

UNSERE ZUKUNFT MIT WISSENSCHAFT
DIE FRAU IM BLICK



PRESSEMAPPE

zum

**66. Kongress
der Deutschen
Gesellschaft für
Gynäkologie und
Geburtshilfe e.V.**





Inhalt

Grußwort des Präsidenten.....	2
Pressekonferenz.....	3
3 Fragen an Jutta Speidel, Festrednerin bei der Eröffnungsveranstaltung	8
Updates aus den Fachbereichen.....	9
Geburtshilfe im Sturm der Reformen.....	9
Wenn Wissenschaft Versorgung trifft - Die Frau im Blick in der Onkologie.....	11
Digitalisierung in der Frauenheilkunde: Was in der Versorgung ankommt.....	13
Urogynäkologie im Wandel – die Frau im Blick	15
Kinder- und Jugendgynäkologie: unverzichtbar für eine qualifizierte Versorgung.....	16
Geburtshilfe im Umbruch: Evidenz, Daten und Strukturen sichern Qualität.....	17
PCOS heißt jetzt PMOS.....	20
Forschung in der Frauenheilkunde neu aufstellen – das MED-NAT-Tandem der Kommission Wissenschaft und Forschung.....	21
Prävention des Zervixkarzinoms im neuen Gewand.....	23
Gynäkologische Infektiologie im Wandel: Mikrobiom, Biofilme und neue Wege der Diagnostik.....	26
Kongresshighlights.....	28
Eröffnungsveranstaltung	28
Verleihung der Ehrenmitgliedschaft	28
Verleihung der korrespondierenden Mitgliedschaft	29
Verleihung der Carl-Kaufmann-Medaille	29
Keynote-Lectures.....	30
Gewaltambulanz bzw. Rechtsmedizin in der Patientinnenbetreuung	30
HRT – Nutzen und Risiken	30
Abschlussveranstaltung	31
DGGG Science Slam	31
Ihr Presseservice.....	31



Grußwort des Präsidenten

Liebe Medienvertretende,

für uns als wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft ist eines zentral: Fortschritt in der Medizin muss bei den Patientinnen ankommen. Das setzt belastbare wissenschaftliche Evidenz voraus, aber ebenso Strukturen, die es ermöglichen, neue Erkenntnisse in der Versorgung umzusetzen. „Unsere Zukunft mit Wissenschaft – Die Frau im Blick“: Unser Kongressmotto ist 2026 zugleich eine klare inhaltliche Botschaft – wir wollen wissenschaftliche Erkenntnisse voranbringen, in die Versorgung übersetzen und Rahmenbedingungen mitgestalten, unter denen moderne Medizin stattfinden kann.



[Zum Programm](#) 

In München sprechen wir über die Gesundheit von Frauen in allen Lebensphasen – über Prävention und Früherkennung, Schwangerschaft und Geburt, gynäkologische Onkologie, hormonelle Veränderungen und reproduktive Gesundheit ebenso wie über Gewalt gegen Frauen und die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft. Dabei geht es aber immer auch um die Frage, wie wissenschaftlicher Fortschritt tatsächlich bei den Patientinnen ankommt. Neue diagnostische Möglichkeiten und innovative Therapien eröffnen große Chancen. Gleichzeitig müssen Versorgungssicherheit, Arzneimittelverfügbarkeit, qualifizierte Weiterbildung und ausreichend Fachkräfte gewährleistet sein. Exzellente Medizin braucht auch verlässliche Strukturen.

Frauengesundheit ist sichtbarer geworden. Das ist eine wichtige Entwicklung. Doch wir brauchen gleichzeitig mehr Forschung und bessere Daten, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, verlässliche Versorgungsstrukturen und eine Gesundheitspolitik, die diese Voraussetzungen langfristig sichert. Als wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft wollen wir uns in diese Debatten einbringen – wissenschaftlich fundiert, sachlich und konstruktiv. Unser Anspruch ist es, nicht nur Entwicklungen zu beschreiben, sondern Lösungen für die zukünftige Versorgung von Frauen mitzugestalten.

Die Frau im Blick zu haben bedeutet für uns: genauer hinzusehen – bei der Forschung, bei der Versorgung, bei der Ausbildung und bei den Strukturen, die wir heute für die medizinische Versorgung von morgen schaffen. Ich freue mich auf den Dialog mit Ihnen. Denn eine fundierte öffentliche Diskussion über Frauengesundheit braucht wissenschaftliche Erkenntnisse, eine klare Einordnung und den Blick auf die Versorgungsrealität.

Ich wünsche Ihnen einen informativen und erkenntnisreichen DGGG-Kongress 2026.

Ihr
Prof Dr. Gert Naumann
DGGG-Präsident



Pressekonferenz

Donnerstag, 22. Oktober, 14:00 bis 15:00 Uhr, Saal 21 a

Treten Sie mit den Fachvertretenden in den direkten Dialog!

Einführung

Prof. Dr. Matthias Beckmann (Erlangen), Kongresspräsident

Forschung in der Frauenheilkunde: Exzellenz braucht eine verlässliche Struktur

Deutschland verfügt über international hervorragend aufgestellte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, leistungsfähige Universitätskliniken und zahlreiche erfolgreiche Forschungsprojekte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Was bislang fehlt, ist eine transparente und dauerhaft erkennbare Gesamtstruktur, die diese Forschungsleistung sichtbar macht, miteinander vernetzt und nachhaltig absichert.



Dabei müssen drei Ebenen unterschieden werden: (1) die Forschung innerhalb der Gynäkologie und Geburtshilfe, (2) die Frauengesundheit und geschlechtersensible Medizin über alle medizinischen Fachgebiete hinweg sowie (3) unsere drei Schwerpunkten, einer davon die Gynäkologischen Onkologie mit ihrer Forschungs- und Versorgungsstruktur. Werden diese Bereiche vermischt, entstehen schnell Zahlen und Vergleiche, die wissenschaftlich nicht belastbar sind.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft weist Gynäkologie und Geburtshilfe als eigenständiges Fach aus. Eine aktuelle, aggregierte Bewilligungssumme ausschließlich für dieses Fach lässt sich aus den öffentlichen DFG-Statistiken jedoch nicht ableiten. Gleichzeitig finden wichtige Forschungsarbeiten zu Gynäkologischer Onkologie, Reproduktionsmedizin, Immunologie, Genetik, Endokrinologie oder Versorgungsforschung in unterschiedlichen Förderstrukturen statt. Das erschwert die Sichtbarkeit der tatsächlichen Forschungsleistung unseres Faches.

Dass die Frauenheilkunde international konkurrenzfähige Spitzenforschung hervorbringt, zeigen beispielsweise die aktuellen DFG-geförderten Verbundprojekte zur mütterlichen Immunaktivierung oder zu geschlechtsspezifischen Immunantworten. Solche Leuchttürme sind wichtig. Sie können jedoch eine übergeordnete Forschungsarchitektur nicht ersetzen. Positiv ist deshalb, dass der Bund die Forschung zu Frauengesundheit und geschlechtersensibler Medizin inzwischen deutlich stärker in den Blick nimmt. Neue Förderprogramme unter anderem zu Endometriose, reproduktiver Gesundheit, Verhütungsforschung, Gender Data und patientinnenzentrierter Versorgung setzen wichtige Impulse. Entscheidend wird sein, aus zeitlich begrenzten Förderprogrammen langfristig tragfähige und nachhaltige Strukturen zu entwickeln.

Das gilt insbesondere für die Universitätsfrauenkliniken. Forschung benötigt nicht nur Projektmittel, sondern auch Forschungszeit, qualifiziertes Personal, Studienkoordination, Daten- und Biobankstrukturen sowie verlässliche Standards. Nur wenn klinische Versorgung



und Forschung organisatorisch zusammengedacht werden, können erfolgreiche Projekte nachhaltig wirken und die notwendige nationale Studienfähigkeit entstehen.

In der Gynäkologischen Onkologie existieren bereits leistungsfähige kooperative Strukturen mit den zertifizierten Krebszentren, den Comprehensive Cancer Centers und dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen. Diese Strukturen sind zentrale Bestandteile der Forschungs- und Versorgungslandschaft, verfolgen jedoch unterschiedliche Aufgaben und langfristigen Finanzierungslogiken. Entscheidend ist daher, die Frauenheilkunde systematisch in die bestehenden nationalen Forschungs- und Dateninfrastrukturen einzubinden und ihre spezifischen Anforderungen sichtbar zu machen.

Unser Ziel muss sein, die vorhandene Exzellenz besser zu vernetzen und dauerhaft abzusichern. Dazu brauchen wir ein transparentes Monitoring von Forschungsförderung, klinischen Studien, Nachwuchs und Infrastruktur in der Frauenheilkunde. Ebenso notwendig sind verlässliche Karrierewege für Clinician Scientists und Midwife Scientists, geschützte Forschungszeiten sowie eine bessere Einbindung der Frauenheilkunde in nationale Forschungs- und Datenstrukturen.

Deutschland hat die wissenschaftliche Exzellenz. Was wir jetzt brauchen, ist eine Forschungsarchitektur in der Frauenheilkunde, die diese Exzellenz dauerhaft sichtbar und wirksam macht. Die neuen Förderprogramme sind ein wichtiger Schritt. Der nächste muss sein, aus Förderung auf Zeit verlässliche Strukturen für Forschung und Innovation in der Frauenheilkunde und Frauengesundheit zu entwickeln. Sonst ist die zukünftige Frauenspezifische Gesundheit nachdrücklich gefährdet.

Prof. Dr. Frauke von Versen (Basel), Co-Kongresspräsidentin

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin im Wandel – die Frau im Blick

Die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin haben sich zu einem dynamischen und zunehmend interdisziplinären Schwerpunkt der Frauenheilkunde entwickelt. Fertilitätsstörungen, Endometriose, hormonelle Erkrankungen und die Gesundheit von Frauen in und nach den Wechseljahren rücken verstärkt in den wissenschaftlichen, gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Fokus. Zugleich wächst das Verständnis, dass reproduktive Gesundheit nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern eng mit metabolischer, kardiovaskulärer und psychischer Gesundheit verbunden ist und Frauen über den gesamten Lebensverlauf betrifft. Drei aktuelle Entwicklungen stehen exemplarisch für diesen Wandel.



PCOS wird PMOS – ein neues Verständnis einer komplexen Erkrankung

Das bisher als Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS) bezeichnete Krankheitsbild heißt künftig Polyendokrines Metabolisches Ovarialsyndrom (PMOS). Die neue Bezeichnung trägt einem veränderten Krankheitsverständnis Rechnung: Statt das Syndrom auf eine vermeintlich primär ovarielle Genese zu reduzieren, lässt sich nun schon im Namen die komplexe endokrinologische und metabolische Multisystemerkrankung erkennen. PMOS geht weit über Zyklusstörungen und Fertilitätsprobleme hinaus und ist unter anderem mit erhöhten metabolischen und kardiovaskulären Risiken sowie psychischen Belastungen verbunden. Auch die Diagnostik hat sich weiterentwickelt: Grundlage bleiben die modifizierten Rotterdam-



Kriterien, wobei das Anti-Müller-Hormon (AMH) bei erwachsenen Frauen unter definierten Voraussetzungen alternativ zur sonografischen Beurteilung der polyzystischen Ovarmorphologie eingesetzt werden kann. Die neue Nomenklatur ist daher mehr als ein Namenswechsel: Sie unterstreicht die Notwendigkeit einer ganzheitlichen und interdisziplinären Versorgung.

Menopause – neue Wege in der nicht-hormonellen Therapie

Auch in der Menopausenmedizin eröffnen sich neue therapeutische Möglichkeiten. Die menopausale Hormontherapie bleibt bei geeigneten Patientinnen die wirksamste Behandlung vasomotorischer Beschwerden. Mit Neurokinin-Rezeptor-Antagonisten steht nun jedoch erstmals eine gezielte nicht-hormonelle Therapie zur Verfügung, die direkt an der zentralen Regulation der Körpertemperatur ansetzt. Der NK3-Rezeptor-Antagonist Fezolinetant und der duale NK1-/NK3-Rezeptor-Antagonist Elinzanetant erweitern damit das Behandlungsspektrum insbesondere für Frauen, die keine Hormontherapie wünschen oder für die diese nicht geeignet ist. Die Entwicklung zeigt beispielhaft, wie ein besseres Verständnis neuroendokriner Mechanismen in neue, zielgerichtete Therapien übersetzt werden kann. Die Aktualität des Themas spiegelt sich auch im Programm des DGGG-Kongresses 2026 wider.

Neue Forschungsförderung – Chance für die reproduktive Frauengesundheit

Parallel zu den klinischen Innovationen erfährt die Frauengesundheit auch gesundheitspolitisch eine neue Aufmerksamkeit. Förderinitiativen des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt sowie des Bundesministeriums für Gesundheit zu Endometriose, Menopause, Kontrazeption und reproduktiver Gesundheit setzen wichtige Impulse, um bestehende Wissenslücken zu schließen und neue Forschungsstrukturen im deutschsprachigen Raum aufzubauen. Dies ist besonders relevant, da die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin trotz ihrer hohen klinischen Bedeutung an vielen Universitätsstandorten bislang nur unzureichend in Klinik, Forschung und Lehre verankert sind. Die aktuellen Förderprogramme bieten die Chance, reproduktive Gesundheit stärker als bisher als integralen Bestandteil der Frauengesundheit zu etablieren und gleichzeitig attraktive klinische und wissenschaftliche Perspektiven für den Nachwuchs zu schaffen.

Fazit

Die aktuellen Entwicklungen in der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin zeigen eine eindeutige Richtung an - weg von der isolierten Betrachtung einzelner reproduktiver Lebensphasen und hin zu einem umfassenden Verständnis von Frauengesundheit über den gesamten Lebensverlauf. Neue Krankheitskonzepte wie PMOS, innovative zielgerichtete Therapien in der Menopause und eine stärkere Forschungsförderung schaffen dafür wichtige Voraussetzungen. Entscheidend wird sein, diese Dynamik nachhaltig in Versorgung, Forschung und Lehre zu überführen und die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin auch strukturell stärker in der universitären Medizin zu verankern. Damit trifft die aktuelle Entwicklung den Kern des DGGG-Kongresses 2026: „Unsere Zukunft mit Wissenschaft – Die Frau im Blick.“

Ko-Autorinnen

PD Dr. med. Maren Goeckenjan
Leiterin Universitäts-Kinderwunschzentrum
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Prof. Dr. med. Katharina Hancke, MBA
Stellvertretende Klinikdirektorin, Leiterin UniFee
Universitätsklinikum Ulm



Prof. Dr. Brigitte Strizek (Bonn), Co-Kongresspräsidentin
Geburtshilfe im Umbruch – was wir jetzt brauchen

Die Geburtshilfe in Deutschland steht aktuell vor einem tiefgreifenden Wandel. Sinkende Geburtenzahlen, Fachkräftemangel und die Neuordnung der Krankenhauslandschaft verändern unsere Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig werden Schwangerschaften und Geburten aufgrund von zunehmend älteren Gebärenden und Begleitkrankheiten wie Adipositas und Diabetes medizinisch komplexer. Zudem steigen die Erwartungen an Sicherheit, Selbstbestimmung und individuelle Betreuung.



Für die Zukunft der Geburtshilfe sehe ich deshalb vier zentrale Aufgaben:

1. Wir brauchen mehr Wissenschaft und verbindliche Standards.

Leitlinien sind das Fundament einer modernen Geburtshilfe. Sie übersetzen wissenschaftliche Evidenz in gemeinsame Handlungsempfehlungen und geben den Teams auch in komplexen und zeitkritischen Situationen Orientierung. Diese Standards müssen mit Weiterbildung, Simulation und Qualitätssicherung verbunden werden. Dazu gehört auch eine bessere Datengrundlage. Deutschland braucht ein nationales klinisches Geburtenregister. Wir müssen systematisch erfassen können, welche Risiken auftreten, welche Interventionen erfolgen und welche Ergebnisse für Mutter und Kind daraus entstehen. Nur so können wir Qualität vergleichen, Versorgungsstrukturen weiterentwickeln und aus unseren Erfahrungen lernen.

2. Wir müssen Nachwuchs für die Geburtshilfe gewinnen und qualifizieren.

Eine sichere Geburtshilfe braucht ausreichend qualifizierte Fachkräfte – und zwar auf allen Ebenen. Weiterbildung, strukturierte Ausbildung und gute interprofessionelle Zusammenarbeit sind deshalb keine Zusatzthemen, sondern eine Voraussetzung für Versorgungssicherheit.

3. Wir müssen die Versorgung auch außerhalb der großen Zentren sichern.

Die Frage ist nicht allein, wie viele Kliniken wir haben, sondern welche Versorgung eine Frau an welchem Ort benötigt und wie schnell sie bei Bedarf das nächsthöhere Versorgungslevel erreicht. Das gilt auch für ambulante Strukturen. Sie müssen sinnvoll mit der klinischen Geburtshilfe verknüpft sein und dürfen nicht zu Versorgungslücken führen.

4. Wir müssen unsere Versorgungsstrukturen neu denken.

Das Leitbild „Alles unter einem Dach“ bietet dafür einen wichtigen Ansatz. Unterschiedliche Versorgungslevel sollten räumlich und organisatorisch so miteinander verbunden sein, dass eine Schwangere entsprechend ihrem individuellen Risiko versorgt werden kann – von der interventionsarmen, hebammengeleiteten Betreuung bis zur hochspezialisierten Perinatalmedizin.

Das bedeutet ausdrücklich nicht, jede Geburt zur Hochrisikogeburt zu machen. Eine physiologische Geburt kann und soll bei geeigneten Voraussetzungen hebammengeleitet begleitet werden. Gleichzeitig kann sich eine zunächst physiologische Geburt innerhalb kürzester Zeit verändern. Dann müssen ärztliche Diagnostik und Therapie unmittelbar verfügbar sein. Interprofessionelle Geburtshilfe bedeutet deshalb nicht die Trennung der Professionen, son-



dern das Zusammenspiel klarer Kompetenzen, gemeinsamer Standards und eines nahtlosen Übergangs zwischen den Versorgungsniveaus.

Wenn wir diese Elemente zusammenbringen – Wissenschaft und Leitlinien, gute Daten, qualifizierte Teams und passende Versorgungsstrukturen –, können wir eine Geburtshilfe gestalten, die gleichzeitig sicher, ressourcengerecht und auf die individuelle Situation der Frau ausgerichtet ist.

Das ist aus meiner Sicht die entscheidende Aufgabe für die kommenden Jahre: eine lernende, risikoadaptierte Geburtshilfe, in der die richtige Frau zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Versorgungsort die richtige Unterstützung erhält.

Prof. Dr. Gert Naumann (Erfurt), DGGG-Präsident

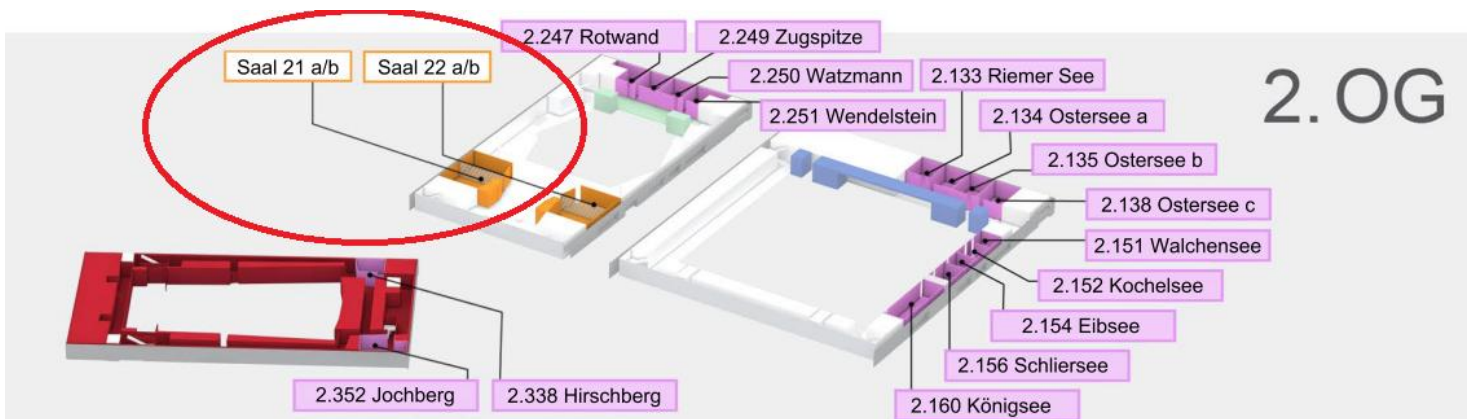
Aktuelle Themen aus der DGGG

Der DGGG-Präsident präsentiert den Mediengästen in der Pressekonferenz aktuelle Themen aus der Fachgesellschaft, darunter:

- GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz
- Entwicklung der Leistungsgruppen
- Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen
- Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs
- Feminisierung in der DGGG



Die **Pressekonferenz** findet im 2. Obergeschoss in Saal 21 a statt (roter Kreis):





Jutta Speidel

Ist eine deutsche Schauspielerin, Autorin, Hörbuch-, Hörspiel- und Synchronsprecherin. Sie gründete 1997 den gemeinnützigen Verein HORIZONT e.V. in München, der sich für wohnungslose Kinder und ihre Mütter engagiert.

Credit: Nils Schwarz

3 Fragen an Jutta Speidel, Festrednerin bei der Eröffnungsveranstaltung

Frau Speidel, Sie engagieren sich seit vielen Jahren für Frauen und ihre Kinder, die in schwierigen Lebenssituationen besonderen Schutz und Unterstützung benötigen. Was verbinden Sie konkret mit „Frauengesundheit“?

Frauengesundheit bedeutet für mich, die individuellen Erfahrungen und Hintergründe von Frauen zu berücksichtigen. Bei HORIZONT habe ich über viele Jahre erlebt, wie schwer es ist, gesund zu werden, wenn man nicht weiß, wo man morgen schlafen wird. Gewalterfahrungen, Traumata und die ständige Sorge um die eigene Existenz hinterlassen Spuren. Seelisch wie körperlich. Deshalb braucht Frauengesundheit für mich immer einen individuellen Blick auf die Frau und ihre aktuelle Lebenssituation.

Bei HORIZONT e.V. erleben Sie unmittelbar, wie stark die Lebenssituation von Frauen ihre Gesundheit beeinflussen kann. Wo sehen Sie hier besondere Bedarfe?

Ich erlebe bei HORIZONT immer wieder, wie viel die Frauen, die zu uns kommen, über lange Zeit getragen haben. Ein Großteil der Frauen, hat sehr schlimme Dinge erlebt und es dauert lange, bis sie sich öffnen können. Oft fehlt auch schlicht die Kraft, sich auch noch um die eigene Gesundheit zu kümmern. Mir ist deshalb besonders wichtig, dass wir traumasensibel arbeiten und Angebote schaffen, die leicht zugänglich sind. In unserem dritten HORIZONT Haus wird deshalb ein eigener Bereich für Trauma, Therapie und Gesundheit eingebunden.

Die DGGG bringt beim Kongress 2026 Wissenschaft, medizinische Versorgungsrealität und die Perspektive auf die Frau zusammen. Was würden Sie Ärztinnen und Ärzten mit auf den Weg geben, wenn es um Frauen geht, deren Lebensumstände besondere gesundheitliche Risiken mit sich bringen?

Zuhören und genau hinschauen. Nicht jede Frau kann beim ersten Gespräch erzählen, was sie erlebt hat

oder wie schwierig ihre Lebenssituation gerade ist. Viele Frauen stellen ihre eigenen Bedürfnisse über lange Zeit hinten an und brauchen Zeit, bis sie Vertrauen fassen und sich öffnen können. Ärztinnen und Ärzte können hier wichtige Vertrauenspersonen sein. Sensibles Nachfragen, sich Zeit nehmen und der Frau das Gefühl geben, wirklich gesehen und ernst genommen zu werden, kann einen großen Unterschied machen.



Mama und Kinder mit Jutta Speidel im HORIZONT-Haus am Domagapark.
Credit: Urs Golling



Updates aus den Fachbereichen

Geburtshilfe im Sturm der Reformen

Die bereits in der vergangenen Legislaturperiode angestoßenen Gesundheitsreformen verändern die ambulante und stationäre Versorgung nachhaltig. Spezialisierung, Ambulantisierung und Zentralisierung sowie Maßnahmen zur Kostendämpfung greifen tief in die Rahmenbedingungen medizinischen Handelns ein. Besonders die Geburtshilfe steht dadurch vor einem grundlegenden Strukturwandel.



Prof. Dr. med. Markus Fleisch
ist Vorsitzender der
Bundesarbeitsgemeinschaft
Leitender Ärztinnen und Ärzte in der
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
e.V. (BLFG) und Direktor der
Landesfrauenklinik am Helios
Universitätsklinikum Wuppertal.

Weniger Kreißsäle, höhere Anforderungen

In den vergangenen Jahrzehnten wurden zahlreiche Kreißsäle geschlossen oder in Perinatalzentren integriert. Neben dem demografischen Wandel sind dafür vor allem wirtschaftliche Rahmenbedingungen und der Fachkräftemangel verantwortlich. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) hat deshalb Empfehlungen für zukünftige Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe veröffentlicht. Ein zentraler Punkt ist die fachärztliche Präsenz in Gynäkologie, Kinderheilkunde und Anästhesiologie rund um die Uhr.

Personalmangel gefährdet Eins-zu-eins-Betreuung

Gleichzeitig steigt die Belastung der Beschäftigten. Wegen des zunehmenden Personalmangels müssen Hebammen häufig mehrere Gebärende gleichzeitig betreuen. Eine individuelle Begleitung wird dadurch erschwert. Internationale Untersuchungen zeigen jedoch, dass eine kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen die Zufriedenheit der Frauen erhöht und die Wahrscheinlichkeit medizinischer Interventionen senken kann. Verlässlich umsetzen lässt sich dieses Betreuungsmodell nur in personell entsprechend ausgestatteten Zentren.

Auch Ärztinnen und Ärzte stehen unter zunehmendem Druck. Geburtshilfe bedeutet hohe Verantwortung und permanente Einsatzbereitschaft. Die Belastung macht das Arbeitsfeld für den Nachwuchs zunehmend unattraktiv. Gleichzeitig entstehen hohe Vorhaltekosten – unabhängig davon, wie viele Geburten tatsächlich stattfinden. Bislang werden diese Kosten nur unzureichend berücksichtigt. Viele Krankenhäuser arbeiten mit Defiziten und sehen sich angesichts des wirtschaftlichen Drucks gezwungen, geburtshilfliche Abteilungen aufzugeben.

Zentralisierung mit Augenmaß

Die Krankenhausreform verfolgt das Ziel, Leistungen stärker zu konzentrieren und gleichzeitig die Qualität zu verbessern. Die Bündelung komplexer Behandlungen kann sinnvoll sein, weil spezialisierte Zentren häufig über bessere personelle und technische Voraussetzungen verfügen. In der Geburtshilfe muss Zentralisierung jedoch mit einer verlässlichen Erreichbarkeit und einer flächendeckenden Versorgung vereinbar sein. Der Zielkonflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und Versorgungsauftrag dürfte sich mit dem Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes zum 1. Januar 2027 weiter verschärfen.

Kaiserschnittrate bleibt Qualitätsindikator

Ein weiterer Diskussionspunkt ist die steigende Kaiserschnittrate. In Deutschland erfolgt inzwischen nahezu jede dritte Geburt per Kaiserschnitt. Medizinisch notwendige Kaiserschnitte sind unverzichtbar und retten Leben. Gleichzeitig weisen Fachgesellschaften und die Weltgesundheitsorganisation darauf hin, dass hohe Interventionsraten nicht automatisch bessere gesundheitliche Ergebnisse bedeuten. Jede Intervention sollte daher sorgfältig medizinisch begründet sein. Insbesondere bei Geburten ab der 37. Schwangerschaftswoche und bei Frauen mit geringem Risiko zeigen sich in kleineren



Einheiten teilweise höhere Interventionsraten. Dies kann auf strukturelle Über- oder Fehlversorgung hindeuten.

Hebammengeleitete Kreißsäle

Das neunte nationale Gesundheitsziel fordert eine evidenzbasierte und interventionsarme Geburtshilfe. Vor diesem Hintergrund werden hebammengeleitete Kreißsäle für Schwangere ohne medizinisches Risiko zunehmend diskutiert. Hebammen betreuen Frauen mit komplikationslosen Schwangerschaften eigenverantwortlich; bei Bedarf steht ärztliche Unterstützung zur Verfügung. Internationale Studien legen nahe, dass dieses Versorgungskonzept sicher und patientenorientiert sein kann.

Auch in Deutschland werden entsprechende Modelle gefördert. Die DGGG fordert dabei eine angemessene personelle und finanzielle Ausstattung der geburtshilflichen und pädiatrischen Strukturen. Zugleich muss die Umsetzung im Hinblick auf eine ausgewogene, evidenzbasierte Aufgabenverteilung zwischen hebammen- und ärztlich geleiteter Geburtshilfe systematisch evaluiert werden. Aus ärztlicher Sicht bleibt die fachärztliche Präsenz bei allen Geburten unverzichtbar. Dies schließt hebammengeleitete Kreißsäle ausdrücklich nicht aus.

Fazit: Reform als Risiko und Chance

Klinische Geburtshilfe ist Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Anders als viele andere Krankenhausleistungen lässt sie sich weder verschieben noch allein nach wirtschaftlichen Kriterien organisieren. Erforderlich ist daher eine Finanzierung, die die notwendige Vorhaltung von Personal und Infrastruktur unabhängig von der schwankenden Zahl der Geburten berücksichtigt.

Ziel muss eine flächendeckende Verbesserung der Versorgungsqualität sein. Ein angemessenes Maß an Zentralisierung ist dafür notwendig. Ebenso wichtig sind bessere Arbeitsbedingungen: angemessene Vergütung, verbindliche Personalstandards, weniger Bürokratie und bessere Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf können dazu beitragen, den Hebammen- und Frauenarztberuf langfristig attraktiver zu machen.

Konzentration und Finanzierung

Die Schließung kleiner Kliniken ist nicht zwangsläufig ein Rückzug aus der Versorgung. Von rund 600 geburtshilflichen Einheiten in Deutschland haben etwa 100 weniger als 500 Geburten pro Jahr. Ihre Konzentration kann vielerorts eine notwendige Investition in Sicherheit und Qualität sein. Gleichzeitig eröffnen neue Versorgungskonzepte – etwa hebammengeleitete Kreißsäle an größeren geburtshilflichen oder pädiatrischen Abteilungen – Chancen für eine qualitative Weiterentwicklung. Entscheidend ist, ob Politik und Gesellschaft bereit sind, Geburtshilfe als unverzichtbare öffentliche Aufgabe anzuerkennen und entsprechend zu finanzieren. Denn jede sichere Geburt ist nicht nur ein medizinischer Erfolg, sondern auch eine Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft.

Sitzungsempfehlung

📍 Freitag, 23. Oktober, 12:00 bis 13:30 Uhr, Saal 3

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



Wenn Wissenschaft Versorgung trifft - Die Frau im Blick in der Onkologie

Wie viel Therapie ist notwendig – und wie wenig ist möglich?

Diese Frage wird die gynäkologische Onkologie in den kommenden Jahren entscheidend prägen. Wissenschaftliche Erkenntnisse, neue Biomarker und innovative Präzisionstherapien verändern zunehmend die Art und Weise, wie Tumorerkrankungen diagnostiziert und behandelt werden. Gleichzeitig eröffnet die moderne Onkologie neue Möglichkeiten, Therapien gezielter einzusetzen, operative Eingriffe zu reduzieren und Patientinnen unnötige Belastungen zu ersparen.

Der DGKG-Kongress 2026 richtet den Blick auf diese Entwicklungen – und auf die Frage, wie aus wissenschaftlichem Fortschritt konkrete Verbesserungen für die einzelne Patientin entstehen.



Prof. Dr. med. Nina Ditsch
ist Vorsitzende der
Arbeitsgemeinschaft
Gynäkologische Onkologie e.V.
(AGO), leitet das Brustzentrum am
Universitätsklinikum Augsburg und
ist dort geschäftsführende
Oberärztin.

Mammakarzinom: Präziser entscheiden, gezielter behandeln

Kaum eine Tumorerkrankung steht so exemplarisch für den Wandel hin zu einer individualisierten Therapie wie das Mammakarzinom. Molekulare Charakterisierung, Biomarker und präzise definierte Subgruppen ermöglichen es, Behandlungen im systemtherapeutischen Bereich immer genauer auf die Biologie des jeweiligen Tumors und das individuelle Rückfallrisiko abzustimmen.



Prof. Dr. med. Bahriye Aktas
ist Direktorin der Klinik und Poliklinik
für Frauenheilkunde am
Universitätsklinikum Leipzig und
langjähriges Beiratsmitglied der
Arbeitsgemeinschaft für ästhetische,
plastische und wiederherstellende
Operationsverfahren in der
Gynäkologie e.V. (AWOGyn).

Gleichzeitig verändert sich das Verständnis davon, was eine ausreichende Therapie ausmacht. Weniger kann mehr sein: Brustchirurgische Konzepte werden zunehmend darauf ausgerichtet, onkologische Sicherheit mit möglichst geringer operativer Belastung zu verbinden. Auch in der Axillachirurgie schreitet die Deeskalation auf Basis zunehmend differenzierter Evidenz voran. Insbesondere deutsche Studien wie INSEMA und AXSANA tragen wesentlich dazu bei, die Notwendigkeit eines routinemäßigen axillären Stagings bei ausgewählten Patientinnen neu zu bewerten.

Die Brustchirurgie wird also zunehmend präziser und neue operative Techniken rücken immer stärker in den Mittelpunkt. Insbesondere die Entfernung der Brust mit gleichzeitigem Wiederaufbau unter Einsatz minimalinvasiver Verfahren – wie beispielsweise endoskopischer Operationstechniken – sowie die Anwendung der roboterassistierten Chirurgie werden derzeit intensiv untersucht.

Im Fokus stehen dabei insbesondere die mögliche Reduktion von Komplikationsraten, eine höhere operative Präzision und eine Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen. Die Effizienz und Sicherheit dieser innovativen Verfahren werden aktuell umfassend geprüft. Die Diskussion über ihren zukünftigen Stellenwert in der Brustchirurgie hat bereits begonnen. Ob und in welchem Umfang diese Methoden langfristig Einzug in den klinischen Alltag finden werden, werden die weitere wissenschaftliche Entwicklung und die zukünftige Evidenz zeigen.

Nebenwirkungen im Blick: Wenn Lebensqualität zum Therapieziel wird

Moderne Onkologie bedeutet nicht nur, Tumoren immer gezielter zu behandeln. Sie bedeutet auch, die Belastungen einer Therapie ernst zu nehmen und Nebenwirkungen möglichst wirksam zu reduzieren. Denn gerade bei längerfristigen oder adjuvanten Behandlungen kann



die Lebensqualität entscheidend dafür sein, wie gut Patientinnen eine Therapie im Alltag bewältigen und langfristig fortführen können.

Ein Beispiel dafür sind vasomotorische Beschwerden wie Hitzewallungen und Nachtschweiß, die insbesondere unter endokrinen Therapien eine erhebliche Belastung darstellen können. Neue therapeutische Ansätze wie Elinzanetant, ein nicht-hormoneller Neurokinin-1/3-Rezeptorantagonist, der als erster auch beim Mammakarzinom zugelassen ist, eröffnen hier neue Perspektiven für das Nebenwirkungsmanagement. Nebenwirkungsmanagement wird damit zu einem integralen Bestandteil moderner Präzisionsmedizin. Nicht nur der Tumor soll möglichst präzise behandelt werden – auch die Therapie soll an den Bedürfnissen und der Lebenssituation der Patientin ausgerichtet werden.

Endometriumkarzinom: Biomarker zwischen Diagnostik und Therapie

Auch beim Endometriumkarzinom gewinnt die molekulare Charakterisierung zunehmend an Bedeutung. Die klassische histopathologische Einteilung wird durch eine differenziertere Betrachtung der Tumorbilogie ergänzt. Spezifische Biomarker ermöglichen eine präzisere Einschätzung der Prognose und unterstützen dabei, die Therapie stärker an den individuellen Eigenschaften des Tumors auszurichten. Damit kann die molekulare Klassifikation dazu beitragen, sowohl eine Über- als auch eine Untertherapie zu vermeiden und Patientinnen gezielter zu behandeln.

Unterschieden werden insbesondere POLE-mutierte Tumoren, Tumoren mit Defekten des DNA-Mismatch-Reparatursystems (dMMR/MSI-H), p53-abnorme Tumoren sowie Tumoren ohne spezifisches molekulares Profil (NSMP). Diese Einteilung bildet die biologische Heterogenität des Endometriumkarzinoms besser ab und ist inzwischen ein wesentlicher Bestandteil der modernen Risikostratifizierung und Therapieplanung.

Vulvakarzinom: Optimale Planung auch bei seltenen Tumoren

Beim Vulvakarzinom treffen die Herausforderungen einer seltenen Tumorerkrankung auf den Anspruch einer zunehmend personalisierten Onkologie. Eine präzise Diagnostik, eine sorgfältige operative Planung und die Frage nach dem individuell angemessenen Umfang der Therapie sind von zentraler Bedeutung. Ziel ist es, die onkologische Sicherheit zu gewährleisten und gleichzeitig Funktionseinschränkungen für die Patientinnen zu vermeiden. Die Behandlung sollte daher die individuellen Voraussetzungen der Patientin ebenso berücksichtigen wie Tumorstadium, Tumorausdehnung und biologische Eigenschaften des Tumors. Gerade bei einer seltenen Erkrankung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung. Die Einbindung gynäkologisch-onkologischer Expertise und die Behandlung in operativ erfahrenen Zentren können dazu beitragen, komplexe Therapieentscheidungen sorgfältig abzuwägen und eine möglichst individuell passende Behandlung inkl. der Rekonstruktion auch bei Rezidiven zu ermöglichen.

Molekulare Vielfalt – individualisierte Therapie

Die Zukunft der gynäkologischen Onkologie wird nicht allein durch neue Medikamente bestimmt. Sie entsteht aus dem Zusammenspiel von molekularer Diagnostik, Biomarkern, Präzisionstherapien und individualisierten operativen Strategien. Dabei verändert sich auch die grundlegende therapeutische Perspektive: Nicht jede Patientin braucht maximale Therapie. Entscheidend ist vielmehr, die richtige Therapie zur richtigen Zeit in der richtigen Intensität einzusetzen.

Der DGGG-Kongress 2026 nimmt diese Entwicklungen in den Blick und verbindet aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse mit der klinischen Frage, die letztlich entscheidend ist: Wie können wir die Behandlung präziser machen – und gleichzeitig die Patientin stärker entlasten?



Unter dem Leitgedanken „Unsere Zukunft mit Wissenschaft – Die Frau im Blick“ lädt der Kongress dazu ein, über etablierte Behandlungspfade hinauszudenken, neue wissenschaftliche Ansätze kennenzulernen und gemeinsam darüber zu diskutieren, wie die Onkologie der Zukunft aussehen kann.

Sitzungsempfehlungen

- 📍 Mittwoch, 21. Oktober, 12:30 bis 13:30 Uhr, Saal 11
Vulvakarzinom – Therapie der fortgeschrittenen Erkrankung
- 📍 Freitag, 23. Oktober, 10:45 bis 11:45 Uhr, Saal 3
Benigne Brusterkrankungen
- 📍 Freitag, 23. Oktober, 12:00 bis 13:30 Uhr, Saal 13
Endometriumkarzinom
- 📍 Samstag, 24. Oktober, 13:00 bis 14:30 Uhr, Saal 5
Innovationen rund um das Thema Brust

Digitalisierung in der Frauenheilkunde: Was in der Versorgung ankommt



Prof. Dr. med. Pia Wülfing
ist Gynäkologin und
Brustkrebsexpertin sowie Gründerin
von PINK! Aktiv gegen Brustkrebs.

Digitalisierung war in unserem Fach lange eher ein „Ankündigungsthema“. In den vergangenen zwei Jahren hat sich das verändert: Seit Oktober 2025 ist die elektronische Patientenakte (ePA) für medizinische Einrichtungen verpflichtend. Zugleich gibt es für einzelne KI-Anwendungen erstmals große Daten aus der Praxis. Entscheidend ist nicht, was technisch möglich erscheint, sondern was Patientinnen nützt und sich in Klinik und Praxis verantwortbar einsetzen lässt. Drei Beispiele zeigen, wie unterschiedlich weit wir dabei sind.

KI im Mammographie-Screening

Die deutsche PRAIM-Studie ist ein wichtiger Praxisbeleg. In zwölf Screening-Einheiten wurden 461.818 Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren von 119 Radiologinnen und Radiologen befundet. Bei KI-gestützter Doppelbefundung lag die modellbereinigte Brustkrebs-Entdeckungsrate bei 6,7 statt 5,7 pro 1.000 Untersuchungen ohne KI. Das entspricht einem relativen Plus von 17,6 Prozent, bei vergleichbarer Wiedereinbestellungsrate. Als unauffällig markierte Bilder wurden innerhalb der KI-Gruppe im Mittel schneller befundet als nicht so markierte Bilder.

Das ist relevant, weil das Screening inzwischen Frauen bis 75 Jahre einschließt. Für 45- bis 49-Jährige ist die Untersuchung seit März 2026 strahlenschutzrechtlich zulässig; die Aufnahme ins Kassen-Screening prüft noch der Gemeinsame Bundesausschuss. Die Studie war allerdings nicht randomisiert; die Befundenden entschieden selbst über den KI-Einsatz. Ob sich auch Intervallkarzinome oder langfristige Behandlungsergebnisse verbessern, lässt sich daraus noch nicht ableiten. KI unterstützt hier die ärztliche Doppelbefundung. Eine automatische Befundung ohne ärztliche Kontrolle wurde in PRAIM nicht klinisch erprobt.

Präzisionsonkologie und molekulare Tumorboards

Seit Juli 2024 läuft das Modellvorhaben Genomsequenzierung nach § 64e SGB V. Es verbindet umfassende molekulare Diagnostik bei bestimmten onkologischen und seltenen Erkrankungen mit einheitlichen Strukturen für klinische und genomische Daten. Für Patientinnen mit fortgeschrittener Krebserkrankung, für die keine etablierte Behandlung mehr zur Verfügung steht, kann das zusätzliche Therapieoptionen erschließen, wenn die



Voraussetzungen des Modellvorhabens erfüllt sind. Die Innovation liegt auch darin, Befunde über Zentren hinweg strukturiert verfügbar und auswertbar zu machen.

Im molekularen Tumorboard treffen solche Daten auf Leitlinien, Studien und den individuellen Krankheitsverlauf. Große Sprachmodelle können bei der Aufbereitung und Suche helfen. Zahlreiche Studien zeigen Übereinstimmungen mit Expertenempfehlungen in bis zu 94%, mit deutlichem Leistungsabfall und "Halluzinationen" bei komplexen Konstellationen; sie belegen noch keine sichere, allgemeine Anwendung im klinischen Alltag. Die Therapieentscheidung bleibt vorerst die Aufgabe des interdisziplinären Teams. Gerade an diesem Beispiel wird deutlich: Gute Datenstrukturen sind Voraussetzung, aber noch kein Ersatz für medizinisches Urteil.

Digitale Gesundheitsanwendungen, Apps und Wearables im Praxisalltag

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), auch „Apps auf Rezept“ genannt, sind für einzelne Diagnosen in der Frauenheilkunde ohne Belastung des Praxisbudgets verordnungsfähig, etwa bei Brustkrebs oder Endometriose. Sie können die Zeit zwischen Arztterminen sinnvoll überbrücken und Patientinnen evidenzbasiert unterstützen: mit Übungen, Symptombdokumentation und Unterstützung beim Selbstmanagement. DiGAs erfüllen sehr hohe Standards im Hinblick auf inhaltliche Qualität, Aktualität, Datenschutz und Datensicherheit. Für die dauerhafte Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis muss der Hersteller einen positiven Versorgungseffekt (= medizinischen Nutzen) in einer vergleichenden Studie belegen; randomisiert-kontrollierte Studien sind dabei der methodische Goldstandard. Im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist erkennbar, welche DiGA für welche Erkrankungen gelistet wurden (diga.bfarm.de).

Patientinnen kommen heute häufig mit eigenen Daten und Antworten in die Sprechstunde: Zykluskurven aus App, Ring oder Uhr, Informationen aus sozialen Medien und zunehmend auch aus Chatbots. Das kann zwar ein guter Einstieg in ein Gespräch über Beschwerden oder Kinderwunsch sein. Ein Zyklustracker liefert jedoch keine Diagnose; aus einer allgemeinen Perioden-App folgt auch keine verlässliche Verhütung. Hinzu kommt, dass Angaben zu Zyklus, Sexualität und Fertilität besonders sensibel sind. Wir sollten deshalb hinterfragen, wie eine Information zustande kam, was ein Gerät tatsächlich misst und welche Daten wohin fließen. Die Aufgabe in Klinik und Praxis ist heute oft weniger, Informationen zu beschaffen, als sie gemeinsam mit der Patientin einzuordnen.

Als Nächstes rücken Sprachassistenten, digitale Kommunikation und KI-gestützte Dokumentation in den Arbeitsalltag. Ob diese Werkzeuge Zeit sparen, Fehler vermeiden und die Versorgung verbessern, muss im realen Einsatz gezeigt werden. Die Diskussion gehört jetzt in unser Fach- mit Patientinnen, Praxen und Kliniken am gemeinsamen Tisch.

Sitzungsempfehlungen

• Donnerstag, 22. Oktober, 12:30 bis 13:30 Uhr, Saal 14 a
Frauenheilkunde 4.0 – Der Weg in die digitale Zukunft

• Freitag, 23. Oktober, 15:00 bis 16:30 Uhr, Saal 14 c
Zyklusmedizin 2.0 – Chancen & Grenzen digitaler Selbstbeobachtung

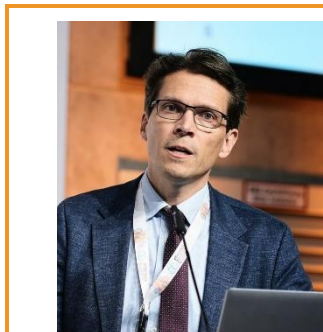
• Samstag, 24. Oktober, 09:45 bis 10:45 Uhr, Saal 14 c
Digitale Praxis – Smarte Tools für einen effizienten Arbeitsalltag

• Samstag, 24. Oktober, 13:00 bis 14:30 Uhr, Saal 3
Smart Data & KI – Digitale Präzisionsmedizin in der Gynäkologie, Onkologie & Geburtshilfe



Urogynäkologie im Wandel – die Frau im Blick

Die Urogynäkologie hat sich in den vergangenen zwei Jahren als eine der dynamischsten Subspezialitäten unseres Faches erwiesen. Beckenbodenfunktionsstörungen betreffen jede dritte Frau im Laufe ihres Lebens – umso mehr freut es mich als Vorsitzenden der AGUB, dass



Prof. Dr. med. Markus Hübner
ist 1. Vorsitzender der
Arbeitsgemeinschaft für
Urogynäkologie und plastische
Beckenbodenrekonstruktion (AGUB)
und Stellvertretender Leiter sowie
Sektionsleitung Urogynäkologie an
der Klinik für Frauenheilkunde am
Universitätsklinikum Freiburg.

wir Ihnen anlässlich des DGGG-Kongresses drei klinisch-wissenschaftliche Entwicklungen präsentieren können, die die Versorgung unserer Patientinnen nachhaltig verändern und verbessern werden.

Aktualisierte S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Descensus genitalis der Frau“

Mit der frisch veröffentlichten S3-Leitlinie zum Descensus genitalis liegt erstmals eine umfassende, evidenzbasierte Grundlage auf S3-Niveau vor, die konservative Optionen (Pessartherapie, lokale Östrogenisierung, spezialisiertes, physiotherapeutisches Beckenbodentraining) und operative Verfahren – einschließlich der differenzierten Indikationsstellung zur simultanen Kontinenzoperation und einer klaren Positionierung zu netzbasierten Techniken – zusammenführt. Das Upgrade auf S3-Niveau hilft allen an der Behandlung Beteiligten, die therapeutischen Optionen besser zu verstehen, evidenzbasiert darüber aufzuklären,

Behandlungspfade überlegt und kritisch auszuwählen und so die Versorgung nachhaltig zu verbessern. Zusammen mit der bereits etablierten S2k-Leitlinie zur Harninkontinenz der Frau verfügen wir damit über ein in sich stimmiges deutschsprachiges Leitlinienpaket, das die AGUB aktiv in Fort- und Weiterbildung überführt.

Prävention und digitale Therapie: peripartale Beckenbodenprotektion und DiGA-Evidenz

Die Beckenbodenprotektion rückt zunehmend in den Fokus. Das IQWiG hat im Rahmen der Bewertung N25-04 die Evidenz zum Beckenbodentraining in der Schwangerschaft zur Prävention prä- und postpartaler Harninkontinenz systematisch aufgearbeitet und einen höheren Nutzen im Vergleich zur alleinigen Standardversorgung darstellen können. Auf diese Weise rücken präventive Aspekte der Beckenbodenprotektion stärker in den Fokus. Erfreulicherweise hat die DGGG in diesem Kontext die Arbeitsgruppe Beckenbodenprotektion ins Leben gerufen, um die Beckenbodengesundheit in einen stärkeren Fokus zu rücken.

Parallel etablieren sich digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) als niedrigschwelliger, evidenzbasierter Zugang zu konservativer Kontinenztherapie – ein Feld, welches Versorgungsengpässe vorübergehend kleiner werden lassen, und so die Zeit bis zur spezialisierten Physiotherapie überbrücken kann, sollte sie erforderlich sein.

Neue Bausteine im operativen und interventionellen Portfolio

Auch das operative Spektrum hat sich messbar erweitert. Gerade in der Urogynäkologie ist die Robotik nicht mehr wegzudenken. Uterus-erhaltende und -entfernende Verfahren stehen leitlinienbasiert zur Verfügung. Der Einsatz von alloplastischen Materialien wird fortwährend weiterentwickelt. Auch klassische, minimal invasive und vaginale OP-Techniken haben einen wichtigen Stellenwert. Ergänzt werden diese Verfahren durch die sakrale oder tibiale Neuromodulation.

Für die klinische Praxis bedeutet das: patientenzentriertere Entscheidungsalgorithmen und eine differenzierte, weniger invasive Therapieplanung.



Ausblick

Die AGUB e.V. wird auf dem diesjährigen Kongress der DGGG genau diese innovativen Aspekte in zahlreichen, auch fachübergreifenden Sessions und Kursen für Sie beleuchten – interprofessionell, evidenzbasiert und mit klarem Fokus auf die Lebensqualität unserer Patientinnen, passend zur Kernaussage des Kongresses: „Unsere Zukunft mit Wissenschaft – Die Frau im Blick“.

Sitzungsempfehlungen

Donnerstag, 22. Oktober, 08:00 bis 09:30 Uhr, Saal 1

Spitzenreferate – Beckenboden, Onkologie & Senologie im klinischen Update

Mittwoch, 21. Oktober, 12:30 bis 13:30 Uhr, Saal 5

Urogynäkologie meets...

Kinder- und Jugendgynäkologie: unverzichtbar für eine qualifizierte Versorgung

Kinder- und Jugendgynäkologie umfasst das breite Spektrum von gynäkologischen und endokrinologischen Auffälligkeiten bei Mädchen und Jugendlichen. Sie ist damit die Schnittstelle zwischen Gynäkologie und Pädiatrie. Somit setzt sich der Vorstand der



Prof. Dr. Patricia G. Oppelt

ist 1. Vorsitzende der AG Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. sowie Stellvertretende Oberärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen.

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. paritätisch aus Gynäkologen und Pädiatern zusammen. Die zwei aufeinander aufbauenden Intensivkurse, das Fortbildungsformat der AG Kinder- und Jugendgynäkologie, erfreut sich so großer Beliebtheit, dass die Kurse meist schon fürs folgende Jahr ausgebucht sind. Dies zeigt 1. fehlendes Wissen über Krankheitsbilder innerhalb des Fachbereiches Gynäkologie, 2. fehlende Ausbildungsmöglichkeiten und 3. große Nachfrage der zu versorgenden Patientinnen. Dennoch werden derzeit in nur noch wenigen universitären Kliniken kinder- und jugendgynäkologische Sprechstunden angeboten, an Versorgungshäusern fehlen sie gänzlich. Ein Bestreben des Vorstandes der AG, den aktuellen Ist-Zustand an Sprechstunden festzustellen, ist an der mangelnden Bereitschaft der Universitätsfrauenkliniken darüber Auskunft zu geben gescheitert. Die abnehmenden Angebote innerhalb der

ausbildenden Kliniken haben Auswirkungen sowohl auf die qualifizierte klinische Versorgung der Patientinnen als auch auf die Nachwuchsförderung im Bereich der studentischen Lehre, der Facharzt- und Schwerpunktausbildung sowie der Wissenschaft. Auch stehen zunehmend weniger Lehrende mit entsprechender Expertise für die Fortbildung außerhalb des Studiums und Facharztausbildung zur Verfügung.

Eine Reputation lässt sich mit Kinder- und Jugendgynäkologie nicht aufbauen oder eine wissenschaftliche, klinische Karriere. Klar ist auch, die Sprechstunden sind häufig defizitär, aufgrund der vergleichsweise geringen Vergütung bei hohem Aufwand ansprechender Medizin – u. a. Erläuterung von häufig komplexen Erkrankungen, Beratung von Hormontherapien und Einflüsse auf die reproduktive Gesundheit etc. Aber muss nicht in der Zeit, in der es zunehmend um finanziell lohnende Patientinnen geht, auch eine gute Versorgung von



seltenen Erkrankungen gewährleistet sein – gerade auch, wenn es um Kinder und Heranwachsende geht?

Wer sich eingehender mit Kinder- und Jugendgynäkologie beschäftigt hat, erfährt dass die Betreuung der Patientinnen und deren Eltern, der Austausch innerhalb der Kinder- und Jugendgynäkologischen ‚Community‘ aber auch der persönliche Wissensgewinn innerhalb der Thematik, hier v.a. der Endokrinologie mehr als lohnend sind und innerhalb des Spezialgebietes vieles mehr als gedacht wissenschaftlich umgesetzt werden kann. Dies zeigt sich u.a. darin, dass die AG an zahlreichen Leitlinien der letzten Jahre beteiligt war z.B. S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie des polyzystischen Ovarsyndroms (PCOS), S2k-Leitlinie nicht-hormonelle Kontrazeption, S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Endometriose oder S2k-Leitlinie Fertilitätserhalt bei onkologischen Erkrankungen.

Die Mitgliederzahl der AG Kinder- und Jugendgynäkologie zeigt großes Interesse – wir sind auf über 700 Mitglieder stolz - und belegt, wie bereichernd das Spezialgebiet Kinder- und Jugendgynäkologie ist.

Sitzungsempfehlungen

📍 Mittwoch, 21. Oktober, 11:15 bis 12:15 Uhr, Saal 4

Kunterbuntes, aber Wissenswertes aus der Kinder- und Jugendgynäkologie

Geburtshilfe im Umbruch: Evidenz, Daten und Strukturen sichern Qualität

Die Geburtshilfe und Pränatalmedizin stehen 2026 im Zentrum tiefgreifender Veränderungen. Sinkende Geburtenzahlen, Klinikschließungen, Fachkräftemangel und die Neuordnung der Krankenhauslandschaft treffen auf komplexere maternale Risikoprofile und hohe Erwartungen an Sicherheit, Selbstbestimmung und individuelle Betreuung.



Univ.-Prof. Dr. med. Tanja Groten
ist 1. Vorsitzende der AG für
Geburtshilfe und Pränatalmedizin in
der DGGG e.V. und Direktorin der
Klinik und Poliklinik für
Geburtsmedizin am
Universitätsklinikum Köln.

In dieser Situation braucht Geburtshilfe eine klare fachliche Orientierung und klare Verantwortung. Die AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e.V. (AGG) steht für eine wissenschaftsbasierte, qualitätsgesicherte, interprofessionelle und ärztlich verantwortete Geburtshilfe. Sie hält es für einen Irrweg, aus der berechtigten Stärkung der physiologischen Geburt eine strukturelle Herausnahme ärztlicher Kompetenz abzuleiten. Physiologische Geburten können bei geeigneten Voraussetzungen hebammengeleitet betreut werden; zugleich kann sich aus jeder zunächst physiologischen Geburtssituation innerhalb kurzer Zeit eine pathologische Situation entwickeln, die sofortige ärztliche Diagnostik und Therapie erfordert.

Deshalb muss ärztliche geburtshilfliche Kompetenz jederzeit unmittelbar verfügbar sein und die klinische Geburtshilfe in eine ärztlich verantwortete Gesamtstruktur eingebettet bleiben. Interprofessionelle Geburtshilfe bedeutet für die AGG nicht die Trennung der Professionen, sondern klare Kompetenzen, gemeinsame Standards und einen jederzeit nahtlosen Übergang zwischen den Versorgungsniveaus.



Die vergangenen zwei Jahre zeigen dabei drei Entwicklungen besonders deutlich.

1. Leitlinien sind das Fundament einer verlässlichen Geburtshilfe

Leitlinien bilden den zentralen wissenschaftlichen Sockel moderner Geburtshilfe. Sie übersetzen wissenschaftliche Evidenz in konkrete Handlungsempfehlungen, schaffen gemeinsame, multiprofessionelle Standards und geben klinischen Teams Orientierung auch in komplexen und zeitkritischen Situationen.

In den letzten Jahren war die AGG an zahlreichen neu erstellten oder überarbeiteten Leitlinien beteiligt und veröffentlichte zusätzlich Stellungnahmen zu aktuellen klinischen Fragestellungen. Diese Arbeit wird konsequent ausgebaut. Mehr aktuelle Leitlinien, klarere Standards und eine stärkere Verzahnung mit Qualitätssicherung, Weiterbildung und klinischen Behandlungspfaden sind Voraussetzung für eine sichere Versorgung.

Leitlinien ersetzen dabei allerdings weder klinische Erfahrung noch individuelle Entscheidungen. Sie schaffen vielmehr den belastbaren Rahmen, innerhalb dessen beides auf hohem fachlichem Niveau stattfinden kann.

Aus diesem wissenschaftlichen Fundament entstehen standardisierte Prozesse für fetale Überwachung, Frühgeburtsprävention, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, operative Geburtshilfe, geburtshilfliche Notfälle und viele weitere Bereiche.

Je komplexer Versorgung wird und je knapper personelle Ressourcen werden, desto wichtiger ist ein gemeinsamer evidenzbasierter Standard.

2. Deutschland braucht ein klinisches Geburtenregister

Die AGG hat in den vergangenen Jahren mehrere Register- und Forschungsprojekte initiiert oder unterstützt, unter anderem zur Cerclage, zu intrauterinen Fruchttodesfällen bei Diabetes, zu Schwangerschaften nach bariatrischer Chirurgie und zu Mehrlingsgeburten. Gleichzeitig wurde ein Wissenschaftsnetzwerk zur Förderung geburtshilflicher Forschungsprojekte aufgebaut. Jetzt muss der nächste Schritt folgen.

Geburtshilfliche Daten dürfen nicht länger überwiegend in getrennten Systemen verbleiben. Maternale, geburtshilfliche und neonatologische Daten müssen so miteinander verbunden werden, dass Risiken, Interventionen und Outcomes systematisch ausgewertet werden können.

Nur auf dieser Grundlage lassen sich seltene schwere Ereignisse zuverlässig analysieren, Versorgungsstrukturen vergleichen, Qualitätsindikatoren weiterentwickeln und Leitlinien auf ihre tatsächliche Wirkung überprüfen.

Ein nationales Geburtenregister ist deshalb einerseits ein Forschungsinstrument, andererseits ein Instrument der Patientensicherheit, der Qualitätssicherung und der Public Health.

Deutschland muss international wieder stärker in der geburtshilflichen Versorgungsforschung sichtbar werden und sich mit Ländern vergleichen können, die bereits über leistungsfähige nationale Datenstrukturen verfügen. Für eine "lernende Geburtshilfe" braucht es eine gemeinsame, belastbare Datengrundlage.



Hon.-Prof. Dr. med. Holger Maul
ist 2. Vorsitzender der AG für
Geburtshilfe und Pränatalmedizin in
der DGGG e.V. sowie Chefarzt für
Geburtshilfe und Pränatalmedizin an
den Asklepios Kliniken Hamburg.



3. Patientensicherheit durch „alles unter einem Dach“: richtige Allokation zum richtigen Versorgungslevel

Patientensicherheit bedeutet nicht, jede Schwangere auf dem höchsten medizinischen Ressourcenlevel zu versorgen. Sie bedeutet, für jede Frau jederzeit genau das Versorgungsniveau verfügbar zu halten, dass sie aufgrund ihres aktuellen Risikoprofils benötigt. Die zentrale Frage lautet deshalb: Wer braucht wann welches Level?

Die AGG befürwortet ausdrücklich das Konzept „alles unter einem Dach“: unterschiedliche geburtshilfliche Versorgungslevel sollen räumlich und organisatorisch so miteinander verbunden sein, dass ein Upstaging oder Downstaging jederzeit ohne Versorgungsbruch möglich ist.

Zentralisierung bedeutet deshalb nicht, jede Geburt zur Hochrisikogeburt zu machen. Zentralisierung bedeutet, unterschiedliche Versorgungsangebote so zusammenzuführen, so dass jeder Schwangeren jederzeit und unmittelbar die für sie notwendigen Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen.

Diese Position ist bereits in der gemeinsamen Fachempfehlung „Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland“ von DGGG, AGG und BLFG angelegt. Dort wird als Zielbild beschrieben, alle Versorgungslevel innerhalb einer Frauenklinik zusammenzuführen. Schwangere ohne Risiko und Hochrisikopatientinnen können so immer zuverlässig in einer entsprechend qualifizierten Einheit versorgt werden. Damit reicht das Angebot – abgestimmt auf das individuelle Risikoprofil – von einer interventionsarmen, hebammengeleiteten Betreuung bis zur hochspezialisierten Perinatalmedizin.

Dieses Modell verbindet Selbstbestimmung, Ressourceneffizienz und Sicherheit. Ein hebammengeleitetes Angebot für physiologische Geburten ist innerhalb einer solchen Struktur sinnvoll und ausdrücklich möglich. Ein Irrweg wäre dagegen, daraus eine organisatorische Entkopplung von der ärztlichen Geburtshilfe abzuleiten. Gerade weil der Übergang von Physiologie zu Pathologie unvorhersehbar und innerhalb von Minuten erfolgen kann, müssen ärztliche Kompetenz und Notfallressourcen Teil derselben klinischen Struktur sein.

Zu dieser Struktur gehören zudem verbindliche Leitlinien, qualifizierte Teams, strukturierte Weiterbildung, Simulation geburtshilflicher Notfälle und klare interprofessionelle Kommunikation. Die AGG verbindet diese Ebenen miteinander: Leitlinien definieren den Standard, Weiterbildung und Simulation machen ihn im Team beherrschbar, die gemeinsame Versorgungsstruktur ermöglicht die richtige Allokation und Registerdaten zeigen, ob das System tatsächlich bessere Ergebnisse für Mutter und Kind erzielt.

Referenz: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin (AGG) und Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (BLFG): Fachempfehlung „Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland“, März 2023.

Fazit

Die Geburtshilfe der kommenden Jahre braucht ein zusammenhängendes System aus Evidenz, Standards, Daten, qualifizierten Teams und eine Versorgungsstruktur, die unterschiedliche Risikolevel gemeinsam versorgt. Die AGG übernimmt dabei eine zentrale Rolle: Sie bündelt wissenschaftliche Expertise, schafft mit Leitlinien den fachlichen Sockel, treibt Forschung und Registerstrukturen voran, fördert Weiterbildung und Simulation und setzt sich für eine klinische Geburtshilfe ein, in der physiologische Betreuung und hochspezialisierte Perinatalmedizin unter einem Dach organisiert sind.

Patientensicherheit und Selbstbestimmung sind keine Gegensätze. Ebenso wenig sind physiologische und ärztlich verantwortete Geburtshilfe Gegensätze. Gute Strukturen



ermöglichen eine interventionsarme, hebammengeleitete Betreuung, solange der Verlauf physiologisch ist, und stellen gleichzeitig sicher, dass beim Übergang zur Pathologie ohne Zeitverlust ärztliche Kompetenz und die notwendigen Ressourcen verfügbar sind.

Das Ziel ist eine lernende, risikoadaptierte Geburtshilfe: Leitlinien als Fundament, Registerdaten als Rückkopplung, Teamkompetenz als Umsetzung und alle Versorgungslevel unter einem Dach als Struktur. So werden Qualität, Ressourceneffizienz und Sicherheit gemeinsam organisiert – für jede Schwangere auf dem jeweils richtigen Versorgungslevel.

Sitzungsempfehlungen

• Mittwoch, 21. Oktober, 17:45 bis 19:15 Uhr, Saal 13
Mütterliche Erkrankungen bei Schwangerschaft und Geburt

• Donnerstag, 22. Oktober, 12:30 bis 13:30 Uhr, Saal 1
Spitzenreferate – Pränatalmedizin & Geburtshilfe

• Samstag, 24. Oktober, 08:30 bis 09:30 Uhr, Saal 13
Mortalität im Kreißsaal

PCOS heißt jetzt PMOS



Prof. Dr. Katharina Hancke

ist Stellvertretende
Klinikdirektorin am
Universitätsklinikum Ulm und
leitet dort das Kinderwunsch- und
Hormonzentrum UniFee.

PCOS heißt jetzt PMOS – das Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome. Der neue Name ist eine Entwicklung in die richtige Richtung. Allerdings heißt dies nicht, dass es ein neues Etikett für eine „alte“ Story gibt, sondern dass diese ganzheitliche Sichtweise im klinischen Alltag sichtbar gemacht wird und dadurch möglicherweise auch aktiv gelebt werden kann. Der bisherige Begriff betonte das Vorliegen pathologischer Ovarialzysten, was einerseits nicht korrekt ist und andererseits einen rein gynäkologischen Fokus legt, statt die bei einem Großteil der Patientinnen vorhandenen assoziierten Erkrankungen einzuschließen.

Der globale Konsens zur Umbenennung (Teede et al., Lancet. 2026 Jun 6;407(10545):2329-2339. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00717-8) lenkt den Fokus nun

gezielt vom rein ovariellen Geschehen hin zu einer komplexen, multisystemischen Erkrankung. Das „P“ steht statt für polyzystisch nun für polyendokrin, ergänzt durch das „M“ für metabolisch. Wie in der internationalen Leitlinie von 2023 und der deutschen S2k-Leitlinie zum PCOS (2025) bereits gefordert, ist dieses Syndrom eine endokrinologische Erkrankung, die viele Bereiche des Stoffwechsels betrifft und eben nicht nur von den Ovarien ausgeht. Trotz neuer Benennung gilt, dass die Diagnostik gleichbleibt und die modifizierten Rotterdam-Kriterien angewendet werden sollen. Die deutsche Leitlinie bietet dafür einen evidenzbasierten Handlungsrahmen, um sowohl Überdiagnosen als auch Unterversorgungen zu vermeiden. Seit der Publikation der internationalen und deutschen Leitlinie ist das Anti-Müller-Hormon (AMH) als zusätzlicher Parameter in die Rotterdam-Kriterien integriert worden. Auch wenn wir schon lange wissen, dass der Großteil der Frauen mit diagnostiziertem PMOS ein drei- bis fünffach erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes, ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko und somit für ein metabolisches Syndrom haben, verdeutlichen die



neuen Leitlinien die Dringlichkeit der Prävention. Unbehandelte Verläufe bergen zudem erhöhte Risiken für Endometriumkarzinome sowie ernstzunehmende psychische Belastungen wie Depressionen und Angsterkrankungen.

Frauen mit PCOS/PMOS gehören somit nicht nur in gynäkologische Hände, sondern sollten interdisziplinär behandelt werden. Wichtig ist die enge Kooperation von uns Gynäkologen und Gynäkologinnen mit Kollegen und Kolleginnen der Endokrinologie, der Dermatologie, der Ernährungsmedizin und der Psychosomatik. Die interdisziplinäre Herangehensweise und die Behandlung rücken durch die Betonung in dem neuen Namen erfreulicherweise in den Vordergrund.

Dies wird in der Kongress-Sitzung „PMOS 360°“ auf dem diesjährigen DGGG-Kongress in München eindrucksvoll unterstrichen. Um der Komplexität des PCOS/PMOS wissenschaftlich und klinisch gerecht zu werden, berichten in dieser Session neben gynäkologischen Expertinnen auch internistische und kinderärztliche Endokrinologinnen aus ihrer Praxis. Erfahren Sie, wie Sie die aktuellen Leitlinienempfehlungen, die Diagnostik und die neue Nomenklatur gewinnbringend in Ihren Praxis- und Klinikalltag integrieren können. Wir laden Sie herzlich ein, Teil dieser spannenden und hochaktuellen Debatte zu werden. Besuchen Sie unsere interaktive Session und lassen Sie uns gemeinsam diskutieren, wie wir die Versorgung von Frauen mit PCOS/PMOS fachübergreifend verbessern können – wir freuen uns sehr auf Ihr Kommen!

Sitzungsempfehlung

📍 Donnerstag, 22. Oktober, 15:30 bis 17:00 Uhr, Saal 3
PMOS 360°

Forschung in der Frauenheilkunde neu aufstellen – das MED-NAT-Tandem der Kommission Wissenschaft und Forschung



Prof. Dr. Martin Weiss

ist Ärztlicher Koordinator der Kommission Wissenschaft und Forschung in Gynäkologie und Geburtshilfe und Oberarzt am Universitätsklinikum Tübingen.

Frauengesundheit rückt gesundheitspolitisch so stark in den Fokus wie selten zuvor: Das Wissenschaftsjahr 2026 setzt einen ausdrücklichen Schwerpunkt auf geschlechtersensible Medizin, und neue Förderinitiativen des Bundes adressieren gezielt Wissenslücken in der Frauenheilkunde. Damit diese Aufmerksamkeit in belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse mündet, braucht es tragfähige Forschungsstrukturen im Fach selbst. Genau hier setzt die in der laufenden Legislaturperiode neu konstituierte Kommission Wissenschaft und Forschung in Gynäkologie und Geburtshilfe an – als zentrales Gremium der DGGG zur Förderung präklinischer und translationaler Forschung und als wissenschaftliches Sprachrohr des Fachs gegenüber Öffentlichkeit und Politik.



Ausgangssituation: solide, aber nicht spitze

Ausgangspunkt der Kommissionsarbeit war eine gemeinsam mit dem IGES-Institut erarbeitete bibliometrische Analyse zur Publikationssituation, Drittmittelakquise und Demografie wissenschaftlich tätiger Ärztinnen und Ärzte in der deutschen Frauenheilkunde (Häussler et al., Geburtsh Frauenheilkd 2024; 84: 346–356). Im Vergleich mit Urologie und Unfallchirurgie sowie international gegenüber Frankreich, Großbritannien und den USA schneidet die deutsche Gynäkologie und Geburtshilfe zwar nicht schlecht ab, bleibt aber eher durchschnittlich. Die Analyse benennt zugleich klare Stellschrauben. Forschungsleistung wächst mit der Größe und Struktur einer Einrichtung, mit der Präsenz erfahrener Senior-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler sowie mit internationaler Vernetzung.



PD Dr. Dr. Matthias B. Stope

ist Naturwissenschaftlicher Koordinator der Kommission Wissenschaft und Forschung in Gynäkologie und Geburtshilfe und ist am Universitätsklinikum Tübingen tätig.

MED-NAT-Tandems: KlinikerInnen und NaturwissenschaftlerInnen als Gespann

Zentrales Strukturelement der Kommission sind die MED-NAT-Tandems. Jedes Tandem besteht aus einem klinisch-ärztlichen und einem experimentell-naturwissenschaftlichen Part – ein Prinzip, das sich von der Koordinationsebene bis in die Vertretungen der neun DGGG-Arbeitsgemeinschaften im Beirat der Kommission abbildet. Die enge Verzahnung von klinischen Fragestellungen und Grundlagenforschung erhöht Neuartigkeit und Qualität von Forschungsansätzen, verbessert die Publikations- und Förderfähigkeit und macht experimentelle Forschung in der Frauenheilkunde sichtbarer. Sie schafft zugleich Bewusstsein dafür, dass Life Science eine tragende Rolle in der modernen gynäkologischen Forschung spielt – und dass es dafür attraktive Arbeits- und Karrierebedingungen für Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftler braucht.

Strukturelle Ungleichheit abbauen

Die bibliometrische Analyse legt ein weiteres strukturelles Problem offen. Hohe Dienstbelastung und familiäre Aufgaben wirken sich negativ auf die Publikationsleistung aus – und treffen Ärztinnen in besonderem Maße. Die geringere Pro-Kopf-Publikationsleistung von Assistenz-, Fach- und Oberärztinnen gegenüber männlichen Kollegen ist kein individuelles, sondern ein strukturelles Problem. Erst auf Ebene der Klinikdirektorinnen und -direktoren verschwindet dieser Unterschied. Diese Herausforderungen sichtbar zu machen und Ungerechtigkeiten gezielt abzubauen, ist erklärtes Ziel der Kommission. Strukturierte Karrierepläne, Stipendien, Mentoringprogramme und familienfreundliche Rahmenbedingungen für Forschungstätigkeit sind dabei keine Randthemen, sondern Voraussetzung dafür, das wissenschaftliche Potenzial des Fachs auszuschöpfen.

Vom Konzept in die Praxis

Die Kommission setzt ihre Erkenntnisse bereits in konkrete Maßnahmen um. Erstmals ist die präklinisch-translationale Forschung beim DGGG-Kongress mit zwei eigenen wissenschaftlichen Sitzungen vertreten, in denen wissenschaftliche Konzepte der Frauengesundheit im Format gemeinsamer MED-NAT-Tandem-Vorträge präsentiert werden. Als Pilotprojekt läuft eine standortübergreifende Promotionsbetreuung zwischen Tübingen und Bonn, die das Tandem-Prinzip in der Nachwuchsförderung erprobt. Mit dem Projekt CuReTOGynOb (Current Research Topics in Gynecology and Obstetrics) entsteht eine thematische Forschungslandkarte zur systematischen Identifikation künftiger



Forschungsfelder, und in Kooperation mit der DAGG wird ein strukturiertes Kursprogramm aufgebaut, das dem Nachwuchs Kompetenzen von der Drittmittelakquise bis zur Karriereplanung vermittelt.

Fazit

Exzellente Forschung in der Frauenheilkunde entsteht nicht aus einzelnen Projekten, sondern aus Strukturen, die klinische Fragestellungen und experimentelle Expertise systematisch zusammenführen. Das MED-NAT-Tandem ist dafür ein einfaches, aber wirksames Prinzip über Standorte, Disziplinen und Karrierestufen hinweg. Wenn es gelingt, die aktuelle gesundheitspolitische Aufmerksamkeit für Frauengesundheit mit belastbaren Forschungsstrukturen und gleichberechtigten Karrierebedingungen zu unterlegen, wird aus einem Momentum eine dauerhaft positive Entwicklung. Damit trifft die Arbeit der Kommission den Kern des DGKG-Kongresses 2026: „Unsere Zukunft mit Wissenschaft – Die Frau im Blick.“

Sitzungsempfehlungen

- Freitag, 23. Oktober, 12:00 bis 13:30 Uhr, Saal 14 b
Get-Together der Kommission Wissenschaft und Forschung
- Freitag, 23. Oktober, 15:00 bis 16:30 Uhr, Saal 3
Konzepte aus der präklinischen Forschung
- Samstag, 24. Oktober, 08:00 bis 09:30 Uhr, Saal 11
Experimentelle Nachwuchsforschung

Prävention des Zervixkarzinoms im neuen Gewand



Prof. Dr. Klaus Neis

Zytologie und
Molekularbiologie, Frauenärzte
am Staden, Saarbrücken.

Die tiefgreifenden Veränderungen und Effekte der HPV Impfung und der organisierten Krebs-Früh-Erkennungs-Richtlinie, oKFE-RL.

Voraussetzung für die Entstehung eines Zervixkarzinoms ist in über 90 % eine persistierende HPV Infektion welche über Vorstufen, insbesondere die CIN 3 (Cervikale Intraepitheliale Neoplasie Grad 3) mit einer Latenz von 10-20 Jahren in ein invasives Karzinom übergehen kann. (1)

Das Ziel der 1971 implementierten zytologischen Krebsvorsorge war die rechtzeitige Entdeckung der CIN 3, welche operativ durch einen kleinen Eingriff entfernt wird. Hierdurch konnte die Zahl der invasiven Karzinome in Deutschland um 75% gesenkt werden. (2) Diese „opportunistische“ Krebsvorsorge wurde 2020 in eine „organisierte“ Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (oKFE-RL) überführt. (3).

Neu ist, dass seither Frauen ab 35 statt der jährlichen Zytodiagnostik eine Kombinationsuntersuchung aus Zytologie und HPV-test (Ko-test) im 3jährigen Intervall angeboten wird. Durch die Einführung eines stringenten Algorithmus werden jetzt nicht nur Frauen mit auffälligen zytologischen Befunden sondern auch solche mit einer persistierenden HPV Infektion und einem damit verbundenen erhöhten Erkrankungsrisiko entdeckt und können durch eine Kolposkopie gezielt abgeklärt werden. Bei Vorliegen einer CIN3 wird die Läsion wie bisher operativ entfernt, bei allen anderen Frauen mit aktuell nicht therapiebedürftigen Befunden erfolgt zusätzlich eine strukturierte engmaschige Nachbetreuung, um einen Progress frühzeitig zu erkennen. (4)



Bereits 2007 wurde in Deutschland die HPV Impfung eingeführt. Hierdurch wird die Entstehung eines Karzinoms schon im Ursprung verhindert. Zunächst wurden nur Mädchen geimpft, seit 2018 gilt dies auch für Knaben (5, 6).

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine frühzeitige zweimalige Impfung im Alter von 9-14 Jahren, da in diesem Alter mit 88% eine deutlich höhere Immunitätsrate induziert wird als zu jedem späteren Zeitpunkt. (5,6) Die WHO fordert weltweit eine Impfquote von 90% bis 2030. In Deutschland sind 2025 im Referenzalter von 15 Jahren lediglich 54% der Mädchen mit 2 Dosen vollständig, und 68% zumindest einmal geimpft, die analogen Zahlen bei Knaben liegen bei 30 und 49%. (5, 6)

Letztendlich wird eine Herdenimmunität angestrebt, welche wahrscheinlich bei einer Impfquote zwischen 75% und 85% liegt (7). Diese wird bei Realisierung des WHO-Zieles von 90% in jedem Fall erreicht.

Die ältesten 2007 geimpften Mädchen sind 2025/2026 35 Jahre alt und treten aktuell in das Ko-testing ein. Mit Spannung erwarten wir, in wie weit sich die beiden Effekte zukünftig überschneiden.

Ergebnisse

oKFE-RL

Beeindruckend war in der ersten Runde die unerwartet hohe Fallzahl zusätzlich entdeckter CIN3-Fälle, insbesondere bei zytologisch unauffälligen oder niedrig gradigen Veränderungen. (8). In wie weit hierdurch zukünftig die Entstehung invasiver Karzinome verhindert wird, ist derzeit noch nicht abschließend beurteilbar.

Zunächst ist diese Tatsache jedoch als Erfolg der neuen Screeningstrategie zu bewerten.

HPV-Impfung

Auffällig ist ein substanzieller Rückgang der Fallzahlen der CIN3 im Patientengut der zytologischen Labore bei Frauen unter 35. Im Epidemiologischen Krebsregister des Saarlandes erkennt man derzeit eine Reduktion von 55 -60% %. In der Datenbank des Robert Koch Institutes findet sich in diesen Altersklassen ein Rückgang in der gleichen Größenordnung auch bei invasiven Karzinomen (9).

2022 veröffentlichte die WHO ein Positionspapier, in dem darauf hingewiesen wird, dass eine einmalige Impfung ausreicht, um den gewünschten Immunisierungseffekt zu erreichen (10). Dies könnte auch in Deutschland hilfreich sein. Ein wichtiger Schritt ist auch die Integration der HPV-Impfberatung in den Katalog der neugeschaffenen U10 für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren. (11)

Zusammenfassung und Ausblick

Die HPV-Impfung ist, international konsentiert auf weite Sicht, der Schlüssel zur Eliminierung des Zervixkarzinoms. Durch die HPV-Impfung wird bei Frauen, derzeit bis 35, ein substanzieller Rückgang, von ca. 60%, sowohl bei der CIN3 als auch bei den invasiven Karzinomen beobachtet. Beim Eintritt dieser Frauen in die darüberliegenden Altersklassen wird dieser Effekt weitergetragen.

Von den Vorgaben der WHO mit einer Impfquote von 90% ist man in Deutschland noch weit entfernt. Durch die Thematisierung der HPV-Impfung in der neugeschaffenen U10 und der Erkenntnis, dass eine einmalige Impfung ausreichend zu sein scheint, haben sich die Rahmenbedingungen dieses Ziel zeitnah zu erreichen deutlich verbessert. In Deutschland ist die Diskussion über die langfristige Sicherheit einer einmaligen Impfung allerdings nicht abgeschlossen und wird daher noch nicht empfohlen.

Die oKFE-RL hat erfreulicherweise zu einem unerwartet hohen Anstieg der Detektionsrate der CIN3 und den damit verbundenen frühzeitigen Behandlungsmöglichkeiten geführt.

Durch die gezielte Nachbetreuung der Frauen mit auffälligen, derzeit aber noch nicht therapiebedürftigen Befunden, ist zu erwarten, dass ein etwaiger Progress im Individualfall



rechtzeitig erkannt und somit die Entstehung eines invasiven Karzinoms verhindert wird. Diese Option haben aber nur Frauen, die regelmäßig an der Vorsorge teilnehmen. Ein Sorgenkind bleibt die Gruppe der Nichtteilnehmerinnen, welche naturgemäß nicht profitiert. Um diese Frauen zu integrieren, bedarf es der Entwicklung eines eigenen Konzeptes.

Die sich ergänzenden Effekte der primären und sekundären Prävention - HPV-Impfung und oKFE-RL - lassen erstmals seit 20 Jahren wieder eine kontinuierliche Abnahme der Fallzahl der invasiven Karzinome erkennen. Von 2005 bis 2019 gab es eine Stagnation bei 4700 Fällen. Zwischen 2020 und 2024 sind diese erfreulicherweise kontinuierlich von 4774 auf 4131 abgefallen. Dies belegt, dass wir uns auf einem guten Weg befinden, den wir begleitet von der durch den GBA implementierten Evaluation weitergehen sollten, bis wir alle Zusammenhänge profunde verstehen, um mit diesem Wissen dann die Prävention für die ‚post vaccination area‘ mitzuentwickeln.

Literatur:

- 1) Wei F, Georges D, Man I, Baussano I, Clifford GM. Causal attribution of human papillomavirus genotypes to invasive cervical cancer worldwide: a systematic analysis of the global literature. *Lancet*. 2024 Aug 3;404(10451):435-444. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01097-3. PMID: 39097395. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39097395/>
- 2) Rath N, Neis K, Holleczer B. Analysis of Age, Period and Cohort Trends in Cervical In Situ and Invasive Carcinomas for Assessing the Utility of Screening Approaches-Results From the Saarland Cancer Registry. *Cancer Med*. 2026 Jul;15(7):e72127. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42482636/>
- 3) Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme, letzter Zugriff: 10.08.2026. <https://www.g-ba.de/richtlinien/104/>
- 4) Zwei Jahre oKFE-RL Zervixkarzinom – Eine Zwischenbilanz im 50. Jahr des Bestehens der KFU“; Autoren: K.J. Neis, C. Albring. *FRAUENARZT*, Ausgabe 11/2021, Seiten 746–750. [1, 2, 3] https://files.publmed.de/frauenarzt/2026/Redaktion/FA_11-21_Neis_Albring.pdf
- 5) RKI Startseite <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/H/HPV/papillomviren-node.html>
- 6) HPV-Impfkonzept der NaLi <https://www.nali-impfen.de/hpv-schwerpunkt/nali-hpv-impfkonzept/>
- 7) *Jamapediatrics* 2025 Dec 1;179(12):1326-1334 Population-Level Effectiveness and Herd Protection 17 Years After HPV Vaccine Introduction Aislinn DeSieghardt¹, Lili Ding^{1,2}, Aaron Ermel³, Eduardo L Franco^{4,5}, Casey Dagnall^{6,7}, Darron R Brown³, Sem Yao⁸, Jessica A Kahn^{1,2} <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41021257/>
- 8) Pöschel B, Neis KJ. Zervixkarzinomscreening in Deutschland 2020–2022 : Eine Analyse der ersten Screeningrunde nach den Vorgaben der oKFE-RL [Cervical cancer screening in Germany 2020-2022 : An analysis of the first round of screening according to the specifications of the oKFE-RL]. *Pathologie (Heidelb)*. 2026 Jan;47(Suppl 1):68-73. German. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41284017/>
- 9) RKI Krebsdatenbank https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_node.html
- 10) World Health Organization = Organisation mondiale de la Santé (2022). *Weekly Epidemiological Record*, 2022, vol. 97, 50 [full issue]. *Weekly Epidemiological Record = Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 97(50), 645 - 672. World Health Organization = Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/365350>
- 11) GBA Pressemitteilung 20.8.2026: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1350/>



Gynäkologische Infektiologie im Wandel: Mikrobiom, Biofilme und neue Wege der Diagnostik

In dieser Amtszeit wurde erstmals eine AGII-Homepage geschaffen, die regelmäßig professionell aktualisiert wird. Erfreulicherweise arbeiten alle 7 in den letzten 4 Jahren neu aufgenommenen Mitglieder aktiv an Projekten oder bereits im Vorstand mit. Die AGII wird sich auf der Mitgliederversammlung während des DGGG-Kongresses in München mit einer neuen Satzung zum eingetragenen Verein („e. V.“) umwandeln.

Die letzten 2 Jahre waren sehr arbeitsintensiv: Alle Vorstandsmitglieder waren/sind in den letzten 2 Jahren Mandatsträger in diversen AWMF-Leitlinien der DGGG, der DSTIG, der Paul-Ehrlich-Gesellschaft, der DGU, der DMyKG, der ÖGGG oder der SGGG u. a., nämlich Vulvovaginalkandidose, Syphilis, Gonorrhoe, Harnwegsinfektionen, Chlamydieninfektionen, Mykoplasmen und Ureaplasmen, Prävention der Frühgeburt, Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen, Vaginal-, Zervix-, Vulva-, Analkarzinom, Händedesinfektion und Händehygiene.



Prof. Dr. med. Werner Mendling

ist Erster Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Infektionen und Infektionsimmunologie (AGII) und Leiter des Deutschen Zentrums für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe an der Landesfrauenklinik des Helios Universitätsklinikums Wuppertal.

Wachsendes Interesse an der Bedeutung des genitalen Mikrobioms

Immer deutlicher wird es, dass das vaginale, endometriale, intestinale, plazentare und auch das penile Vaginom für der Gesundheit der Frau und deren Fertilität eine entscheidende Rolle für eine erfolgreiche Befruchtung, für den Fortgang der Schwangerschaft und wahrscheinlich auch für die spätere Gesundheit des geborenen Menschen spielen. Mitglieder der AGII (Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Patrick Finzer, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Kilian Vomstein, Dr. med. Janine Zöllkau) haben wichtige wissenschaftliche Beiträge dazu erarbeitet. So konnte z. B. ein vaginaler Mikrobiom-Transfer endlich zur Austragung einer Schwangerschaft führen. Das wissenschaftlich diskutierte, aber praktisch wirksame, in Thüringen seit 2017 von Prof. Hoyme und dem Vorsitzenden des dortigen Berufsverbandes für Frauenärzte Dr. Hesse durchgeführte Frühgeburten-Vermeidungsprogramm nach der Idee des 2021 verstorbenen Prof. Erich Saling durch Früherkennung und Therapie vaginaler Dysbiosen vor Etablierung einer bakteriellen Vaginose in den ersten Schwangerschaftswochen hat in den letzten 2 - 4 Jahren eine messbare und publizierte Reduktion von kleinen Frühgeborenen erbracht und zielt letztlich in die gleiche Richtung wie die Mikrobiomforschung vor einer Gravidität.

Bedeutung von polybakteriellen Biofilmen bei bakterieller Vaginose

Von AGII-Mitgliedern an der Vaginalwand von Frauen entdeckte polybakterielle Biofilme, ihre sexuelle Übertragbarkeit sowie ihr Einfluss auf eine Frühschwangerschaft wegen auch eines endometrialen Biofilms sind zum bedeutsamsten Problem der häufigen bakteriellen Vaginose geworden. Innerhalb dieses Biofilms wirken bisher übliche Antibiotika kaum. Prof. Dr. med. Alexander Swidsinski und Dr. med. Sonja Swidsinski aus Berlin haben deshalb in den letzten beiden Jahren die bedeutendsten gynäkologischen Infektiologen aus aller Welt zu interdisziplinären wissenschaftlichen Symposien im kleinen Kreis eingeladen, um diese wichtige diagnostische und bisher nicht kommerziell eingeführte Methode in den Fokus zu rücken.



Beurteilung des Nativpräparates auch mit künstlicher Intelligenz

Das erste Gerät zur Beurteilung von Nativpräparaten aus vaginalem Fluor wird in Israel bereits benutzt. Ungeklärte Datenschutzfragen verhinderten leider 2025 in Wuppertal seinen ersten Einsatz in Deutschland. Da das mikroskopische Präparat die auch heute trotz molekularer und genetischer Techniken wichtigste und preiswerteste Methode ist, Fragen von „gesund“ oder „krank“ in der Vagina zu klären, und die stark nachgefragten fast monatlichen Mikroskopierkurse des Autors zeigen, dass nicht genügend Kenntnisse und Fähigkeiten im Klinikalltag darüber vermittelt werden, wurde einerseits der über die International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) in Nomenklatur und Beurteilung konsentierter „ISSVD Microscopy Atlas“ mit dem Verfasser als Erstautor im Januar 2026 herausgegeben, andererseits wurde soeben in Jena unter Mitarbeit von Frau Dr. Janine Zöllkau ein Forschungsprojekt beantragt, mit Hilfe künstlicher Intelligenz das Auswerten von Nativpräparate zu evaluieren, um so die infektiologische Fluordiagnostik im Alltag zu verbessern.

Fazit

Die Infektiologie hatte schon immer eine essentielle Bedeutung und kann als Kerngebiet der Medizin betrachtet werden, wurde aber in unserem Fachgebiet in den letzten ca. 40 Jahren aus Sicht der AGII vernachlässigt. Sie gewinnt durch alte und neue Infektionskrankheiten, die derzeitige starke Zunahme von sexuell übertragbaren Infektionen sowie bedeutsame Erkenntnisse über das Mikrobiom der verschiedenen Habitate bei beiden Geschlechtern an wissenschaftlicher Bedeutung mit praktischen Herausforderungen, denen wir uns auch in Deutschland stellen müssen. Das in ersten Gesprächen erkennbare große Interesse der Kolleginnen und Kollegen im Jungen Forum der DGGG sind Anlass zur Freude und Hoffnung.

Sitzungsempfehlung

- Donnerstag, 22. Oktober, 08:00 bis 09:30 Uhr, Saal 14 a

Wissenschaftliche Sitzung der AG für Infektionen und Infektionsimmunologie (AGII)



Kongresshighlights

Eröffnungsveranstaltung

Meilensteine, Herausforderungen, Fortschritt: Die feierliche Eröffnungsveranstaltung markiert den traditionellen Auftakt des DGGG-Kongresses 2026. DGGG-Präsident Prof. Dr. Gert Naumann präsentiert einen kompakten Rückblick auf relevante Entwicklungen und Meilensteine in Gynäkologie und Geburtshilfe.

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

Verleihung der Ehrenmitgliedschaft

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



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



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



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



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

Bild: © FIGO



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

Verleihung der korrespondierenden Mitgliedschaft

Die korrespondierende Mitgliedschaft der DGGG e.V. würdigt Persönlichkeiten, die unsere internationalen Beziehungen stärken. Freuen Sie sich auf die Auszeichnung einer Persönlichkeit, die Fachgesellschaften über Grenzen hinweg verbindet: **Prof. Dr. Bettina Toth** hat die Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie mit wissenschaftlicher Exzellenz und großem Engagement geprägt – in Deutschland und Österreich.



Verleihung der Carl-Kaufmann-Medaille



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



Keynote-Lectures

Gewaltambulanz bzw. Rechtsmedizin in der Patientinnenbetreuung

Prof. Dr. Kathrin Yen, Institut für Rechtsmedizin und Verkehrsmedizin Heidelberg



Gynäkologie und Rechtsmedizin arbeiten bei Fällen sexualisierter Medizin Hand in Hand: Während die gynäkologische Versorgung die medizinische Betreuung der Betroffenen sicherstellt, leistet die klinische Rechtsmedizin einen entscheidenden Beitrag zur gerichtsfesten Dokumentation von Verletzungen und zur Spurensicherung.

Innovative Konzepte wie Gewaltambulanzen oder rechtsmedizinische Konsiliardienste zeigen, wie diese interdisziplinäre Kooperation im klinischen Alltag erfolgreich umgesetzt werden kann. Ziel ist es, Betroffene bestmöglich zu unterstützen und ihnen eine umfassende, respektvolle und evidenzbasierte Versorgung zu ermöglichen.

In der #DGGG2026-Keynote-Lecture berichtet **Prof. Dr. med. univ. Kathrin Yen** nicht nur praxisnah zum Zusammenspiel zwischen Gynäkologie und Rechtsmedizin, sondern auch über alternative Versorgungsmodelle - beispielsweise das sogenannter „Forensic Nurses“, die an manchen Standorten vor allem in der Schweiz die Befunderhebung und Spurensicherung übernehmen, eingehen und Vor- und Nachteile solcher Konzepte beleuchten. Ergänzt wird der Vortrag durch konkrete Beispiele aus der rechtsmedizinischen bzw. forensisch-gynäkologischen Praxis.

HRT – Nutzen und Risiken

Prof. Dr. Alfred O. Mueck, Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Die Hormonersatztherapie (HRT) ist ein bedeutsamer Schritt in der Behandlung von Wechseljahresbeschwerden. Die bisherige Betrachtung benannte ein erhöhtes Risiko u. a. für Brustkrebs oder Herzinfarkte. 2016 wurde die HRT erstmals neu bewertet: Mittlerweile wurde die sogenannte Black Box Warning in den Beipackzetteln der HRT-Präparate entfernt wurde.

Prof. Dr. med. Dipl. Chem. Dr. rer. nat. Alfred O. Mueck beleuchtet im Rahmen seiner Keynote-Lecture auf dem #DGGG2026-Kongress die Neubewertung der HRT und die differenzierte Anwendung in der klinischen Praxis.





Abschlussveranstaltung

Ein gemeinsamer Schlusspunkt voller Dank, Würdigung und Vorfriede: Freuen Sie sich auf die Schluss- und Dankesworte, die Vorstellung des Kongressfilms 2026, die Bekanntgabe der Posterpreisträgerinnen und Posterpreisträger sowie die Verleihung renommierter Auszeichnungen – darunter der GebFra-Preis und der Redaktionspreis FRAUENARZT.

Sitzungsempfehlung

📍 Samstag, 24. Oktober, 11:30 bis 12:45 Uhr, Saal 1
Abschlussveranstaltung

DGGG Science Slam

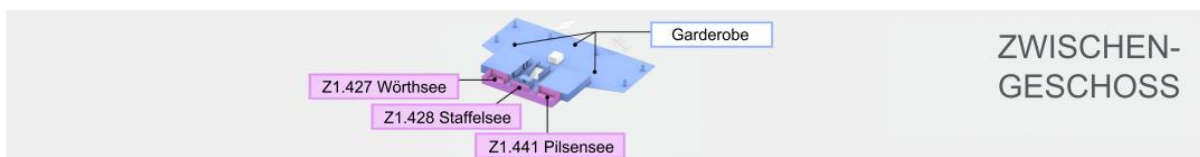
Der DGGG Science Slam ist zurück und legt noch eine Schippe drauf!

Die besten Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler bringen ihre Forschung in nur 5 Minuten auf den Punkt und liefern sich ein packendes Duell um Wissen, Witz und Wirkung. Jury und Publikum entscheiden gemeinsam.

Wer die Herzen (und den Applaus) gewinnt, darf sich über 1.000 € Preisgeld und eine Trophäe freuen, die so einzigartig ist wie der Slam selbst.

Ihr Presseservice

Sie erreichen das Team Presse während des 66. DGGG-Kongresses in Berlin durchgehend mobil unter der Kongresshandynummer **0151/522 4242 3** und im Pressebüro.



Das Pressebüro (Pilsensee) sowie der Silent Room (Staffelsee) befinden sich im Zwischengeschoss des ICM. Bitte folgen Sie der Beschilderung!

Der Silent Room ist ein eigens für Sie eingerichteter separater Raum mit W-Lan, Snacks sowie kalten und heißen Getränken. In diesen Räumlichkeiten können auch Interviews durchgeführt werden. Bitte sprechen Sie uns aus organisatorischen Gründen vorab an!

Vor Ort gibt es eine Betreuung für Kinder zwischen 2 und 9 Jahren und es steht ein Schlaf- und Rückzugsraum für die Kinder und ein Eltern-Kind-Raum zur Verfügung.

Kongressort

ICM – International Congress Center Messe München
Am Messesee 6
81829 München
U-Bahn-Station: Messestadt West



Verwendung der Inhalte aus der Pressemappe

Wenn Sie Beiträge aus dieser Pressemappe verwenden, so bitten wir um die Zusendung eines Beleglinks. Geben Sie bitte in jedem Fall an, dass der Beitrag im Zusammenhang mit dem 66. DGGG-Kongress erschienen ist.

Social Media

Während des Kongresses erhalten Sie aktuelle Impressionen vom Geschehen vor Ort. Verfolgen Sie den DGGG-Kongress live über Beiträge auf [LinkedIn](#) und [Instagram](#). Sollten Sie eigene Postings verfassen, freuen wir uns über eine Verlinkung und/oder die Verwendung des Hashtags [#DGGG2026](#).

On-Demand-Mediathek

Für den diesjährigen Kongress ist keine on-demand Mediathek vorgesehen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) ist eine der großen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie hat sich der Stärkung der Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe verschrieben und fördert das gesamte Fach und seine Subdisziplinen, um die Einheit des Faches Frauenheilkunde und Geburtshilfe weiterzuentwickeln. Als medizinische Fachgesellschaft engagiert sich die DGGG fortwährend für die Gesundheit von Frauen und vertritt die gesundheitlichen Bedürfnisse der Frau auch in diversen politischen Gremien.

Pressekontakt

Bei Rückfragen können Sie uns jederzeit kontaktieren!



Sara Schönborn



Heiko Hohenhaus



Melanie Herberger



Manuela Rank

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Jägerstraße 58-60
10117 Berlin

Tel.: +49 (0)30-514 88 33 33 | Fax: +49 (0)30-514 88 34 4
E-Mail: presse@dggg.de | Internet: www.dggg.de