

Mitteilungen aus der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)



64. DGGG-Kongress vom 12. bis 15. Oktober 2022 in München

Interview mit dem Kongresspräsidium

Frau Prof. Kiechle, was waren für Sie als Kongresspräsidentin in den vergangenen Monaten die größten Herausforderungen?

Frau Prof. Kiechle: Ein gutes wissenschaftliches Programm aufzustellen, um alle wichtigen Zukunftsthemen unseres Faches zu adressieren und auch den wissenschaftlichen Nachwuchs anzusprechen. Wichtig war mir dabei auch erstmals das Thema „Global Woman Health“ aufzunehmen, da wir angesichts der SARS-CoV-2-Pandemie alle hautnah erleben konnten, dass Gesundheitsversorgung ein Thema der gesamten Menschheit ist.

Sie forschen zu erblichen Krebserkrankungen, insbesondere Brustkrebs. Was wissen wir im Jahr 2022 mit Blick auf das individuelle Risiko einer Frau, an Brustkrebs zu erkranken, der in Deutschland und weltweit die häufigste Krebsart beim weiblichen Geschlecht darstellt, wobei aber auch Männer erkranken können.

Frau Prof. Kiechle: Genetische Analysen der Keimbahn ermöglichen, dass man das individuelle Brustkrebsrisiko einer Frau definieren kann und spezifische Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen greifen können.

Neben den bekannten Risikogenen, wie z. B. BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2 und PALB2 gewinnen auch polygenetische Faktoren beim Mammakarzinom zunehmend an Bedeutung. In genomweiten Assoziationsstudien (GWAS) wurden mithilfe von Hochdurchsatztechnologien zahlreiche Einzelbasenaustausche (Single Nucleotide Polymorphisms, SNPs) charakterisiert, welche einzeln betrachtet jeweils nur einen kleinen Einfluss auf das Mammakarzinomrisiko besitzen. Zur Bestimmung des gesamten



genetischen Hintergrunds eines Individuums auf das Brustkrebsrisiko wurden etwas mehr als 300 derartiger SNPs in dem Polygenic-Risk-Score (PRS) zusammengefasst, deren Effekte additiv wirken. Aufgrund des PRS-Ergebnisses kann das Lebenszeit-Brustkrebsrisiko einer Frau von durchschnittlich 10–12% auf 62% ansteigen oder auf 2,5% abfallen. Gleiches gilt auch für Trägerinnen einer pathogenen Mutation in den Brustkrebsrisikogenen BRCA-1, BRCA-2, ATM, CHEK2 und PALB2.

Neben Nichtanlageträgerinnen ist bei CHEK2-Anlageträgerinnen der größte modulierende Effekt des PRS zu beobachten. Hier kann das individuelle Risiko zwischen knapp 7% und 70% variieren. Ähnlich stark sind auch die Effekte bei ATM-Mutations-trägerinnen mit einer Variation des Lebenszeitrisikos zwischen 13% und 58%. Der PRS stellt somit ein wichtiges Werkzeug in der individuellen Risikoabschätzung und strategischen Präventionsplanung dar. Moderne Risikokalkulationsprogramme, wie das webbasierte CanRisk-Tool, berücksichtigen daher neben der Familienanamnese, nachgewiesenen Mutationen in Brustkrebs-Ge-

neten, Alter, Lebensstil und weiterer Faktoren neuerdings auch das Ergebnis des PRS zur Brustkrebsrisikovorhersage. Der Einbezug des PRS in die Berechnung führt nicht selten zu einer Neu-Einstufung des individuellen Brustkrebsrisikos.

Inwiefern hat sich die Brustkrebstherapie in der letzten Dekade verbessert, was die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen während und auch nach der Therapie betrifft?

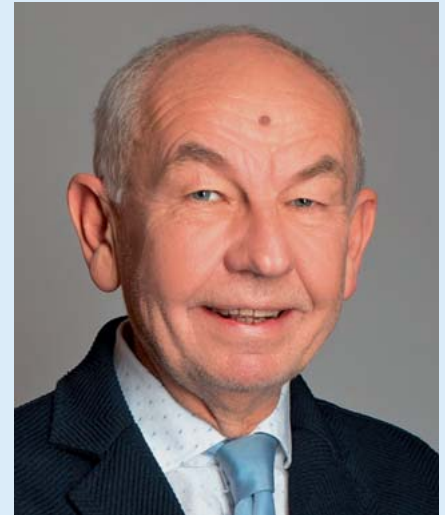
Frau Prof. Kiechle: Eine Reihe von neuen und sehr effektiven Medikamenten in der Brustkrebstherapie hat dazu geführt, das Überleben der Frauen zu verbessern und zeigt dabei teilweise auch weniger Nebenwirkungen als eine Standard-Chemotherapie, wie z. B. der Einsatz des Poly-ADP-Ribose-Polymerase-Inhibitors (PARP-I) Talazoparib beim metastasierten Mammakarzinom mit einer BRCA-Keimbahnmutation. Neben den PARP-I sind auch Checkpoint-Inhibitoren, wie Pembrolizumab und CDK-4/6-Inhibitoren, sowie das neue Antikörper-Wirkstoffkonjugat Sacituzumab-Govitecan



► **Abb. 1** Prof. Dr. Marion Kiechle, Kongresspräsidentin.



► **Abb. 2** Prof. Dr. Stephanie Wallwiener, Co-Kongresspräsidentin.



► **Abb. 3** Prof. Dr. Wolfgang Würfel, Co-Kongresspräsident.

erfolgreich in das Behandlungsportfolio aufgenommen worden.

Ein weiterer Fortschritt ist, dass man heute in der Lage ist, durch die Analysen der Gensignatur im Tumorgewebe von hormonrezeptorpositiven Brustkrebspatientinnen das individuelle Metastasierungspotenzial besser einzuschätzen. Hierdurch lassen sich vor allem Patientinnen definieren, die von einer adjuvanten Chemotherapie nicht profitieren. Diesen Frauen kann man durch die Anwendung von kommerziellen Genexpressionsprofil-Tests, wie Endopredict, OncotypeDX, Mammaprint und Prosigna unnötige Nebenwirkungen durch eine Übertherapie ersparen. Denn nichts ist schlimmer als eine Therapie, die keinen Nutzen hat, mitunter zu schweren, bleibenden Nebenwirkungen führen kann und das Gesundheitssystem unnötig belastet.

In der Pandemie mussten planbare Operationen, die keine Notfälle waren, zurückgestellt werden, um Betten für Patienten freizuhalten, die intensivpflichtig an COVID-19 erkrankt sind und hospitalisiert werden mussten. Welche Folgen hat das für Frauen mit einer Krebsdiagnose?

Frau Prof. Kiechle: Verschiedene internationale Teams haben sich dieser Fragestellung angenommen. Das weltweite Forschungsnetzwerk COVIDSurg, an dem auch 19 deutsche von insges. 466 Kliniken aus 61 Ländern beteiligt waren, kommt zu dem Ergeb-

nis, dass jeder 7. Patient weltweit Einschränkungen hinsichtlich seiner Krebsoperation durch Lockdown-Maßnahmen erfahren musste. Berücksichtigt wurden dabei mehr als 20 000 Patienten mit den häufigsten Tumorerkrankungen. 15 Prozent der Patienten erhielten die eigentlich notwendige Operation überhaupt nicht. In Zeiten ohne Einschränkungen lag diese Rate unter 1 Prozent. Im Mittel wurden Operationen um 5,3 Monate verschoben.

Kanadische Onkologen haben in einer Metaanalyse von 34 Studien mit insges. ca. 1,3 Mio. Patienten untersucht, welche Auswirkungen eine Verzögerung zwischen Diagnose und Therapiebeginn auf die Mortalität hat. Eine 4-wöchige Verzögerung der Therapie ist bei allen Formen der Krebsbehandlung mit einem Anstieg der Mortalität verbunden. Das Sterberisiko steigt bei Operationen für jede 4-wöchige Verzögerung um 6 bis 8 Prozent. Die Wissenschaftler berechneten, dass Verschiebungen um 8 bis 12 Wochen das Todesrisiko noch weiter erhöhen. Beispielsweise ist bei Brustkrebs eine 8-wöchige Operationsverzögerung mit einer Sterberisikoerhöhung von 17 Prozent und eine 12-wöchige Verschiebung mit 26 Prozent verbunden.

In Deutschland ist bei den Brustkrebs-OPs ein Rückgang von 4 Prozent zu verzeichnen gemäß einer aktuellen Datenanalyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK im November 2021. Ob sich das mittelfristig

auf die Sterblichkeit auswirkt, werden zukünftige Auswertungen zeigen müssen.

Aktuell sind etwa 125 000 Frauen in Deutschland vom Lieferengpass für den in der Brustkrebstherapie eingesetzten Wirkstoff Tamoxifen betroffen. Wie problematisch sind Lieferengpässe in der Frauenheilkunde im Jahr 2022 und wo vermuten Sie mögliche Ursachen?

Frau Prof. Kiechle: Dem Problem hat sich das BfArM gestellt und in der Zwischenzeit sind von den Landesbehörden Importe für mehr als 5 Mio. Tamoxifen 20-mg-Tabletten bezogen worden. Im Mai 2022 werden weitere 20 Mio. Tabletten in den Verkehr gebracht werden können. Somit kann die Versorgung aller Patientinnen und Patienten sichergestellt werden, wenn Ärztinnen und Ärzte bis dato kleinere Packungsgrößen von 30 Tabletten anstatt der üblichen 100 Tabletten verordnen. Das BfArM postulierte, dass aufgrund der zugesicherten Lieferungen davon auszugehen sei, dass sich die Versorgungslage ab Mai 2022 deutlich entspannt. Eine Ursache könnten die Lockdown-Maßnahmen im Rahmen der Coronapandemie sein. Denn im ersten Quartal 2020 ist es zu einem deutlichen Anstieg der Tamoxifen-Verschreibungen gekommen, um eine Art Bevorratung anzulegen. Seitens der Hersteller wird der zunehmende Preisdruck genannt, was zu einer zunehmenden Produktion von Medikamenten außerhalb der EU führt und auch

nur noch wenige Pharmahersteller insbesondere in Asien diesem Preisdruck wirtschaftlich standhalten können.

Was sind Ihre persönlichen Kongresshighlights auf dem DGGG 2022 in München?

Frau Prof. Kiechle: Ich freue mich auf die gesamte Veranstaltung. Mein Highlight dabei ist es, meinen Kolleginnen und Kollegen, den Patientinnen-Vertretern, den Industriepartnern und allen Kongressbesuchern wieder persönlich zu begegnen zu dürfen. Digitale Webkonferenzen können viele Inhalte abarbeiten, aber nicht die zwischenmenschliche, nonverbale Kommunikation ersetzen und darauf freue ich mich sehr. Passend dazu wird es in der Keynote Lecture genau um dieses Thema der „Körpersprache“ in der Arzt-Patientinnen-Interaktion gehen. Mein Tipp: Lassen Sie sich das nicht entgehen, denn Sie werden leicht umzusetzende Tipps für die nonverbale Kommunikation erhalten.

Frau Prof. Wallwiener, Sie sind auch Vorstandsmitglied in der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF e.V.). Welche psychosomatischen Leiden stehen bei Frauen seit dem Einzug der Pandemie im Vordergrund, welche sind vielleicht neu hinzugekommen?

Frau Prof. Wallwiener: Durch die Pandemie ist in den letzten 2 Jahren eine höhere psychische Belastung entstanden, die wir auch in der Perinatalmedizin wahrnehmen. Viele Menschen wurden mit Isolation, Existenzängsten und Angst vor Ansteckung konfrontiert, daher ist es verständlich, dass Symptome von Angst, Stress und Depression seit dem Frühjahr 2020 zugenommen haben. Bereits bestehende psychische Erkrankungen konnten verstärkt oder erst ausgelöst werden.

Dennoch muss die Situation differenziert betrachtet werden. Die aktuelle Datenlage zeigt eine divergente Situation. In einigen Bevölkerungsgruppen, wie z. B. bei jungen Menschen oder jungen Eltern mit kleinen Kindern, hat die Belastung stark zugenommen, während in älteren Bevölkerungsgruppen gleichbleibende oder sogar gegenläufige Trends abgebildet wurden. Die

Dynamik der psychischen Reaktionen scheint dabei unmittelbar der infektions-epidemiologischen Dynamik zu folgen. Aktuell werten unseren Arbeitsgruppen große kollektive Real-World-Daten von Kostenträgern aus, ich bin schon gespannt, inwiefern sich das auch für unsere Patientinnen abbilden lässt.

Aus den letzten 2 Jahren können wir lernen, dass eine entsprechende psychisch-orientierte Gesundheitskommunikation für psychische Belastung und niedrigschwellige Hilfsangebote wie auch online basierte Selbstmanagement-Tools ein zentraler Bestandteil im Gesundheitssystem sein müssen. Wir als Frauenärzte dürfen dies auch im klinischen Alltag bei unseren Patientinnen tagtäglich nicht vergessen. Längerfristig wird jedoch in den nächsten Jahren von einer primär rezessionsbedingten Zunahme psychischer Störungen auszugehen sein, deren Ausmaß aktuell nicht absehbar ist, daher ist es so wichtig, Screening- und Interventionsangebote in unsere tägliche Praxis zu integrieren. Die Aufgabe der DGPF e.V. der kommenden Jahre wird ebenfalls sein, diese Tools zu evaluieren und implementieren und die Entwicklung mit ihrer Expertise zu begleiten.

Sie koordinieren mit weiteren ExpertInnen die Leitlinie „Sicherer Schwangerschaftsabbruch“, welche federführend von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erstellt und voraussichtlich 2023 veröffentlicht wird. An welcher Stelle wird das Thema auf dem DGGG-Kongress diskutiert?

Frau Prof. Wallwiener: Wir freuen uns, die Ergebnisse unserer Arbeit zur Leitlinie „Sicherer Schwangerschaftsabbruch“ am Freitag, dem 14.10.2022, in einer wissenschaftlichen Sitzung vorstellen zu dürfen. Mitwirkende und Koordinierende der Leitlinie werden dort als Vortragende präsent sein. Daneben gibt es aber noch weitere Vorträge und auch ein Hands-on-Thema, die sich genau mit diesem Thema für die jüngeren Kollegen beschäftigen.

Auf dem DGGG-Kongress wird auch die Traumatisierung unter der Geburt besprochen. Was können Ursachen sein und wie lässt sich dem vorbeugen?

Frau Prof. Wallwiener: Der Verlauf einer Geburt ist oft nicht vorauszusagen. Und genau von diesem Verlauf der Geburt und den persönlichen Ressourcen der Mutter ist abhängig, ob sich ein Trauma entwickelt oder nicht: Kommt im Kreißsaal plötzlich Hektik auf bei fetalen oder maternalen Risiken, kann dies bei einer werdenden Mutter tiefe Ängste und Sorgen auslösen. Hinzu kommen eine völlige Hilflosigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins.

Generell gibt es ein soziales und ein medizinisches Verständnis des Begriffs. Viele Frauen berichten mir, sie seien von der Geburt traumatisiert, sind es nach streng medizinischen Kriterien aber nicht. Sie meinen zwar etwas Ähnliches in dieser Richtung, aufgrund ihrer Symptome würden sie aber nicht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erhalten. Des Weiteren sind die Erlebnisse, die Frauen als Trauma empfinden, sehr individuell. Ein Trauma kann von innen heraus entstehen, durch die Geburt an sich oder von außen, etwa durch die Art, wie eine Frau unter der Geburt begleitet wurde.

Wir als Geburtshelfer können durch einen offenen, beobachtenden und sensiblen Umgang mit unseren Gebärenden versuchen, einer Traumatisierung vorzubeugen – dies gilt natürlich für unser ganzes interdisziplinäres Team. Ein Psychologe im Team oder die Qualifikation der fachgebundenen Psychotherapie können hier ebenfalls sehr helfen.

Ein weiteres geburtshilfliches Diskussionsthema auf dem Kongress ist die Fehlerkultur im Kreißsaal. Welche Maßnahmen haben sich in der Praxis bewährt?

Frau Prof. Wallwiener: Eine positive Fehlerkultur beinhaltet die Akzeptanz, dass Fehler, so gut man auch versucht hat, sie zu vermeiden, passieren können. Das ist menschlich und es gilt, eine positive Fehlerkultur in unseren Teams zu etablieren und zu leben. In unserem Beruf kann die Tragweite aber erheblich sein. Auch hier kann das Wort „Trauma“ wieder aufgegriffen werden. Von einem geburtshilflichen Notfall mit schlechtem Ausgang sind natürlich die werdenden Eltern betroffen und brauchen unsere Begleitung, aber auch die Ärz-

te und Hebammen können langfristig beeinträchtigt und traumatisiert werden. Diese Situation wird mittlerweile in manchen Vorträgen und Kongressen thematisiert, meiner Meinung nach kann dies jedoch noch mehr abgebildet werden. In der Praxis ist ein offener Umgang unumgänglich: Eine offene Besprechung der Situation, eine Feedbackkultur geben eine Chance, aus Fehlern zu lernen und die Gelegenheit, Prozesse und SOPs anzupassen und die Ausbildung durch Morbiditätskonferenzen kontinuierlich auf Augenhöhe mit dem Team zu verbessern.

Was sind Ihre persönlichen Kongress-highlights auf dem DGGG 2022?

Frau Prof. Wallwiener: Oh, da gibt es viele! Mit vielen Themen bin ich als Geburtshelferin der 3. Generation in meiner Familie aufgewachsen. Die wichtigsten Aspekte, die mich aktuell bewegen, sind in den Spitzenreferaten Pränatal- und Geburtsmedizin abgebildet: COVID, Adipositas und neue Aspekte der Pränatalmedizin sind wesentliche Aspekte, die mich tagtäglich beschäftigen. Besonders freut mich auch, dass wir endlich eine wissenschaftliche Sitzung zu Digital Health mit der Kommission Digitale Medizin der DGGG etablieren konnten. Für Versorgungsforscher wie mich, die sich sehr viel mit digitalen Therapieansätzen beschäftigen, ist das ein wichtiger Schritt in diese Richtung und wir sehen hier eine sehr große Resonanz bei unserem Team und insbesondere auch unseren Patientinnen. Dann gibt es natürlich viel Dynamik bei dem Thema intrauterine Gentherapien, was die nächsten Jahre noch mehr in den Fokus rücken wird.

Herr Prof. Würfel, welche Erinnerungen haben Sie an Ihren ersten DGGG-Kongress?

Prof. Wolfgang Würfel: Das war in Frankfurt. Damals nahm das endoskopische Operieren („Schlüssellochchirurgie“) gerade Fahrt auf, Prof. Semm/Kiel hatte erstmals einen Appendix minimalinvasiv entfernt und wurde eines „Kunstfehlers“ gescholten. Er stellte völlig neue Instrumente vor und forcierte eine Innovation, von der leicht vergessen wird, dass sie maßgeblich aus der Gynäkologie kam. Mich beeindruckten damals – als sehr jungen Arzt –

sehr die spürbare Aufbruchsstimmung, die technischen Innovationen, z. B. in der Ultraschalldiagnostik, die enorme Expertise des Wissens und Forschens, die geballte fachliche Exzellenz, und zwar in allen Bereichen unseres Faches wie z. B. der Onkologie, der Pränatalmedizin usw. Und ganz am Horizont, quasi als Silberstreifen, kündigte sich dezent eine neue Ära an – die der Reproduktionsmedizin.

Sie leiten ein großes Kinderwunschzentrum in München. Inwiefern hat sich das Durchschnittsalter Ihrer Patientinnen innerhalb der letzten Jahre verändert?

Prof. Wolfgang Würfel: Der Gedanke einer Familiengründung, also die Realisation des Kinderwunsches, hat sich in den 37 Jahren, in denen meine Kolleginnen und ich auf diesem Gebiet tätig sind, deutlich in ein höheres Lebensalter verschoben. Behandelten wir in den 80er-Jahren Frauen, die im Schnitt nicht älter als 30 Jahre alt waren, so lag das Durchschnittsalter unserer Patientinnen, bei denen 2021 erstmals eine IVF/ICSI-Behandlung („künstliche Befruchtung“) durchgeführt wurde, bei knapp über 37 Jahren; das ist innerhalb von gut 35 Jahren natürlich eine beträchtliche Verschiebung. Dieses Faktum trifft vor allem auf die Metropolen wie z. B. München zu und ist im eher ländlichen Raum weniger ausgeprägt. Und es betrifft eher Frauen mit einem höheren Ausbildungsniveau, vor allem Akademikerinnen.

Ab welchem Alter ist der Wunsch für ein eigenes Kind mithilfe von künstlicher Befruchtung quasi aussichtslos, kann man das mit Blick auf die Daten oder aufgrund Ihrer Erfahrungswerte sagen?

Prof. Wolfgang Würfel: Hierzu eine kurze Vorbemerkung: Nach unserem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand werden Eizellen im etwa 3. Embryonalmonat einmalig gebildet, danach – anders als Spermazellen – nicht mehr. Eizellen sind als (größte) Einzelzellen des (weiblichen) Organismus also immer so alt wie die Frau selbst, genau genommen plus 6 Monate. Das bedeutet, dass ihre Vitalität, insbesondere aber ihre genetische Kompetenz abnehmen: So zeigen z. B. bei einer Frau mit 40 Jahren ca. 60 Prozent der befruchtungsfähigen Eizellen genetische Auffälligkeiten,

bei einer Frau mit 45 Jahren ca. 90 Prozent. Dies bedeutet, dass – auch bei einer Zeugung auf normalem Wege („per vias naturales“) – die Schwangerschaftsraten jenseits des 40. Lebensjahres Jahr für Jahr deutlich ab- und die Fehlgeburtsraten ebenso deutlich zunehmen.

Insofern ist der oft nicht geringe Aufwand von „künstlichen Befruchtungen“ (man kann sie allerdings auch in spontanen, natürlichen Zyklen vornehmen) bis zum 42./43. Lebensjahr medizinisch vertretbar.

Dies trifft ganz besonders für Frauen zu, die noch nie geboren haben („Nulliparae“) bzw. noch nie schwanger waren („Nulligravidae“). Denn in jeder Schwangerschaft mit Geburt eines Kindes bildet sich ein „immunologisches Gedächtnis“ aus; zudem kommt es stets zu einem embryo-/fetalen Stammzelltransfer, was die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Schwangerschaft erhöht (und z. B. die Menopause [„Wechseljahre“] ein klein wenig „nach hinten“ verschiebt).

Unter Berücksichtigung dieser physiologischen Phänomene ist die Prognose bei Frauen mit vorangegangener/n Geburt/en günstiger, sodass man die medizinisch sinnvolle Altersgrenze etwas in ein höheres Lebensalter (z. B. 44. Lebensjahr) verschieben kann.

Was werden die Schwerpunktthemen im Bereich Reproduktionsmedizin auf dem DGGG 2022 sein?

Prof. Wolfgang Würfel: Es wird verschiedene Schwerpunkte geben: neue Wirkstoffe/Medikamente. Zu nennen ist z. B. bei der Hormonsubstitution (HRT) bzw. vor allem der hormonellen Verhütung (Kontrazeption) Estetriol, ein quasi embryofetales Estrogen (wird dort v. a. in der Leber synthetisiert), für das gute Wirk- und Stoffwechselprofile belegt sind. Des Weiteren geht es um sogenannte GnRH-Antagonisten, die z. B. in der Behandlung von Myomen, der Endometriose und bei der hormonellen Stimulationsbehandlung eingesetzt werden und bislang gespritzt werden mussten; sie liegen nun für den oralen Einsatz vor. Auch ein Thema: die GLP-1-Rezeptor-Agonisten und ihr Einsatz zur Gewichtsreduktion und beim PCO-Syndrom.

Weiterhin im Mittelpunkt: die Fertiprotektion. Hierbei geht es um medikamentöse/operative Strategien, die darauf abzielen, Frauen (und auch Männern), die an einem bösartigen Tumor erkrankt sind, die Fertilität zu erhalten bzw. die spätere Realisation einer Schwangerschaft zu ermöglichen.

Präimplantationsdiagnostik (PID; genetische Untersuchungen an Präimplantationsembryonen): Mittlerweile konzentrieren sich 85–90 Prozent aller bundesdeutschen PID-Anträge bei der Bayerischen Ethikkommission, wobei über die 4 lizenzierten, bayerischen humangenetischen Zentren auch reproduktionsmedizinische Zentren außerhalb Bayerns zugelassen wurden. Neben einem Update wird es auch um die Frage gehen, ob Untersuchungen aus dem Kulturmedium („nichtinvasive PID“) die bislang geübte Trophektodermbiopsie an Blastozysten („invasive PID“) ersetzen könnten.

Neue Horizonte: Mittlerweile hat sich klar gezeigt, dass für die Etablierung einer

Schwangerschaft einerseits die vitale und genetische Kompetenz entscheidend sind, andererseits aber auch die uterinen Implantationsbedingungen („Mikromilieu“). Hierzu gibt es viele neue Erkenntnisse: das Problem einer geringgradigen chronischen Endometritis (CE), der sie begleitenden Keimbeseidlung („Mikrobiom“), nachweisbar mittels PCR u/o NGS („Next Generation Sequencing“) u/o WGS („Whole Genome Sequencing“), der Reaktion des Immunsystems, vor allem der Natürlichen Killerzellen (NK-Zellen) usw. Neu ist auch die Identifikation neuer Gruppen/Gene des HLA-Systems, die die Immuntoleranz im Rahmen des Einnistungsprozesses (mit-)vermitteln.

Und worauf freuen Sie sich persönlich mit Blick auf den größten Kongress zum Thema Frauenheilkunde im deutschsprachigen Raum, der vom 12.–15. Oktober 2022 in Ihrer Heimatstadt ausgetragen wird?

Prof. Wolfgang Würfel: Oft ist die äußere Wahrnehmung der Frauenheilkunde und Geburtshilfe die eines kleinen Faches. Der

Kongress wird wieder einmal eindrucksvoll darstellen und illustrieren, wie weitgespannt unser Fachgebiet eigentlich ist und welche bedeutende Impulse es auch für andere Fachdisziplinen zu setzen vermag und dies in der Vergangenheit auch schon getan hat. Für mich persönlich von besonderer Bedeutung ist, dass auf diesem Kongress das erste Mal – wenn auch nur in Anfangsergebnissen – aufgezeigt wird, dass zwischen der immunologischen Steuerung des embryonalen Einnistungsprozesses und dem immunologischen „Escape“-Verhalten von bösartigen Tumoren große Übereinstimmungen bestehen. Vielleicht verbindet sich diese Tatsache später einmal mit diesem Kongress und dem Namen meiner Heimatstadt, was mich natürlich sehr freuen würde.

Die Fragen stellten die DGGG-PressereferentInnen Sara Schönborn und Heiko Hohenhaus, Repräsentanz der Fachgesellschaften, Berlin.