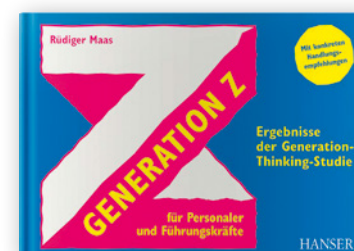
Berufsethik: Gesunde Ärzte für gesunde Patienten

„Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können“, heißt es in der Genfer Deklaration des Weltärztebundes [15, 16]. Das deutsche Ärzteblatt betonte 2019, die Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten dürfe nicht länger ausgeblendet werden: Arztgesundheit sei Berufsethik [15, 16]. Dies solle keine Floskel bleiben. Das deutsche Ärzteblatt widmete dieser Thematik sogar eine Sonderausgabe.

Für die Generation Z stellt die eigene Gesundheit eine nicht zu diskutierende Selbstverständlichkeit dar, getreu der Forderung des australischen Allgemeinmediziners D. Mitchell aus dem Jahr 2008 „healthy doctors for a healthy community“ – gesunde Ärztinnen und Ärzte für gesunde Patientinnen [17].

Geregelte Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen haben hohe Relevanz

Entsprechend einer Umfrage des jungen Forums der DGGG im Jahr 2015 leisten Ärztinnen und Ärzte in einer Frauenklinik durchschnittlich 54 Arbeitsstunden pro Woche, anstatt einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 48 Stunden, der Opt-Out-Regelung sei Dank [18]. Diesen seitens des Arbeitgebers als selbstverständlich angenommenen Umstand wird die Generation Z laut aktueller Datenlage auf keinen Fall ak-



Noch Fragen zur Generation Z? Zum Weiterlesen von Dipl. Psych. Rüdiger Maas, ebenfalls Referent auf dem 63. DGGG-Kongress: „Generation Z für Personal- und Führungskräfte“, ISBN 978-3-446-46224-3, und von Prof. Christian Scholz: „Generation Z: Wie sie tickt, was sie verändert und warum sie uns alle ansteckt“, ISBN 978-3-527-50807-5.

zeptieren. In der Marburger Bund Zeitung Nr. 14/5 2018 thematisierte der Cartoon „Olaf“ die möglichen Konsequenzen: Dort erläutert der am Esstisch sitzende Sohn seiner aus der Klinik heimkehrenden Mutter: „... Mama, ich hab heute in Mathe uns'rem Lehrer erklärt, dass du 75 % arbeitest, damit es wenigstens 100 % sind und keine 125 % ... er hat das nich' kapiert ...“ [19]. Ebenjene keineswegs übertrieben abgebildete Situation hat Einzug in die Kliniken erhalten. Unabhängig von der familiären Situation wird die wöchentliche Arbeitszeit auf 75–80 % reduziert, um – wie dargestellt – inklusive Überstunden 100 % zu arbeiten – bei ähnlichem Gehalt und zu Gunsten der freien Zeit. Dieser ungebrochene Trend zur Teilzeitarbeit ist fatal, aber nachvollziehbar.

Scheinbar unaufhaltsam setzt sich die Überlastung von Ärztinnen und Ärzten in deutschen Krankenhäusern fort, bestätigt der MB-Monitor 2019. 49 % gaben an, häufig überlastet zu sein, jeder Zehnte der Befragten überschreite regelmäßig seine Grenzen. Des Weiteren

ung +++ Kommunikationsberatung +++ Kommunikationsberatung +++ Kommunikationsberatung +++ Kommunikationsberatung +++ Kommunikationsberatung +++ Kommunikationsberatung +++ für Pharma & MedTech + Klinik, MVZ & Praxen +++ für Pharma & MedTech + Klinik, MVZ & Praxen +++ für Pharma & MedTech + Klinik, MVZ & Praxen +++ für Pharma



Damian Binger
+49 | 2421 | 9946939 • +49 | 160 | 6780101
info@pharmkomm.de • www.pharmkomm.de



beurteilen 48 % die Arbeitsbedingungen als lediglich „mittelmäßig“ [20].

Erwartungen und Realität

Bei dennoch anhaltendem Interesse an den Inhalten des Arztberufs ergab eine Befragung des jungen Forums von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung 2017 bis 2018, dass 32 % der Befragten eine Oberarztstelle im Angestelltenverhältnis anstreben würden [21], wohingegen eine Umfrage bei ca. 950 Absolventinnen und Absolventen der medizinischen Hochschule Hannover zwischen 2009 und 2016 zur Arbeitsplatzsituation, Wahl des Arbeitgebers sowie zu beruflichen Kompetenzen eine erhebliche Kluft zwischen individuellen Bedürfnissen und beruflichen Rahmenbedingungen, insbesondere bei der Organisation der Arbeit, aufdeckte. Dies berge ein enormes Unzufriedenheitspotenzial, schlussfolgern die Autoren [22]. Bezüglich inhaltlicher Aspekte der ärztlichen Tätigkeit, wie der Anwendung der erworbenen Kompetenzen, stimmen Erwartungen und Realität hingegen weitestgehend überein.

Nachwuchsförderung

Das Fachgebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe hat die Notwendigkeit der Nachwuchsförderung erkannt und Bildungsveranstaltungen wie die der Summer-School etabliert, welche sich unter Medizinstudierenden großer Beliebtheit erfreuen. In den Jahren 2018 und 2019 fand die DGGG-Summer-School als „Einstieg zur Förderung junger Talente“ statt. Bereits nach diesen zwei Jahren titelte M. Weiss Ende 2019 im *FRAUENARZT*: „Die DGGG-Summer-School – Eine Erfolgsgeschichte“ [23, 24]. Des Weiteren macht die aktuelle DGGG-Nachwuchskampagne „GYN-WERDEN“ auf unser Fach aufmerksam [25 und gyn-werden.de]. Initiativen wie diese bieten eine optimale Möglichkeit, junge Generationen für unser Fach zu motivieren, zu rekrutieren, auszubilden und zu binden.

Geeignete Mitarbeiterführung

Szenen wie 1990 in Brösels „Werner – Beinhart!“, als dieser im Krankenhaus durch die „Halbgötter in Weiß“ visitiert wird – Chefarzt voran, Assistenzärzte im Gleichschritt hinterher – gehören der Vergangenheit an. Wie aber möchte das „Personal

von morgen“ geführt werden? Die Mediziner am nächsten kommende Arbeit aus dem Jahr 2019 setzt sich mit der Fragestellung auseinander, welches Führungsverhalten Gesundheits- und Krankenpfleger der Generation Y präferieren [26]. Das Modell des umfassenden Führungsverhaltens, das Full Range of Leadership, 1991 entwickelt durch die amerikanischen Psychologen B. Avolio und M. Bass, bildet das Spektrum des Führungsverhaltens von passiven, ineffektiven (laissez-faire) bis hin zu aktiven, effektiven Verhaltensweisen

(transaktional und transformational/transformell) ab. Die transformationale bzw. transformationale Führung eignet sich vor allem für die Generation Y. Das Ziel ist gemeinsam zu erreichen. Dieser Führungsstil fördert die persönliche Entwicklung, indem er werteorientiert ist. Die transformationale Führung ist folglich intrinsisch motiviert, wobei die Führungsperson dabei eine Vorbildfunktion verkörpert.

Die Generation Z – „likely to start producing doctors by 2017“ – scheint die transaktionale Führung zu präferieren.

Diese gewährleistet durch die Führungsperson sachliche, klare Vorgaben und definiert feste Ziele, um eindeutige Rahmenbedingungen mit handfesten Verhaltensregeln zu schaffen. Dementsprechend ist dieser Führungsstil extrinsisch motiviert [27].

Ausblick

Das „Personal von morgen“ rückt zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit. Schon J.W. von Goethe schrieb: „Mit einer erwachsenen Generation ist nicht mehr viel zu machen, seid aber klug und fangt mit

der Jugend an“. [28] Die gewonnenen Erkenntnisse müssen Anwendung in der Praxis finden, bevor sich der Titel in „Generation alpha – Wir sind das Personal von morgen“ ändert.

Literatur beim Verfasser



Autor

Dr. Jann Lennard Scharf

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
JannLennard.Scharf@uksh.de



TRAU DICH ZU TRÄUMEN & UMZUDENKEN





Lynparza® Filmdtablets beim Ovarialkarzinom

- **Erster PARP-Inhibitor für die Erstlinien-Erhaltungstherapie bei neu diagnostiziertem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom mit BRCA-Mutationen*¹**
- **Beim Platin-sensitiven rezidierten Ovarialkarzinom zugelassen als Erhaltungstherapie ohne Einschränkung hinsichtlich des BRCA-Status**¹**

* Mit Ansprechen (vollständig oder partiell) auf abgeschlossene Platin-basierte Erstlinien-Chemotherapie; ** Mit Ansprechen (vollständig oder partiell) auf abgeschlossene Platin-basierte Rezidiv-Chemotherapie; # Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, sie waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Patienten mit Hormonrezeptor-positivem Mammakarzinom sollten außerdem eine Krankheitsprogression während/nach einer vorherigen endokrinen Therapie (ET) aufweisen oder für eine ET nicht geeignet sein.





Lynparza® Filmdtablets beim Mammakarzinom

- **Erster PARP-Inhibitor bei HER2-negativem fortgeschrittenen Mammakarzinom mit BRCA-Keimbahnmutationen# – für mehr Chemotherapie-freie Zeit¹**

* Mit Ansprechen (vollständig oder partiell) auf abgeschlossene Platin-basierte Erstlinien-Chemotherapie; ** Mit Ansprechen (vollständig oder partiell) auf abgeschlossene Platin-basierte Rezidiv-Chemotherapie; # Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, sie waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Patienten mit Hormonrezeptor-positivem Mammakarzinom sollten außerdem eine Krankheitsprogression während/nach einer vorherigen endokrinen Therapie (ET) aufweisen oder für eine ET nicht geeignet sein.

1. Fachinformation Lynparza® 100 mg/- 150 mg Filmdtablets, Stand Oktober 2019.

Lynparza® 100 mg Filmdtablets
Lynparza® 150 mg Filmdtablets
Wirkstoff: Olaparib. **Verschreibungspflichtig.** **Zusammensetzung:** Jede 100-mg-Filmdtablette enthält 100 mg Olaparib. Jede 150-mg-Filmdtablette enthält 150 mg Olaparib. **Sonstige Bestandteile:** Tablettkern: Copovidon, Hochdisperses Siliciumdioxid, Mannitol (Ph.Eur.), Natriumstearylfumarat (Ph.Eur.). Tablettüberzug: Hypromellose, Macrogol (400), Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(II,III)-oxid (E172) (nur 150 mg Tablette). **Anwendungsgebiete:** Ovarialkarzinom: Lynparza wird angewendet als Monotherapie für die: - Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BRCA1/2-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Erstlinien-Chemotherapie ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben. - Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständig oder partiell). **Mammakarzinom:** Lynparza wird als Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRCA1/2-Mutationen in der Keimbahn angewendet, die ein HER2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom haben. Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, die Patienten waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom sollten außerdem eine Krankheitsprogression während oder nach einer vorherigen endokrinen Therapie aufweisen oder für eine endokrine Therapie nicht geeignet sein. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen sonstigen Bestandteil. Stillen während der Behandlung und 1 Monat nach Einnahme der letzten Dosis. **Nebenwirkungen:** Möglicherweise dringend ärztliche Behandlung ist erforderlich bei folgenden Nebenwirkungen: **Sehr häufig:** Anämie. **Gelegentlich:** Allergische Reaktionen. Andere Nebenwirkungen sind: **Sehr häufig:** Übelkeit, Erbrechen, Fatigue (einschließlich Asthenie), Dyspepsie, Schmerzen im Oberbauch, verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Dysgeusie, Schwindel, Husten, Dyspnoe, Diarrhö, Thrombozytopenie, Leukopenie, Neutropenie. **Häufig:** Hautausschlag, Dermatitis, Stomatitis, Lymphopenie, Anstieg des Kreatininwertes im Blut. **Gelegentlich:** Erhöhung des mittleren korpuskulären Volumens. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH; 22876 Wedel, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. **Stand:** Oktober 2019. DE-22470/19

Facharztweiterbildung in der Schweiz

Bewertung und Honorierung der Weiterbildung

Wie lässt sich die Qualität der Vermittlung ärztlicher Kompetenz trotz knapper Ressourcen und der stetigen Suche nach Effizienzsteigerungen an den Institutionen definieren, messen und sichern? Wen sollte man hierzu befragen? In der Schweiz werden die Bedingungen der Facharztweiterbildung jährlich evaluiert.

Qualität? JA, – aber wie? Die Qualität des Gesundheitswesens ist ein beliebtes Thema in den Fach- und Laienmedien. Zertifizierungen, Rankings und Bestenlisten sprießen wie Pilze aus dem Boden.

Doch wie lässt sich die Qualität der Vermittlung ärztlicher Kompetenz trotz knapper Ressourcen und der stetigen Suche nach Effizienzsteigerungen an den Institutionen definieren, messen und sichern? Wen sollte man hierzu befragen? Welche aussagekräftigen und zuverlässigen Kennzahlen gilt es zu wählen?

In Bereichen, in denen sich eindeutige Parameter wie Fallzahlen oder Kosten ermitteln

lassen, erscheint die Beurteilung auf den ersten Blick leichter. Die Qualität der Weiterbildung fällt hingegen in einen „weichen“ Bereich, in dem persönliche Betreuung, Koordination von Maßnahmen, Kommunikation und Zufriedenheit eine wesentliche Rolle spielen.

Jährliche Befragung aller Weiterzubildenden und Offenlegung der Ergebnisse

In der Schweiz werden seit 1996 jährlich alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in einer landesweiten und fächerübergreifenden Umfrage anonym zu ihrer Arbeitssituation befragt. Mit der Erhebung wird die „Kundenzufriedenheit“ der Ärztinnen und Ärzte mit ihrer

Weiterbildung und ihrer Arbeitssituation erfasst. Die Fragen werden zu acht Themenbereichen – sogenannte Dimensionen – gestellt: Globalbeurteilung der Arbeitsstelle, Fachkompetenz, Umsetzung von Evidence based Medicine sowie Lern-, Führungs-, Fehler-, Entscheidungs- und Betriebskultur.

Hinzu kommt ein jährlich wechselndes Modul, das Themen wie den Stellenwert der Weiterbildung im Spital oder Arbeitsplatz-basierte Assessments evaluiert.

Die Resultate werden in einer interaktiven Grafik, der sogenannten dynamischen Spinne, dargestellt und jeweils am Jahresende im Internet – für jeden

frei zugänglich – veröffentlicht, sofern nicht ein Einspruch durch die Leiterin oder den Leiter der Weiterbildungsstätte erfolgt.

Evaluation beeinflusst die Re-Zertifizierung

Die dadurch gewonnenen Daten stellen mittlerweile eine unersetzliche Rückmeldung sowohl für die Verantwortlichen der Weiterbildungsstätte als auch deren „Kunden“ in Form von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung dar. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte erkundigen sich vor einer Bewerbung über das Abschneiden der erwählten Weiterbildungsstätte und deren Stärken.

Dadurch erhalten engagierte Weiterbilder indirekt eine Honorierung für ihren Einsatz. Eine hohe Rücklaufquote von 69 % (2019) unterstreicht den Stellenwert dieser Umfrage und untermauert die Aussagekraft der Ergebnisse.

Bei Weiterbildungsstätten, die bei der Erhebung als ungenügend eingestuft werden, findet

eine Visitation statt. Hierbei prüft ein Team vor Ort die Umsetzung des Weiterbildungskonzeptes und stellt sicher, dass das Umfeld und die Bedingungen mit den geforderten Kriterien des jeweiligen Weiterbildungsprogramms übereinstimmen. Somit hat die Umfrage und haben damit die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung einen direkten und bedeutenden Einfluss auf die Re-Zertifizierung eines Spitals als Weiterbildungsstätte.

Diese Art des jährlichen Upward-Feedbacks ist mit einem hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden – allerdings trägt es wesentlich zu einer hochwertigen Weiterbildung bei und sichert die fachliche Kompetenz der kommenden Ärztegenerationen.



Autorin

Dr. Franziska Winder

Frauenklinik
Kantonsspital St. Gallen, Schweiz
franziska.winder@kssg.ch

Facharztweiterbildung in Österreich

Novellierung der Weiterbildung – Umsetzung des EBCOG-Pacts

Der EBCOG-Pact-Weiterbildungslehrplan des European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) ist eine europäische Konsenslösung und definiert die Standards für postgraduale Weiterbildung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Europa. Wie erfolgt in Österreich die Umsetzung in Theorie und Praxis?

Das Ziel des EBCOG-Pact ist es, Kernkompetenzen („Core“) zu definieren, die alle in Europa ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzte am Ende ihrer Ausbildung selbstständig beherrschen sollen. Zusätzlich ermöglichen frei wählbare Wahlkompetenzen („Electives“) eine Vertiefung der Ausbildung in spezifischen Unterfachbereichen. Weiterhin enthält der EBCOG-Pact Richtlinien für Ausbildungsmethoden, Fachbereichsentwicklung und Qualitätssicherung der Ausbildung.

Im Bestreben, die österreichische Ausbildungsordnung an die europäische Vorgabe anzupassen, erfolgte im Jahr 2015 eine Novellierung der Weiterbildung (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015). Die Facharztausbildung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst nun drei Stufen: neun Monate Basisausbildung (kon-

servative und chirurgische Grundfertigkeiten), 36 Monate Sonderfachgrundausbildung und 27 Monate Sonderfachspezialausbildung, welche in drei Module zu je neun Monaten aufgeteilt ist.

Die Sonderfachgrundausbildung erfüllt somit die Aufgabe der Vermittlung der Kernkompetenzen des EBCOG-Pact, die dreimal neun Monate Sonderfachspezialausbildung ermöglichen das Erlangen der frei wählbaren Wahlkompetenzen.

Derzeit stehen dafür in Österreich die Module Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Gynäkologische Onkologie, Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie, Operative Gynäkologie, Feto-maternale Medizin, Ambulante Gynäkologie und Wissenschaft und Forschung (an Universitätskliniken) zur

Verfügung. Die Dokumentation der Weiterbildung erfolgt dabei durch ein von der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) herausgegebenes und mit der Österreichischen Ärztekammer und EBOG akkordiertes Logbuch.

Logbuch schreibt Evaluationsgespräch vor, Kliniken werden evaluiert

Darin enthalten und damit verpflichtend ist die Durchführung eines Evaluierungsgesprächs der Assistenzärztin/des Assistenzarztes mit der/dem Ausbildungsverantwortlichen der ausbildenden Klinik. Zudem erfolgt eine regelmäßige Evaluation der Leistungs- und Eingriffszahlen der jeweiligen Weiterbildungsstätte durch die Ärztekammer, welche die Anzahl der möglichen Ausbildungsstellen festsetzt, um jeder

Ärztin/jedem Arzt in Weiterbildung eine umfassende Ausbildung zu ermöglichen. Formal ist die Umsetzung des EBCOG-Pact damit in der österreichischen Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gelungen.

Ungleiche Voraussetzungen der Weiterbildungsstätten

Die Umsetzung in der Praxis gestaltet sich jedoch sehr unterschiedlich in den verschiedenen Weiterbildungsstätten in Österreich. Ein besonderes Problem stellt dabei die Erbringung der geforderten OP-Zahlen (insgesamt 300 Operationen in der Weiterbildung) dar. Zudem sind manche Kompetenzen nur in Zentren erlernbar. Ein Umstand, der einerseits Mobilität von den Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung fordert. Andererseits resultieren aus der großen Beliebtheit der Stellen an den Zentren Engpässen, so dass die geforderten OP-Zahlen oft schwer realisierbar sind.

In der Praxis sind daher Lösungsansätze gefragt, um allen Assistenzärztinnen und -ärzten die Möglichkeit zur Erlangung aller geforderten Kernkompetenzen sowie der gewünschten Wahlkompetenzen zu bieten.

Eine Möglichkeit wäre beispielsweise ein verpflichtendes Rotationssystem nach schweizerischem Vorbild. Eine weitere Harmonisierung der Weiterbildung wäre zudem durch Motivation der ausbildenden Kliniken zur Implementierung aller geforderten Maßnahmen und Möglichkeiten zur Erlangung einer Akkreditierung als Ausbildungsstätte durch die EBCOG möglich. Derzeit sind nur die Universitätskliniken Wien, Graz und Innsbruck von der EBCOG akkreditiert.

Referenzen

1. Scheele F, Van der Aa J, Goverde A (HerausgeberInnen). Project for Achieving Consensus in Training by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology. 18.5.2018. Online abrufbar unter: <https://www.ebcog.org/education>.
2. Kiss H, Kohlberger P, Ralph G, Pateisky P, Klaritsch P. Logbuch zur Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt in Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 14.09.2016. Online abrufbar unter: <https://www.oeggg.at/oeggg/forum-junge-gyn/>.



Autor

Dr. Philipp Föbleitner, BSc

Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien,
Österreich
philipp.foebleitner@meduniwien.ac.at

Zervixkarzinom-Früherkennung

Ko-Testung optimieren durch Dünnschichtzytologie und RNA-HPV-Tests

In einer wissenschaftlichen Sitzung zur Früherkennung von Zervixkarzinomen beim diesjährigen DGGG-Kongress* haben Dr. Christian Albring und Prof. Klaus Neis über ihre Erfahrungen mit dem seit Anfang 2020 geänderten Zervixkarzinom-Screening berichtet und einen Ausblick auf die nächsten Monate gegeben. Ergänzend ist festzuhalten, dass neben der Einführung der Ko-Testung aus zytologischer Untersuchung und HPV-Test für Frauen ab 35, die nun alle drei Jahre erfolgen wird, auch die Erstattungsfähigkeit der Dünnschichtzytologie, die damit auch gesetzlich Krankenversicherten und nicht mehr nur Privatpatientinnen zur Verfügung steht, eine entscheidende Neuerung darstellt. Es ergibt sich die Frage, warum man sich für diese Neuregelungen entschieden hat und wie man die Versorgung der Patientinnen unter diesen Bedingungen optimal, d.h. mit höchster Sicherheit für die Patientin und gleichzeitig maximaler Effizienz in der Praxis, gestalten kann.

Um Frauen bei einem Drei-Jahres-Intervall Sicherheit zu geben, ist es nötig, praktisch alle Krebsvorstufen in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken – es darf nichts übersehen werden, damit es drei Jahre später nicht zu spät ist.

Zytologische Untersuchung optimieren

Benötigt wird eine möglichst sensitive Zytologie, damit auch Frauen mit einem falsch-negativen HPV-Test nicht durchs Raster fallen. Hier setzt die Dünnschichtzytologie Maßstäbe: Sie hat sich deutlich sensitiver gezeigt [1] als die konventionelle Zytologie (s. Abb. 1). Zugleich reduziert sie den Aufwand in der Praxis. Aus diesen Gründen setzen immer mehr Ärzte und Labore auf die Vorteile des ThinPrep® Pap Test:

- **Höhere Sicherheit für die Patientin:** Mit Hilfe der Dünnschichtzytologie wurden in der Rhein-Saar-Studie im Vergleich zur konventionellen Zytologie signifikant mehr histologisch bestätigte Zeldysplasien gefunden: 2,7-mal so viele zervikale intraepitheliale Neoplasien vom Grad II (CIN II) und fast dreimal so viele CIN-III-Veränderungen. Diese Überlegenheit wird von großen Laboren in der Routine bestätigt. Von ihr profitieren auch die Frauen unter 35 Jahren, bei denen das Sicherheitsnetz HPV-Test nicht vorgesehen ist.
- Im Umkehrschluss zeigt die Rhein-Saar-Studie auch, dass mit dem konventionellen Pap-Abstrich ca. 2/3 der Krebsvorstufen übersehen wurden – vielleicht zu viel für ein Drei-Jahres-Screening-Intervall.

- **Geringerer Aufwand und einheitliches Prozedere in der Praxis:** Der ThinPrep® Pap Test erfordert keinen Mehraufwand in der gynäkologischen Praxis – ganz im Gegenteil:
 - Unabhängig davon, ob nur zytologische Diagnostik, nur HPV-Test, Ko-Testung oder eine zusätzliche Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger: Es wird nur ein Abstrich benötigt. Kein zweiter Abstrich, der in der Regel von schlechterer Qualität ist. Folgerichtig wird auch nur ein Abstrich vergütet.
 - Nach dem Abstrich muss das Abnahmebürstchen nur in der Fixierlösung ausgespült werden. Andere für ein gutes Präparat

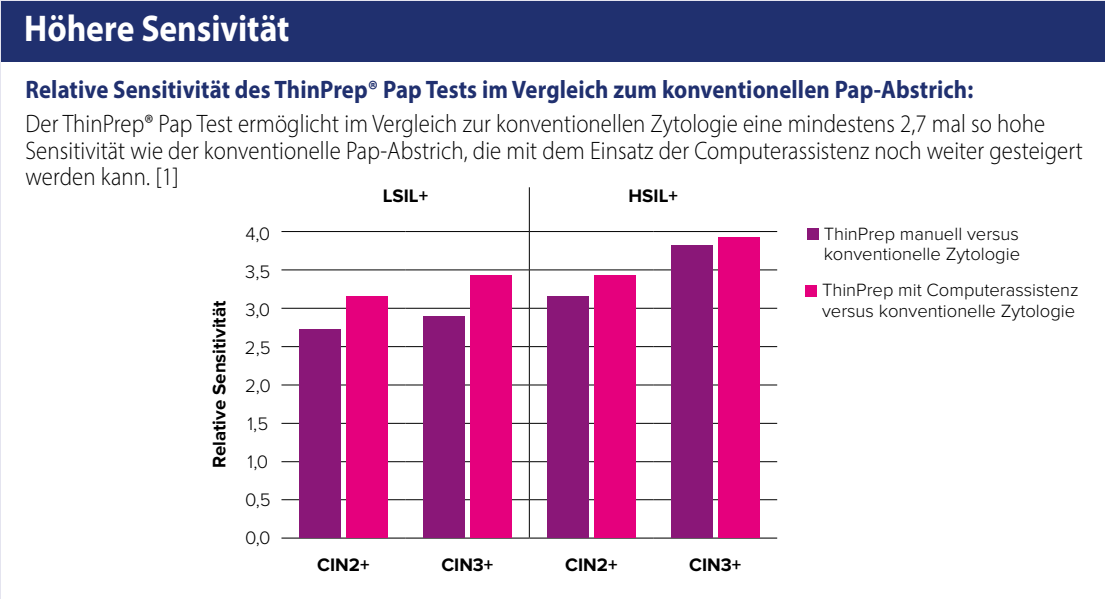
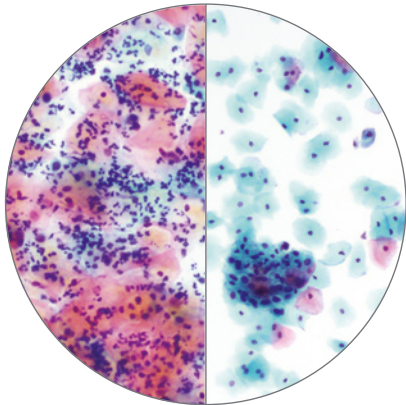


Abb. 1: Signifikant höhere Sensitivität für CIN (zervikale intraepitheliale Neoplasien)

Konventionelle Beschränkungen überwinden

Konventioneller Pap-Abstrich

Zellen auf dem Objektträger können sich überlappen oder durch Blut, Schleim oder andere Stoffe überlagert werden, was die Befundung erschwert.



ThinPrep® Pap Test

Die Zellen auf dem Objektträger sind zur einfacheren Beurteilung frei von Verunreinigungen und gleichmäßig verteilt. Ermöglicht reproduzierbare und repräsentative Proben.

Abb. 2: Die Dünnschichtzytologie bietet gegenüber dem konventionellen Verfahren einige Vorteile.

Studienergebnisse

Ergebnisse Rhein-Saar-Studie
(Klug et al. A randomized trial comparing conventional cytology to liquid-based cytology and computer assistance. Int. J. Cancer: 132, 2849–2857 2013)

- Die Dünnschichtzytologie zeigt im Vergleich zur konventionellen Zytologie eine signifikant höhere Sensitivität zur Detektion zervikaler, intraepithelialer Neoplasien.
- Bei Befunden ab Pap III fand die Dünnschichtzytologie 2,74-mal so viele mäßig- oder höhergradige Dysplasien (CIN 2+) wie die konventionelle Zytologie. Unter Einsatz der Computerassistentz erhöhte sich dieser Faktor auf 3,17.
- Der Sensitivitätsvorteil der Dünnschichtzytologie war nicht mit einem Verlust an Spezifität verbunden.

Ergebnisse GAST-Studie
(Iftner et al. Longitudinal Clinical Performance of the RNA-Based Aptima Human Papillomavirus (AHPV) Assay in Comparison to the DNA-Based Hybrid Capture 2 HPV Test in Two Consecutive Screening Rounds with a 6-Year Interval in Germany. J. Clin. Microbiol. 2015 Aug;53(8):2509–2516) & Iftner et al. Longitudinal clinical performance of the RNA-based Aptima human papillomavirus (AHPV) assay in comparison to the DNA-based Hybrid Capture 2 HPV test in two consecutive screening rounds with a 6-year interval in Germany. J Clin Microbiol 2019 57: e01177–18. <https://doi.org/10.1128/JCM.01177-18>.)

- Der Aptima® HPV Test hat eine gleichwertige Sensitivität und eine höhere klinische Spezifität gegenüber dem validierten DNA-Test HC2. Durch den Aptima® HPV-Test kann die Anzahl der Überweisungen zur Kolposkopie um mehr als 20 % gesenkt werden.
- Im 6-Jahres-Follow-Up konnte gezeigt werden, dass in einer Screening-Population nach einem negativen Aptima-HPV-Testergebnis das Risiko einer CIN3-Läsion niedrig ist, vergleichbar mit dem HC2.

Ergebnisse Quest-Studie
(Kaufman et al. Contributions of Liquid-Based (Papanicolaou) Cytology and Human Papillomavirus Testing in Cotesting for Detection of Cervical Cancer and Precancer in the United States. Am J Clin Pathol 2020)

- Die Ko-Testung mittels Dünnschichtzytologie plus HPV-Test verbessert die Detektion von Gebärmutterhalskrebs bei Frauen im Alter ab 30 Jahren gegenüber Dünnschichtzytologie und HPV-Test allein.
- Mittels später durchgeführter Dünnschichtzytologie wurden mehr Fälle von Gebärmutterhalskrebs gefunden als durch HPV-Test (85,1 %, 1,015/1,193 vs 77,5 %, 925/1,193).
- Unter den Frauen, die an Gebärmutterhalskrebs erkrankt waren, lag die Rate der falsch-negativen Befunde (LBC negativ/HPV negativ) bei 13,1 % (212/1,615). Diese Rate wuchs substantiell, wenn der Test mehr als 12 Monate zurücklag.

unmittelbar erforderliche Schritte entfallen. Das spart Zeit, die der Versorgung der Patientin zugutekommt, und gewährleistet zugleich ein optimales Ergebnis.[2]

HPV-Test optimieren

Die durch die neuen Algorithmen bedingte Zunahme an Kolposkopien war das Hauptthema des Vortrags von PD Dr. Volkmar Küppers. Ursache sei der durch die neuen Algorithmen vorgegebene Einsatz von HPV-Tests.

DNA-basierte HPV-Tests unterscheiden nicht zwischen aktiven HPV-Infektionen und einer vorübergehenden HPV-Besiedlung. Im Gegensatz dazu zielen RNA-basierte HPV-Tests, wie z. B. der zum Screening und zur Abklärung zugelassene *Aptima® HPV Assay*, erfolgreich auf die klinisch relevanten aktiven HPV-Infektionen ab: Er reduziert den Anteil klinisch falsch-positiver Ergebnisse um 23 % und kann damit beitragen, die Anzahl unnötiger Kolposkopien signifikant zu senken.

Es ist erklärtes Ziel, die Krebsfrüherkennung in Deutschland auf Basis der Evaluation „weiterentwickeln“ zu wollen.[4] Damit bindet der G-BA eine Weiterführung dieses Modells an die Ergebnisse der Evaluierung, gemessen insbesondere an: „Teilnahmeraten, Auftreten von Intervallkarzinomen, Anteil falsch-positiver Diagnosen, Sterblichkeit“. [4]

Die Dünnschichtzytologie und RNA-basierte HPV-Tests können einen entscheidenden Beitrag leisten, dass die Evaluierungsergebnisse positiv ausfallen werden.

Literatur

1. Klug SJ, Neis KJ, Harlfinger W, Malter A, König J, Spieth S, et al. A randomized trial comparing conventional cytology to liquid-based cytology and computer assistance. Int J Cancer. 2013;132:2849–57 (“Rhein-Saar-Studie”).
2. Davey et al. A comparison between the ThinPrep Imaging® System and conventional methods, Diagn Cytopathol. 2007;35:550–554.
3. Iftner et al., (GAST) J. Clin. Microbiol. 2015 Aug;53(8):2509–2516; Castle et al., (CLEAR), Am J Clin Pathol. 2015 Feb;143(2):160–167.
4. <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2001/oKFE-RL-2019-12-05-iK-2020-01-01.pdf>.

* Sitzung Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme und Krebsfrüherkennungs-Richtlinie: Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen, 63. DGGG-Kongress, 7.10.2020, München.

Weibliche Genitalverstümmelung

Female Genital Mutilation (FGM) weltweit und bei uns – was können wir tun?

Weibliche Genitalverstümmelung ist ein weltweites Problem, das grundsätzlich zunächst in den Herkunftsländern angegangen werden muss. Der BVF engagiert sich mit einem Hilfsprojekt in der Äthiopischen Danakil-Wüste. In Deutschland sind die medizinische Versorgung von FGM-Betroffenen und die Prävention ein wichtiges Thema.

Die UNO ist seit Jahrzehnten bemüht, die weibliche Genitalverstümmelung abzuschaffen. Auch das EU-Parlament verurteilt die weibliche Genitalverstümmelung. FGM ist im Asylverfahren als Fluchtgrund anerkannt, da es eine Bedrohung durch geschlechtsspezifische Verfolgung darstellt.

Dass von FGM betroffene Frauen und Mädchen medizinische Hilfe erhalten und gegen den uralten Brauch angegangen wird, war ein großes Anliegen von Rüdiger Nehberg. Der Anfang diesen Jahres verstorbene Menschenrechtsaktivist hatte auf dem FOKO 2010 vom Volk der Afar in Äthiopien und der „Karawane der Hoffnung“ berichtet, dem Projekt seiner Organisation TARGET gegen FGM.

Zum Begriff FGM

Ausdrücke wie „Zirkumzision“ werden von den meisten Frauenorganisationen, insbesondere den afrikanischen, vehement abgelehnt, da sie die FGM begrifflich in die Nähe der männlichen Zirkumzision rücken. Bei Frauen ist der Eingriff jedoch viel weitreichender und

verstümmelnder. Dies wird von den großen Welt-Organisationen UN, UNESCO und EU ebenso gesehen.

Unabhängig davon wird man natürlich gegenüber einer betroffenen Patientin nicht von „Verstümmelung“ sprechen und sie nicht nur medizinisch bestmöglich, sondern auch einfühlsam behandeln (siehe dazu Infokasten).

Täglich werden weltweit etwa 8.000 Mädchen ihrer Genitalien und Würde beraubt, alle 11 Sekunden eins. Weltweit sind ca. 150 Millionen Frauen betroffen. In der Sahelzone in Afrika kommt FGM am häufigsten vor. Die Sterblichkeitsrate liegt geschätzt sehr hoch: 105,9 Sterbefälle pro 1.000 Kinder.

Bei der im Afar-Gebiet praktizierten Methode, der so genannten Infibulation WHO Typ III, werden die Klitoris sowie das gesamte äußere Genital entfernt. Die Scheide wird dann mit Akaziendornen verschlossen. Danach wird ein Strohhalm eingelegt, der die Öffnung für Urinabgang und Menstruation bildet. In der Hochzeits-

nacht wird die Scheide blind mit dem Messer geöffnet.

Gesundheitliche Folgen

In diesem Zusammenhang treten viele akute und langfristige Komplikationen auf:

- insbesondere Scheiden-, Blasen und Darmfisteln;
- Hämorrhagien bis zur Verblutung, Infektionen und Abszessbildung, Sepsis;
- schmerzbedingter Kollaps und traumatischer Schock bis zum Exitus;
- sehr häufig leichte bis schwerste Miktionsbehinderungen und Harnwegskomplikationen mit Infektionen der Blase und der Nieren.
- oft schwerste Dysmenorrhöen oder Menstrualblutstauungen, die auch zur Sterilität führen können, was für die junge Afar-Frau eine soziale Katastrophe ist;
- schwere psychische Folgen (schwerste Behinderungen der Vita sexualis, Traumatisierung durch Schmerz und Vertrauensbruch).

Als Reaktion auf Nehbergs Vortrag entschied sich BVF und DGGG 2010, sich erneut auf drei Ebenen gegen das durch FGM verursachte Leid zu engagieren:

- auf internationaler Ebene;
- durch Behandlung der Frauen (z.B. Flüchtlingsfrauen) und entsprechende Fortbildung der Kolleginnen, insbesondere in der Geburtshilfe;
- durch Maßnahmen zur Verhinderung der Durchführung von FGM in Deutschland.

Hilfe für Frauen und Kinder vor Ort: Die Geburtshilfeklinik in der Danakil-Wüste

Der BVF sagte zu, für die Einrichtung und den Aufbau einer Klinik, d.h. eine Ambulanz, Kreissäle, zwei OPs, Wochen- und Kinderstation, Labor und Apotheke zu sorgen.

2015 konnte unser Leuchtturmprojekt, die Geburtshilfeklinik in der äthiopischen Danakil-Wüste, den Betrieb aufnehmen. Die Klinik bietet der Bevölkerung der Region Afar medizinische Hilfe unter bestmöglichen Bedingungen (funktionierende Stromver-

Bitte unterstützen Sie die Geburtshilfeklinik in Farras Dage in der Danakil-Wüste!

Durch eine Spende an die Stiftung

Spendenkonto Stiftung Save Mothers
Volksbank Alzey Worms
IBAN: DE20 5509 1200 0032 1154 11



SAVE MOTHERS
STIFTUNG

Durch das Spenden von Medikamenten/Geräten

Kontakt: info@savemothers.de

Durch Ihre Mitarbeit vor Ort – für Informationen wenden Sie sich bitte an Birgit Bär unter info@savemothers.de



sorgung, Wasser- und Abwasserversorgung, hoher hygienischer Standard) – und ist die einzige medizinische Versorgung im weiten Umfeld.

Ein Schwerpunkt ist die Aufklärung über FGM als Auslöser der medizinischen Komplikationen. Den Hauptschwerpunkt bildet die Betreuung der Afar-Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und postpartal. Sie werden von äthiopischen Fachangestellten und – normalerweise – einem deutschen Ärzte- und Projekt-Team versorgt. Derzeit ist aufgrund der Corona-Quarantänebestimmungen kein Arbeitsaufenthalt möglich.

Das Einzugsgebiet der Klinik erstreckt sich über 70.000 km² und umfasst mehr als 150.000 Menschen. Monatlich werden etwa 40 Geburten betreut und 500 Behandlungen durchgeführt. Jährlich erfolgen ca. 100 Vaginaleröffnungen nach FGM. Die Therapie der Wahl ist dabei die Defibulation, d.h. die operative Erweiterung des Introitus, entweder unter der Geburt bei Einscheiden des kindlichen Kopfes, oder alternativ zwischen der 20. und 28. SSW (Vorteile für die Schwangerschaftsvorsorge und Überwachung unter der Geburt). Patientinnen mit Blasen- und Darmfisteln werden in die Fistula-Kliniken in Mekkele oder Addis Abeba überwiesen.

Die Behandlung der Kinder mit einem gut funktionierenden Impfprogramm (Impfsprechstunde einmal pro Woche) wird sehr gut angenommen. Seit zwei Jahren gibt es genügend Impfstoff kostenlos durch den äthiopischen Staat.

Inzwischen ist die FGM in Äthiopien, wie auch in anderen Prävalenzländern, offiziell verboten und dank des Engagements

des Ehepaars Nehberg durch die islamischen Geistlichen geächtet. Dennoch wird an dem Brauch festgehalten, Mädchen werden schon im Alter von wenigen Wochen beschnitten. Es ist also nach wie vor dringend Aufklärungsarbeit nötig.

Noch mit Rüdiger Nehberg entwickelten wir eine Idee für den Erhalt der Klinik: Im Dezember 2019 wurde in Rheinland-Pfalz die Stiftung *Save Mothers* (www.savemothers.de) gegründet. Ihre Gemeinnützigkeit ist anerkannt. Sie dient der Sicherung des Fortbestands der Geburtshilfeklinik und ist auf Spenden angewiesen.

FGM in Deutschland

In Deutschland leben viele von FGM betroffene Frauen. Seit Dezember 2013 gilt die Genitalverstümmelung hierzulande als schwere Körperverletzung (§ 226a StGB), sie kann mit bis zu 15 Jahren Gefängnis geahndet werden. Seit Januar 2014 sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für medizinische Behandlung und Beratungsgespräche für betroffene Mädchen und Frauen zu übernehmen. Um das Ausmaß der Genitalverstümmelung zu dokumentieren, gibt es auf Initiative des Berufsverbandes einen ICD-Code (N 90.80).

Besonderes Gewicht hat die Prävention. Über den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und medizinische Informationen wird es möglich, dazu beizutragen, dass von der Tradition der FGM abgesehen wird.



Autor

San.-Rat
Dr. Werner
Harlfinger

Stiftung Save Mothers
www.savemothers.de

FGM verstehen – Tipps zum Umgang mit Betroffenen und Ansätze zur Prävention

- Begegnen Sie Ihrer Patientin mit Respekt: „Die weibliche Genitalverstümmelung ist ein sensibles Thema, das fest in der Tradition und Kultur der jeweiligen Gesellschaftsordnung verwurzelt ist. Zahlreiche Argumente werden – je nach Region unterschiedlich – zur Rechtfertigung der Genitalverstümmelung aufgeführt. In vielen Regionen gilt FGM als Initiationsritus, durch den junge Frauen in die Gesellschaft aufgenommen werden. Versuche, von außen dieses Ritual in Frage zu stellen, werden oft als Einmischung in die Tradition und Diktat westlicher Lebensweisen abgelehnt.“ [1]
- Tabuisieren Sie das Thema nicht, sprechen Sie die Patientin auf das an, was Sie bei der gynäkologischen Untersuchung sehen, und fragen Sie nach möglichen Beschwerden (Dysmenorrhoe; Dysurie; Dyspareunie).
- Erfragen Sie die Erwartung der Patientin und ihr Anliegen, sprechen Sie die Möglichkeit einer Defibulation und ggf. Rekonstruktion – falls erwünscht – an und leiten Sie die Patientin ggf. weiter.
- Beachten Sie Ihre Wortwahl: Nutzen Sie eine neutrale Sprache, die Re-Traumatisierung, Diskriminierung, Stigmatisierung und Kriminalisierung verhindert. Sie können über FGM sprechen, aber achten Sie darauf, dass Sie Ihre Patientin nicht als „verstümmelt“ (mutilated) bezeichnen.
- Eine Re-Infibulation ist in Deutschland gesetzlich verboten, besprechen Sie das bereits in der Geburtsplanung mit der Patientin.

Quellen:

1. „Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach Weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation)“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin 2013.
2. „FGM: Die unsichtbaren Folgen – die Seele leidet mit“, Vortrag von Dr. Parnian Parvanta, Mainz, auf dem 63. DGGG-Kongress in München am 09.10.2020.



Den Expertentalk
finden Sie hier

Advertorial

Die ersten 1.000 Tage schaffen die Basis für ein gesundes Leben

Klinische Studie zeigt: Mikronährstoffe aus *Elevit® 3* kommen in der Muttermilch an

Trotz der Fülle verfügbarer gesunder Lebensmittel sind Frauen in Deutschland nicht ausreichend mit Mikronährstoffen versorgt.[1] Begleitend zu einer ausgewogenen gesunden Ernährung kann daher bei Kinderwunsch sowie in der Schwangerschaft und Stillzeit die Einnahme eines Nahrungsergänzungsmittels empfohlen werden. Eine aktuelle klinische Studie zeigt, dass die Einnahme von Elevit® 3 in der Stillzeit den Versorgungsstatus der Mutter signifikant verbessert und dass wichtige Mikronährstoffe wie beispielsweise Omega-3-Fettsäuren in der Muttermilch ankommen.

„In der Zeit von der Konzeption bis zum zweiten Geburtstag des Kindes – also in den ersten 1.000 Tagen des Lebens – beeinflussen die Versorgung mit Nährstoffen und die Fürsorge, die ein Kind erfährt, seine Fähigkeit zu wachsen und zu lernen sowie sein lebenslanges Gedeihen“, erklärte die Gynäkologin Dr. Karoline Maar, Berlin, im Rahmen des 63. Kongresses der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.). Die Hebammen Anja Stern und Marie Beinhauer, Heidelberg, ergänzten: „Anders als vielfach angenommen, kommt es nicht nur präkonzeptionell und in der Schwangerschaft auf eine adäquate Nährstoffversorgung an. Auch in der Stillzeit ist der Bedarf an vielen Mikronährstoffen stark

erhöht, während der Energiebedarf nur geringfügig steigt.“

Omega-3-Fettsäuren fördern die Gehirnentwicklung

Zu den relevanten Nährstoffen in der Stillzeit gehören unter anderem Omega-3-Fettsäuren wie Docosahexaensäure (DHA) und Eicosapentaensäure (EPA). Die adäquate Versorgung des Säuglings mit DHA über die Muttermilch kann neben den positiven Eigenschaften für die Entwicklung des Gehirns auch die visuelle Entwicklung verbessern und die nachhaltige Aufmerksamkeit im Alter von fünf Jahren steigern.[2,3,4]

Studien weisen darauf hin, dass auch das Carotinoid Lutein einen

Einfluss auf die Sehfähigkeit haben kann.[5,6]

Dr. Karoline Maar konstatierte: „Obwohl in Deutschland ausreichend gesunde Lebensmittel zur Verfügung stehen, sind viele Frauen schlecht ernährt, insbesondere mit Blick auf Mikronährstoffe. Bei stillenden Müttern kann sich dies nachteilig auf die aktuelle und zukünftige Gesundheit von Mutter und Kind auswirken. Eine aktuelle klinische Studie untersuchte deshalb, welche Auswirkungen eine erhöhte Mikronährstoffzufuhr mit einem Nahrungsergänzungsmittel in der Stillzeit hat.“[7]

Elevit® 3 erhöht DHA-Gehalt der Muttermilch

Die doppelblinde, randomisierte Studie schloss 70 stillende Frauen im Alter zwischen 18 und 45 Jahren und ihre Säuglinge ein. Die Frauen nahmen ab vier bis sechs Wochen nach der Entbindung über 12 Wochen einmal täglich Placebo oder *Elevit® 3* ein – ein Nahrungsergänzungsmittel, das Lutein, Omega-3-Fettsäuren sowie zahlreiche Vitamine und Mineralstoffe enthält. Primärer Endpunkt der Studie war die Auswirkung der Nährstoffsupplementierung auf den mütterlichen DHA-Status in Blut und Muttermilch. Zu den sekundären Endpunkten gehörten die Auswirkungen weiterer Mikronährstoffe auf den Status in Blut und Milch, das kindliche Wachstum und die Sicherheit des Nahrungsergänzungsmittels.[7]

„Die Ergebnisse der Studie – die demnächst publiziert werden – weisen darauf hin, dass die Einnahme des Supplements die Nährstoffe im Blut erhöht. Das galt u.a. für DHA, EPA und andere Fettsäuren, sowie für Vitamin D, Betacarotin und Lutein“, erklärte Maar und ergänzte: „Erhöhte Spiegel von DHA und Betacarotin ließen sich auch in der Milch der Frauen nachweisen. Die Supplementierung wurde gut toleriert und erscheint sicher.“

Online-Umfrage macht Handlungsbedarf deutlich

Dass es bei (werdenden) Eltern in Deutschland erhebliche Wissenslücken über den Nährstoffbedarf in

Mikronährstoffe in Nahrungsmitteln

- 400 µg Folat: enthalten z.B. in 100 Äpfeln oder 4 Avocados
- 14 mg Eisen: enthalten z.B. in 1.000 g Putenfleisch
- 60 µ Selen: enthalten z.B. in 600 g Haferflocken
- 11 mg Zink: enthalten z.B. in 300 g Erdnüssen
- 200 mg DHA: enthalten z.B. in 100 g Seefisch

Den täglichen Mikronährstoffbedarf alleine über die Ernährung decken – das ist schwerer als gedacht.

Elevit® für die ersten 1.000 Tage im Überblick

<i>Elevit® 1</i> bei Kinderwunsch bis Ende 1. Trimester	<i>Elevit® 2</i> vom 2. Trimester bis Schwangerschaftsende	<i>Elevit® 3</i> während der Stillzeit
Fruchtbarkeit und Schutz	Wachstum und Entwicklung	Versorgung von Mutter und Kind
Zink unterstützt die normale Fruchtbarkeit	DHA unterstützt die Entwicklung des Gehirns und der Augen beim Fötus	Vitamine B ₂ , B ₆ , B ₁₂ und Eisen tragen zur Verminderung von Müdigkeit der Mutter bei
800µ Folat (Folsäure und Metafolin®) senken das Risiko für Neuralrohrdefekte. Metafolin versorgt auch Frauen (ca. 50 %), die Folsäure nur eingeschränkt umwandeln können	Eisen unterstützt die Bildung roter Blutkörperchen und Hämoglobin der Mutter	DHA unterstützt die weitere Entwicklung des Gehirns und der Augen des Säuglings. Vitamin C und Zink unterstützen das Immunsystem

Tab.: *Elevit®* für die ersten 1.000 Tage im Überblick [9]

der Stillphase gibt, zeigt eine globale Online-Befragung mit insgesamt 8.500 Teilnehmern. Während in Brasilien und Mexiko jeweils etwa die Hälfte der Befragten wusste, dass die richtigen Nährstoffe die kognitive und geistige Entwicklung im frühen Kindesalter (0–2 Jahre) unterstützen, wusste dies weniger als ein Drittel der Befragten in Deutschland. Nur 23 % der Teilnehmer hierzulande gaben an, zu wissen, was sie tun müssen, um die richtigen Nährstoffe aufzunehmen (siehe Abb. 2).^{*} Dementsprechend wünschten sich 41 % der Stillenden in Deutschland mehr Informationen zum Thema Nahrungsergänzungsmittel.[8]

Den Status quo gemeinsam verbessern

Um jedem Kind den bestmöglichen Start ins Leben zu ermöglichen, sollten Ärztinnen/Ärzte, Hebammen sowie Apotheker/innen und PTA gemeinsam das Verständnis von (werdenden) Eltern für die Bedeutung der richtigen Ernährung in den ersten 1.000 Tagen schärfen – so der Tenor aller Experten. Maar betonte: „Bei den Vorsorgeuntersuchungen spreche ich das Thema Nährstoffversorgung in der Stillzeit bereits gegen Ende der Schwangerschaft an. Die meisten Frauen nehmen Ratschläge zu einer gesunden Ernährung und zur Einnahme eines Nahrungsergänzungsmittels wie *Elevit®* in der Regel gerne an.“

Für eine bedarfsgerechte Versorgung der Frau während der verschiedenen Phasen der Schwangerschaft und

Stillzeit mit Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen kann die Einnahme von *Elevit® 1, 2* und *3* begleitend zu einer ausgewogenen gesunden Ernährung empfohlen werden.

Das Mikronährstoff-Präparat ist auf die Nährstoffbedürfnisse von Mutter und Kind abgestimmt. *Elevit® 1* wird als Ergänzung ab Kinderwunsch bis Ende des ersten Trimesters empfohlen, *Elevit® 2* ist eine sinnvolle Supplementierung ab der 13. Schwangerschaftswoche und *Elevit® 3* ergänzt die Mikronährstoffversorgung während der Stillzeit. Von *Elevit®* wird eine Kapsel (bei *Elevit® 1* eine Tablette) pro Tag eingenommen, das Präparat ist laktose- und glutenfrei, ohne Schweißgelatine und hat keinen fischigen Nachgeschmack.

Quelle

Elevit®-Experten-Talk vom 63. DGGG-Kongress: „Die ersten 1.000 Tage – Basis für ein gesundes Leben“, München, 08. Oktober 2020; Veranstalter Bayer Vital GmbH

Literatur

- NVS II 2008; www.mri.bund.de/NationaleVerzehrstudie.
- https://ec.europa.eu/food/safety/labelling_nutrition/claims/register/public/?event=register.home.
- Morale SE et al. Early Hum Dev 2005;81:196–203.
- Jensen C et al. J Pediatr 2010;157:900–905.
- Hammond B. Nutrition Reviews 2008;66(12):695–702.
- Vishwanathan R et al. JPGN 2014;59:659–665.
- NCT04462939, clinicaltrials.gov
- Globale Nutrition-Study 2020; Online-Befragung von 8.500 Teilnehmern in 10 Ländern, davon 6.500 Teilnehmer (70 % Frauen, 30 % Männer), die planen, ein Kind zu bekommen, schwanger sind oder stillen (bzw. einen Partner haben, der schwanger ist oder stillt).
- Jessen et al. 2010.

Metafolin® ist eine eingetragene Marke der Merck KGaA, Darmstadt, Germany

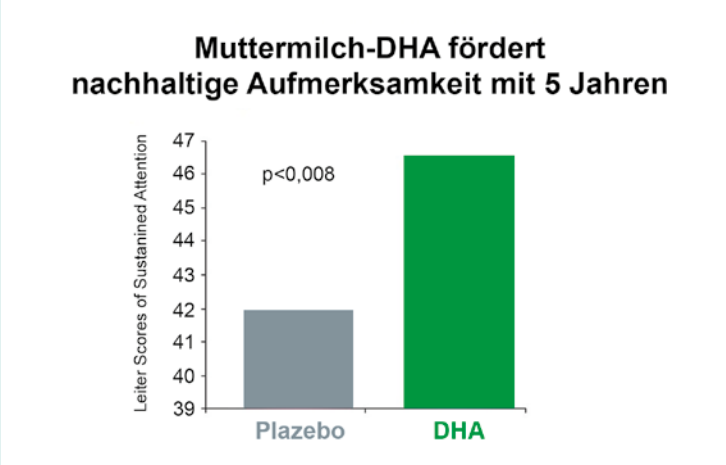


Abb. 1: DHA an Stillende verabreicht kann die nachhaltige Aufmerksamkeit der Kinder im Alter von 5 Jahren fördern.[4] Randomisierte, kontrollierte Studie; 119 Stillende, 200 mg DHA oder Placebo in den ersten 4 Monaten des Stillens; Leitertest mit den Kindern im Alter von 5 Jahren.

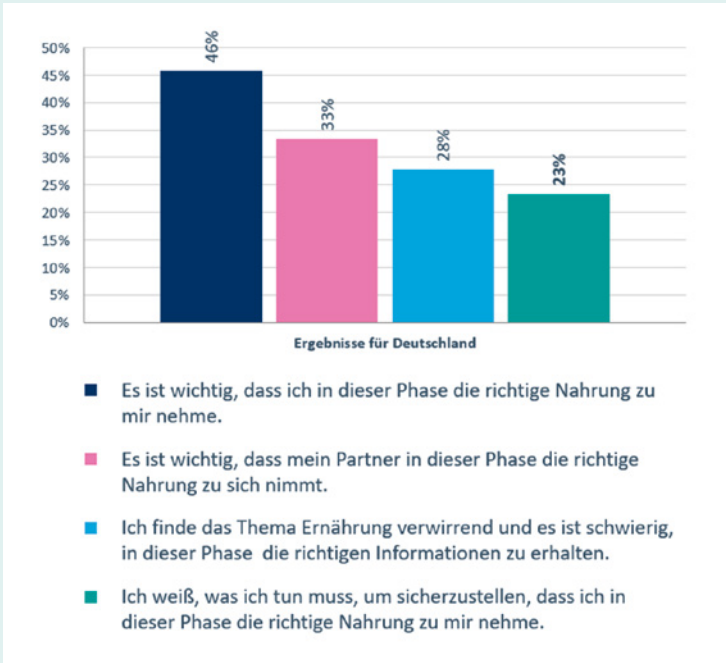


Abb. 2: Stillphase – nur 23 % der Befragten wissen, was sie tun müssen, um die richtigen Nährstoffe zu sich zu nehmen.[4]

^{*} 850 Befragte in Deutschland (70 % Frauen / 30 % Männer), davon 650 Befragte in der Gesamtpopulation, die einen Kinderwunsch haben, schwanger sind oder stillen (bzw. der Partner) zu jeweils mindestens 150 Personen jeder Gruppe.

Arztpraxen und Kliniken in sozialen Netzwerken

Social media – soll ich, oder soll ich nicht?

Viele sind unsicher, wenn es um das Thema Web 2.0 und Social media geht, oder wissen nicht, wie man Facebook und Co. effektiv im Alltag einsetzen kann. Sollte man als ambulant oder klinisch tätiger Frauenarzt, Frauenärztin die Möglichkeit einer Präsenz in einem oder mehreren sozialen Netzwerken nutzen?

Mund-zu-Mund- Propaganda ist ein solides Tool, kostenfrei Stamm-PatientInnen zu halten und neue PatientInnen zu generieren. Allerdings ist der Nutzen oft selbstlimitierend und die Reichweite beschränkt.

Ein wichtiges, wenn nicht das wichtigste Marketingstandbein schlechthin ist mittlerweile die eigene Praxis-/Klinikhompage. Für viele PatientInnen stellt sie den ersten Eindruck von Ihnen und Ihrer Praxis/Klinik dar. Sie können darüber Ihre Schwerpunkte, Räumlichkeiten und Mitarbeiter präsentieren. Allerdings ist die eigene Website meist mit nicht unerheblichen Kosten verbunden (Werbe-/ Marketingagentur, die bei der Erstellung hilft, monatliche Supportkosten).

Bevor man nun einen eigenen Auftritt auf einer Social-media-Plattform eröffnet, sollte man sich über einige Punkte klar werden und sich aktiv dafür oder dagegen entscheiden:

Motivation, Zielgruppe und Engagement klären

Welche Ziele verbinde ich mit so einer Präsenz? Fachliche Wissensvermittlung, eine Art Online-Tagebuch, vor allem Eigenwerbung, oder von allem ein bisschen? Klare Ziele zu definieren hilft, den Auftritt auch langfristig erfolgreich zu betreiben.

Welche Zielgruppe möchte ich ansprechen? Eher PatientInnen zwischen 15–45, 45–65 oder 65+? Je nach Zielgruppe muss ich meine Inhalte, Taktung und

Art der Postings anpassen. Sicherlich ist die Zielgruppe vorwiegend bei jüngeren PatientInnen zu sehen, aber auch immer mehr Menschen höheren Alters sind auf Social-media-Plattformen aktiv. Sprechen Sie Ihre PatientInnen beim nächsten Kontakt auf das Thema an, um ein grobes Meinungsbild zu erhalten.

Wie viel Zeit möchte ich Social media widmen? Bin ich sowie so täglich aufgrund eines privaten Profils auf einer Social-media-Plattform aktiv oder habe ich eher wenig Berührungspunkte? Das Ziel sollte sein, zumindest drei Mal pro Woche, besser täglich, mindestens einen Beitrag zu posten, um in der Beitragsflut der von den PatientInnen abonnierten

Seiten nicht unterzugehen. Emotionale Posts, welche den User hinter die Kulissen blicken lassen, sind erfahrungsgemäß beliebt. Lange Texte ohne Bilder sind hingegen eher eintönig und finden weniger Beachtung.

Mit Kritik umgehen können

Bin ich bereit, negatives Feedback, das auch ungerechtfertigt und beleidigend sein kann, sowohl hinzunehmen als auch darauf zeitnah zu reagieren? Leider rückt das Thema „Shitstorm“ mehr und mehr in den Vordergrund. Die Hemmschwelle, schlichtweg unwahre oder auch beleidigende Behauptungen zu verbreiten, ist in sozialen Netzwerken leider besonders herabgesetzt. Man sollte sich bereits im Vorfeld Handlungsstrategien zurechtlegen, um in einer derartigen Situation souverän reagieren zu können. Hier gilt: Je früher ich mit dem sich beschwerendem User in Kontakt trete und mich zu den Vorwürfen äußere, desto eher kann ich die Anschuldigungen entkräften und weitere negative Posts verhindern.

Insgesamt sind Social-media-Plattformen ein gutes Medium, um PatientInnen enger an die eigene Praxis oder Klinik zu binden. Sie sind kostengünstig und – nach kurzer Eingewöhnungsphase – intuitiv in der Handhabung. Allerdings ist die Pflege einer Präsenz dort zeitintensiv und fordert ein hohes Maß an Aktualität, Kreativität und Kontinuität ein.

Fazit: Eine Präsenz in den sozialen Netzwerken kann ein Baustein der eigenen Werbestrategie sein. Sie ist aufregend, herausfordernd und spannend – notwendig ist sie für die meisten KollegInnen momentan jedoch nicht. An einer attraktiven Praxishompage führt allerdings heutzutage kaum ein Weg vorbei.



Autor

Dr. Maximilian Kohler

Universitätsfrauenklinik
Universitätsklinikum Mannheim
Maximilian.Kohler@umm.de

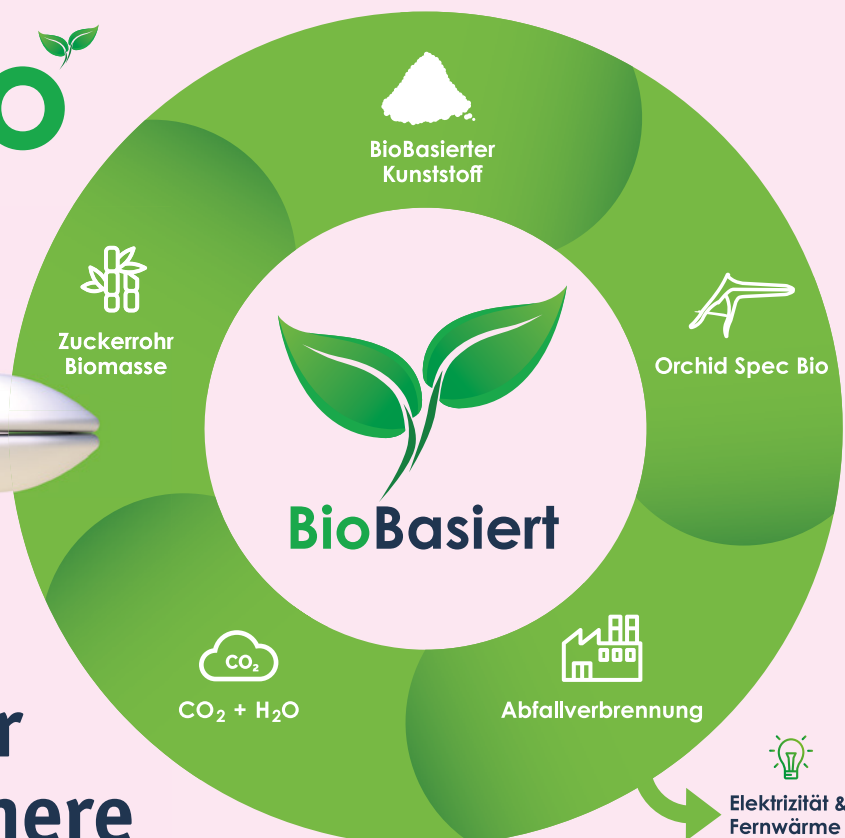
Orchid Spec Bio



reddot design award
winner 2013 & 2016

Die neue Wahl für umweltfreundlichere Gynäkologie

Hergestellt aus dem Restprodukt der Zuckerrohrproduktion. Ermöglicht eine Reduktion des CO₂-Ausstoßes bis zu 75 % im Vergleich zum Sterilisationsprozess von Metall-Spekula oder anderen Einweg-Spekula.



Bridea Medical produziert ein umfangreiches Portfolio an Spekula. 93 % der niederländischen Gynäkologen und auch immer mehr deutsche Gynäkologen verwenden diese bereits.

Sie interessieren sich für unser Bio Spekulum? Kontaktieren Sie uns für weitere Informationen. Tel: 0800 1200 030 (DE) +31209843093 (AT/CH) @: support@brideamedical.com

bridea
medical

www.brideamedical.com

„Hybrid war die richtige Entscheidung“

Interview mit der Kongresspräsidentin
Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt

❓ Frau Professor Schmalfeldt, der 63. DGGG-Kongress liegt hinter uns – welche Themen standen im Vordergrund?

Es war ein außergewöhnlicher Kongress aufgrund der Pandemiebedingungen. Deshalb standen neben dem Inhalt in erster Linie das Format und die Organisation des Kongresses im Vordergrund. Die Teilnehmer konnten live vor Ort in der Messe München bei den Sitzungen dabei sein oder via Internet sich zuschalten. Insgesamt waren es 1.600 Präsenz- und 3.600 Online-Teilnehmer.

❓ Der DGGG2020 war der erste Hybrid-Kongress. Wie lautet Ihr Resümee?

Hybrid war die richtige Entscheidung! Wir haben sehr viel positives Feedback bekommen. Sowohl von den Teilnehmern vor Ort, die sich über den persönlichen Austausch und die Diskussion vor Ort – wenn auch mit Sicherheitsabstand – sehr gefreut haben. Ebenso waren die Online-Teilnehmer froh, aus der Ferne teilnehmen zu können, da einige aufgrund von Reisebeschränkungen nicht kommen konnten oder diese Form des Kongressbesuches per se sehr praktisch fanden.

❓ Das Konzept „Hybrid-kongress“ ist sehr aufwendig, eröffnet aber auch neue Chancen. Ist geplant, Elemente für zukünftige DGGG-Kongresse zu übernehmen?

Auf jeden Fall! Die hohe Teilnehmerzahl von insgesamt 5.200 zeigt, dass dieses Format angenommen wird. Auch außerhalb der Pandemie hindert eine weite Anreise manche Interessierte an der Teilnahme. Darüber hinaus ist im Hinblick auf die Klinik- und Praxisorganisation eine Online-Teilnahme einfacher zu organisieren und ermöglicht die Kongressteilnahme für mehrere Mitarbeiter. Hinzu kommen Umweltaspekte und wirtschaftliche Gründe, wenn auf die An- und Abreise verzichtet werden kann.

Auf der anderen Seite ist die Durchführung des Hybridkongresses mit einem enormen

technischen Aufwand verbunden, um eine reibungslose Zuschaltung und stabile Verbindung für interaktive Diskussion zu ermöglichen und dementsprechend mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Der große Vorteil des Live-streams ist, dass die Sitzungen und Vorträge auch nach dem Kongress noch verfügbar und zeitunabhängig zugänglich sind. Parallele Sitzungen, die aufgrund von Überschneidungen nicht besucht werden konnten, können von den Teilnehmern zu einem anderen Zeitpunkt gesehen werden.

❓ Wie wurde das Hygienekonzept von den Teilnehmern angenommen? Wie war die Stimmung vor Ort?

Ich glaube, alle Teilnehmer haben das Hygienekonzept begrüßt. Überall gab es Desinfektionsmöglichkeiten; es lagen Listen aus – auch in den Ruhebereichen –, in die man sich eintragen konnte, um eine Nachverfolgung zu gewährleisten. Das Personal der Messe München war an allen Stellen präsent, um Desinfektion vorzunehmen und auf die Einhaltung der Abstände zu achten. Die Mund-Nasen-Bedeckungen wurden konsequent getragen. Durch die großzügig vorhandene Raumkapazität und die Overflow-Areale war genügend Platz vorhanden, um Abstände einzuhalten.

Die Stimmung war außerordentlich gut. Die Teilnehmer vor Ort haben sich sehr gefreut, dass ein solches Meeting wieder möglich ist, und haben dies vielfach geäußert. Auch den Angestellten der Messe München war die Freude anzumerken, dass endlich wieder Leben in den Kongresshallen stattfindet.

❓ Hat sich durch das Live-Streaming der Teilnehmerkreis vergrößert, und ist der interkollegiale Austausch auch virtuell gelungen?

Auf jeden Fall! 5.200 Teilnehmer insgesamt, das ist ein Rekord. Man kann sich noch bis zum 31. Oktober anmelden, um die Vorträge und Sitzungen im Livestream zu verfolgen.

Die Diskussionen vor Ort waren angeregt und die Online-Teilnehmer wurden sehr gut eingebunden. Sie konnten Fragen via Chat stellen, und die wurden von den Moderatoren an die Referenten weitergegeben. So hat der Austausch gut funktioniert.

❓ Was für Reaktionen haben Sie bisher von Referenten, Teilnehmern und der Industrie bekommen?

Viel Zustimmung! Viele haben ihre Freude geäußert, dass man sich endlich wieder direkt austauschen kann. Und viele Referenten waren sehr froh, dass sie von zu Hause aus vortragen konnten. Auch viele Online-Teilnehmer haben ihre Freude über das neue Konzept geäußert. In einigen Praxen und Kliniken lief der Livestream, so dass die Mitarbeiter teilnehmen konnten. Die Industrieausstellung war weitläufiger als gewohnt und aufgrund der geringeren Zahl an Präsenzteilnehmern weniger frequentiert. Aber die Interessierten suchten den Austausch, so dass die Industrievertreter sich zufrieden zeigten und eine positive Bilanz gezogen haben. Letztendlich war alle froh, dass die Vor-Ort-Teilnahme überhaupt stattfinden konnte.

❓ Was haben Sie als wissenschaftliche Highlights empfunden?

Wir haben die Tage eine sehr hohe Qualität an wissenschaftlichen Vorträgen gesehen, die die aktuellen Entwicklungen in unserem Fach dargestellt haben. Angefangen von der Prävention mit aktuellen Daten zur HPV-Impfung, dem Stand der neuen Krebsfrüherkennungsuntersuchung, der Ultraschalldiagnostik in der Schwangerenvorsorge, den Möglichkeiten der Fetalchirurgie, um nur einige zu nennen. Neue Substanzen in der Therapie des Mammakarzinoms wurden vorgestellt und das künftige Vorgehen in der Erhaltungstherapie des Ovarialkarzinoms kritisch diskutiert.

Ein echtes Highlight war die Live-Surgery, die ein breites Spektrum an minimal-invasiven und offenen abdominalchirurgischen Eingriffen umfasst hat. Es wurden neue



Prof. Barbara Schmalfeldt, Präsidentin des 63. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2020

Instrumente und optische Systeme vorgestellt.

Wie immer hervorragend besucht waren die endokrinologischen Sitzungen mit Updates zu HRT und Kontrazeption.

Einen sehr guten Überblick über die laufende Forschungsaktivität in Deutschland geben die ePoster, die man in der virtuellen Ausstellung dieses Jahr sehr gut auch im Nachhinein noch besuchen kann.

❓ Welche Aufgaben sehen Sie auf die Frauenmedizin zukommen?

Wir müssen unsere Expertise in den Subspezialisierungen unseres Faches vertiefen und ausbauen, aber dabei unser Fach zusammenhalten und unsere Einigkeit wahren. Wir dürfen keine Teilgebiete an andere Disziplinen abgeben, dies betrifft insbesondere die Mammadiagnostik, die Systemtherapie in der Onkologie und rekonstruktive Eingriffe. Die Rolle des Frauenarztes als Hausarzt der Frau muss weiter gestärkt werden. Und ein großes Thema ist die Nachwuchsgewinnung und die Ausbildung. Wir müssen junge Kolleginnen und Kollegen für unser Fach begeistern und Konzepte für Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter fördern.

❓ Wegen der Corona-Pandemie war es nicht sicher, ob der Kongress als Präsenzveranstaltung stattfinden kann. Wie wären Sie vorgegangen, wenn die Infektionszahlen dies unmöglich gemacht hätten? Wie haben Sie per-

sönlich die Vorbereitungszeit empfunden?

Wir hätten zu jeder Zeit auch auf ein komplettes Online-Format umschwenken können. Wir hatten die Infektionszahlen sehr genau im Blick und waren diesbezüglich in ständigem Kontakt mit den Gesundheitsbehörden der Stadt München. Insgesamt war durch die Unsicherheit der Pandemie die Vorbereitung sehr aufwendig und mit großer Anspannung verbunden und die Kongressorganisatoren haben die Wochen vor dem Kongress rund um die Uhr gearbeitet.

❓ Gibt es noch etwas, das Sie den Kongressteilnehmern mitteilen möchten?

Danke! – dass Sie so positiv mitgewirkt haben und dabei waren!

❓ Last but not least: Möchten Sie jemandem Ihren besonderen Dank aussprechen?

Der Dank geht an alle Referenten, die Arbeitsgemeinschaften, den BVF und die BLFG, die die Sitzungen koordiniert und gestaltet haben, an die Operateure und die Leitung der Live-Surgery, die Industriepartner, die das Konzept mitgetragen haben. Aber vor allem an die Kongressorganisation, die das Konzept immer wieder an die aktuellen Gegebenheiten angepasst hat und die aufwendige Technik möglich gemacht hat, und an alle Mitarbeiter der DGGG-Geschäftsstelle, die am Ende Tag und Nacht gearbeitet haben und hunderte von teils wenig freundlichen Anfragen immer kompetent und freundlich beantwortet haben und das Unmögliche möglich gemacht haben. ■

Sei dir **sicher** – Präzision durch **Wissenschaft**

Als globaler Champion in der Frauengesundheit bietet HOLOGIC seit 1987 Innovationen in den Bereichen Diagnostik, Screening und gynäkologische Chirurgie an. Mit einem leistungsstarken Forschungs- und Entwicklungsprogramm engagieren wir uns für die Gesundheit und Lebensqualität Ihrer Patientinnen.

Die außergewöhnlichen, klinisch erwiesenen Fähigkeiten unserer Produkte verhelfen Ihnen zu besseren Entscheidungen und hervorragenden Resultaten:

DIAGNOSTIK

- ThinPrep® Pap Test:
Zytologische Diagnostik zur Früherkennung des Zervixkarzinoms
- Aptima®- und Panther Fusion®-Assays zum molekular-diagnostischen Nachweis von
 - Sexuell übertragbaren Erkrankungen
 - HPV
 - Viruslasten (HIV, HCV, HBV, CMV)
 - Respiratorischen Erkrankungen
 - Krankenhausinfektionen
- Instrumente zur zytologischen und molekularen Diagnostik

BRUST- & KNOCHENGESUNDHEIT

- **Wegbereiter** in der Senologie vom Brustscreening über die Brustbiopsie bis zur Pathologie
 - 3Dimensions™ Mammografiesystem
 - 3DQuorum™ AI-Technologie
 - Unifi™ Workspace
 - Brevera® Brustbiopsiesystem
 - Affirm™ Prone Brustbiopsiesystem
 - Faxitron™ Präparateradiographie
- **Pioniere** in der Untersuchung der Knochengesundheit
 - Horizon™ DXA System
 - Fluoroscans® InSight™ FD Mini C-Bogen System
- **Vorreiter** in der Scherwellen Elastographie
 - Aixplorer MACH® 30 & MACH® 20

GYNÄKOLOGISCHE CHIRURGIE

- NovaSure® – Endometrium Ablation
- MyoSure® – hysteroskopische Gewebeentfernung
- Fluent® – Flüssigkeitsmanagement **coming soon**
- LOCalizer™ – Lokalisierung von Brustläsionen
- Rapid fFN® – Risikoabschätzung von Frühgeburten

HOLOGIC Deutschland GmbH

Otto-von-Guericke-Ring 15 | 65205 Wiesbaden
+49 6122 7076 0 | germany@hologic.com

HOLOGIC Medicor GmbH

Heinrich-Hertz-Straße 6 | 50170 Kerpen
+49 2273 9808 0 | seidirsicher@hologic.com