



Berliner Symposium 2025

Ein Nadelöhr für viel therapeutischen Bedarf

Das bundesweit einzigartige Symposium für Kinder- und Jugendgynäkologie hat im voll besetzten Hotel Palace in Berlin aktuell brennende medizinische Themen für weibliche Kinder und Heranwachsende interdisziplinär beleuchtet – einschließlich der neuen Empfehlungen zur Geschlechtsdysphorie und -inkongruenz.



Am Rande des Berliner Symposiums 2025: Prof. Dr. Patricia G. Oppelt (Mitte) und Dr. Stephanie Lehmann-Kannt (links) im Gespräch. Foto: Repräsentanz der Fachgesellschaften

Blutungsstörungen, Kontrazeption, das Yearbook Kinder- und Jugendgynäkologie, sexueller Kindesmissbrauch, Anorexie und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sowie die Essenz neuer Leitlinien einschließlich der Geschlechtsdysphorie – das waren Schwerpunkte auf dem erfolgreich ausgetragenen Berliner Symposium 2025. Die Highlight-Fortbildung der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. – eine kooperierende AG der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. – bildet zusammen mit zugehörigen Intensivkursen das Nadelöhr für Weiterbildungen im Bereich Kinder- und Jugendgynäkologie im deutschsprachigen Raum – mit internationaler Beteiligung. Bedarf ist gegeben. „Es gibt eine enorm positive Resonanz aus der teilnehmenden Ärzteschaft. Die Kurse sind binnen Stunden ausgebucht.“ So groß sei aktuell die Nachfrage zu Fortbildungen für spezifische Themen zur Kinder- und Jugendgynäkologie, erklärt Prof. Dr. Patricia G. Oppelt. Sie ist stellvertretende Oberärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Frauenklinik



des Universitätsklinikums Erlangen sowie in eigener Niederlassung tätig und seit mehr als einer Dekade 1. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

Um die notwendige Versorgung im Bereich Kinder- und Jugendgynäkologie bundesweit noch weiter zu verbessern und fehlenden medizinischen Nachwuchs zu erreichen, braucht das Fachgebiet eine eigene Zusatzbezeichnung.

Prof. Patricia G. Oppelt,

1. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

Oppelt benennt ein akutes Problem: Wenngleich die Fortbildungen zertifiziert werden, dürfen weitergebildete Fachvertretende keine Zusatzbezeichnung führen – weder in der Frauenheilkunde noch in der Pädiatrie. Zudem fehlen bisher entsprechende Abrechnungsziffern für eine adäquate Honorierung. Ein positives neues Pilotprojekt sei die noch nicht flächendeckend etablierte sogenannte Mädchensprechstunde M1¹. Das Versorgungsangebot gilt für Mädchen und junge Frauen zwischen 12 und 17 Jahren, die bei einer der teilnehmenden Betriebskrankenkassen versichert sind. Frauenärzte können sich seit August 2024 bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in den Selektivvertrag einschreiben. Die „M1“ soll einen niedrigschwelligen Erstkontakt zur frauenärztlichen Beratung und Begleitung ermöglichen. Dazu gehört unter anderem, den Impfstatus zu überprüfen und über sexuell übertragbare Krankheiten aufzuklären. Auch eine erste körperliche Untersuchung ist möglich. Oppelt erklärt: „Ich erhoffe mir, dass andere Kassen mit aufspringen, um möglichst vielen jungen Patientinnen die M1 anbieten zu können.“ Wenngleich die „M1“ angemessen honoriert werde, gelte dies nicht grundsätzlich für die Kinder- und Jugendgynäkologie. Viel sprechende Medizin, Blickdiagnosen, Ultraschall und sonst eher wenig Einsatz von technischen Geräten machen die Arbeit aus. Das kostet Zeit und damit eigentlich auch Geld.

Sensible Beurteilung bei Verdacht auf präpubertären sexuellen Missbrauch

Ein sensibler Teil der Fortbildungsarbeit ist das Thema sexueller Kindesmissbrauch. Im Verdacht auf Missbrauch spielt die kindergynäkologische Untersuchung eine große Rolle. „Selten haben wir körperliche Befunde“, erläutert Dr. Stephanie Lehmann-Kannt, Oberärztin an der Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie am Universitätsklinikum des Saarlandes und 2. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. Die Begutachtung obliegt bestenfalls erfahrenen Medizinerinnen und Medizinern. Als solche gelten gemäß einem in den USA diskutierten Benchmark Kolleg:innen, die bereits mindestens 1000 Kinder nach mutmaßlichem sexuellen Missbrauch untersucht haben.

Dabei gehe es weniger um den Nachweis einer akuten Vergewaltigung. Dies geschehe mit Untersuchungs-Kids über den Nachweis von Spermien und DNA-Spuren mit Unterstützung der Kriminalpolizei. Lehmann-Kannt führt aus: „Es geht insbesondere um präpubertäre Kinder, die häufig im engsten innerfamiliären und Bekanntenkreis über Jahre missbraucht und in der Regel nicht zeitnah vorgestellt werden.“ Häufig würden erst nach der Trennung von den Tätern Dinge offenbar. Die letzte Tat liegt dann möglicherweise schon Monate, wenn nicht Jahre zurück. „Die Befunde sind schwer zu interpretieren und oft auch nicht da. Hier braucht es eine besondere Sorgsamkeit, um diese von Normalbefunden abzugrenzen, so Lehmann-Kannt. Fatal sei letztlich beides: Sowohl eine beweisende Verletzungsfolge nicht zu erkennen als auch eine Normvariante als auffällig zu interpretieren und damit eine Anklage mit möglicher Verurteilung eines Menschen in Gang zu setzen, der kein Täter ist. Bei einem Verdacht, bei



dem die Tat(en) in der Vergangenheit und keine akute Verletzung vorliegt, sollten zunächst hierfür spezialisierte Beratungsstellen für sexuellen Kindesmissbrauch aufgesucht werden.

Aktuell entstehen bundesweit sogenannte Childhood-Häuser² – nach einem Modell aus Skandinavien. Das Childhood-Haus nimmt die Idee des „Barnahus“ (wörtlich: „Kinderhaus“) auf und setzt es modifiziert in Deutschland um. Im Childhood-Haus werden Kinder betreut, bei denen der Verdacht besteht, dass sie von sexualisierter oder körperlicher Gewalt betroffen oder aber selbst Zeuge geworden sind. Die Initiative sei lobenswert und das Konzept, bei dem die verschiedenen Disziplinen (Medizin, Justiz, Psychologie) zum Kind kommen, sehr gut - gleichzeitig dürften andere Kinderschutzstrukturen in Deutschland dafür nicht ins Defizit geraten. Zudem müsse dafür Sorge getragen werden, dass in Childhood-Häusern Menschen mit entsprechender Expertise tätig seien, betonen Oppelt und Lehmann-Kannt mit Nachdruck.

Neue Leitlinien mit Relevanz für die Kinder- und Jugendgynäkologie

Eine wissenschaftliche Sitzung auf dem Berliner Symposium widmete sich darüber hinaus der Vorstellung neuer Leitlinien mit Relevanz für die Kinder und Jugendgynäkologie.

Darunter fällt die in Arbeit befindliche Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des polyzystischen Ovarsyndroms (PCOS)³. Mit einer Prävalenz von 15% stellt das PCOS die häufigste endokrinologische Erkrankung bei Frauen im fertilen Alter dar, worunter eben auch weibliche Heranwachsende in der Adoleszenz zählen. Die Symptomatik ist klinisch u.a. gekennzeichnet durch Zeichen der Hyperandrogenämie (vor allem Hirsutismus) Zyklusstörungen und (allerdings erst im Erwachsenenalter) eine polyzystische Ovarmorphologie. Häufig finden sich begleitend Übergewicht, Adipositas, Insulinresistenz und andere Zeichen des metabolischen Syndroms. Aufgrund divergierender Definitionen des PCOS (insbesondere auch für das Jugendalter) und fehlender interdisziplinärer Standards der Diagnostik und Therapie wurde diese 1. Deutsche Leitlinie erstellt. Sie steht kurz vor Veröffentlichung.

Ein weiteres relevantes Thema ist das Ullrich-Turner-Syndrom (UTS). Es betrifft 25-50 pro 100.000 Frauen und kann in allen Lebensphasen mehrere Organe betreffen, was einen interdisziplinären Ansatz zur Betreuung erforderlich macht. Die neue internationale Leitlinie von 2023 geht auf wichtige Fortschritte in der Betreuung ein.⁴ In der Leitlinie wurde ein Augenmerk auf die fünf folgenden Gesichtspunkte gelegt:

- 1) diagnostische und genetische Probleme,
- 2) Wachstum und Entwicklung während der Kindheit und Jugend,
- 3) angeborene und erworbene Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- 4) Übergang und Erwachsenensorge und
- 5) andere Begleiterkrankungen und neurokognitive Probleme.

Ein starker Konsens besteht für die Empfehlung zur Fertilität, die länger als dogmatisch galt, nämlich Frauen mit UTS zu beraten, dass ihre Wahrscheinlichkeit, spontan schwanger zu werden, schnell mit dem Alter abnimmt, wenn sie überhaupt vorhanden ist. Zudem sollte in Betracht gezogen werden, in jungen Jahren eine Fertilitätsbehandlung anzubieten. Außerdem widmet sich die Leitlinie der Überwachung von Begleiterkrankungen und gibt hier praxisnahe Empfehlungen dazu, welche Parameter wie häufig kontrolliert werden sollten. Wie zum Beispiel die Empfehlung für eine lebenslange jährliche Messung des HbA1c mit oder ohne Nüchternplasma-Glukose – beginnend im Alter von 10 Jahren. Die neue Leitlinie ist ein



weiterer Schritt zur verbesserten und standardisierten Betreuung von Mädchen und Frauen mit UTS, v.a. nach Transition.

Vorgestellt wurde auf dem Berliner Symposium auch die hoch aktuelle und viel diskutierte AWMF-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter⁵. Ziel der Leitlinie ist die Neufassung aktueller Behandlungsstandards im Kindes- und Jugendalter auf der Basis der bestmöglichen Rezeption des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Wissensstandes unter partizipativer Beteiligung von Patient*innenvertretungsorganisationen. Und das in einem Feld, in dem es nach wie vor bedeutsame fachliche Ungewissheiten und daraus resultierende Kontroversen gibt. In der Präambel heißt es: „In Achtung der Würde der Behandlungssuchenden unterstützt die Leitlinie den Abbau von Diskriminierung und die Entpathologisierung von Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit ihrem anatomischen bzw. bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt.“ Als Konsequenz dieses Paradigmenwechsels wird der Begriff der „Geschlechtsidentitätsstörung“ nicht mehr genutzt. Stattdessen werden nach der 11. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) „Geschlechtsinkongruenz“ und „Geschlechtsdysphorie“ verwendet. Trotz hoher medialer Aufmerksamkeit für die Thematik der Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie betont die Autorengruppe, dass sich die Zahlen medizinisch behandelter junger Menschen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie und dem Wunsch, die aktuelle Geschlechtszugehörigkeit zu verändern, absolut gesehen auf niedrigem Niveau bewegen. „Man muss sorgsam sein. Gerade um die hormonelle Pubertätsblockade gab es Kontroversen. Mögliche Nebenwirkungen einer zu früh und später als falsch empfundenen Therapie müssen abgewogen werden gegen die ebenfalls gravierenden Konsequenzen einer unterlassenen Intervention“, so Dr. Stephanie Lehmann-Kannt.

Hormontherapie vor Beginn der Pubertät bleibt Tabu

Im Gegensatz zur mittlerweile ungültigen AWMF-Leitlinie von 2013 (damals noch mit dem Titel „Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter“) finden sich nun keine festen Altersgrenzen mehr für den Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie. Voraussetzung sei eine individuell festgestellte Entscheidungsreife. Zuvor lag die Empfehlung bei 16 Jahren plus. Lehmann-Kannt: „Wenn Kinder mit Klarheit und Vehemenz ihren Eltern kommunizieren, dass sie sich dem – qua Geburt – zugeordneten Geschlecht dauerhaft nicht zugehörig fühlen, sollte dies durchaus ernst genommen werden. Die Kinder sollen unterstützt, nicht aber gepusht werden.“ Präpubertär gäbe es jedoch keinen Prädiktor, ob die Geschlechtsdysphorie persistiere oder sich später wieder auflösen wird. Fest stehe: Bei einem hohen Prozentsatz präpubertär geschlechtsinkongruenter Kinder persistiert diese Inkongruenz nicht bis zur Pubertät. Tabu ist daher jedwede Hormontherapie – blockierend wie geschlechtsangleichend – vor Beginn der Pubertät. Sinnvoll sei die Erfassung therapiesuchender Patient:innen in einem Register, um zu überprüfen, wie angemessen die aktuellen Therapieoptionen langfristig betrachtet sind. Festzustellen sei, dass es bei Jugendlichen mehr Fälle von Trans-Jungen gäbe (3 zu 1). Die Ursache ist letztlich nicht geklärt. Der vieldiskutierte Einfluss sozialer Medien und die immer noch bestehende gesellschaftliche Höherstellung des Mannes reichen als Erklärungsmuster nicht aus. Im Erwachsenenalter sei das Verhältnis von Geschlechtstransitionen eher ausgeglichen.



Die Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie muss sorgsam erfolgen. Mögliche Nebenwirkungen einer zu früh begonnenen und später als falsch empfundenen Therapie müssen abgewogen werden gegenüber den ebenfalls möglicherweise gravierenden Konsequenzen einer unterlassenen Intervention“.

Dr. Stephanie Lehmann-Kannt,
2. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

Nicht ausreichend für den Bedarf aus der Kinder- und Jugendgynäkologie sei nach wie vor das psychotherapeutische Angebot. Und das, obwohl gemäß Psychotherapierichtlinie wöchentliche Ersttermine (im Rahmen von Psychotherapeutischen Sprechstunden) vorgesehen sind. Darüber hinaus bieten Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen Möglichkeiten der Vermittlung. Konkret ein (Erstgespräch in einer psychotherapeutischen Sprechstunde binnen vier Wochen und dann ggf. erforderliche Akutbehandlungstermine binnen zwei Wochen bei Vorliegen einer Dringlichkeitsbescheinigung.⁷

Auch die Endometrioseleitlinie⁸ wurde in Berlin beleuchtet. Sie beinhaltet in der gültigen Fassung ein eigenes Kapitel zur Endometriose bei Adolescentinnen. Die Autoren führen aus, dass der Leidensweg der Betroffenen lang sein kann – häufig dauert es zehn Jahre bis zur Diagnose. Studien zufolge haben bis zu zwei Drittel der erwachsenen Frauen, bei denen die Erkrankung operativ gesichert wurde, berichtet, dass ihre Schmerzsymptomatik bereits in der Adoleszenz begonnen hat. Ein Expertenkonsens der Leitlinie hält fest, dass alle Formen von anhaltenden Unterbauchschmerzen in der Adoleszenz Symptome einer Endometriose sein können. Zudem sollte die Primärtherapie bei Verdacht in dieser Altersgruppe medikamentös erfolgen.

Hormonphobie unter Jugendlichen hält an – vollumfängliche Beratung ist essenziell

Der Trend zur Hormonphobie in der Gruppe der jungen weiblichen Heranwachsenden hält weiter an. Prof. Oppelt: „Heute belehren wir aber nicht mehr. Wir holen die Patientinnen in ihrer Situation ab, hören zu, nehmen die Sicht auf und geben dann eine individuelle vollumfängliche Beratung zu nicht hormonellen und aber natürlich auch zu den sicheren hormonellen Verhütungsmethoden ab. Mit allen Vor- und Nachteilen.“ So sollte der Zusatznutzen, den Hormonpräparate für eine Dysmenorrhoe oder etwa für die Haut mit sich bringen, immer auch Bestandteil einer fachärztlichen Aufklärung sein.

Das 14. Berliner Symposium habe gezeigt, so die Bilanz von Prof. Oppelt, wie breit das Fach inhaltlich aufgestellt sei, was auch der fruchtbaren Interdisziplinarität geschuldet sei. Um aber die flächendeckende Versorgung in der Kinder- und Jugendgynäkologie bundesweit noch weiter zu verbessern, brauche es eine Zusatzbezeichnung. Damit würden das wissenschaftliche Niveau und die Attraktivität des Fachbereichs steigen, was wiederum mehr medizinischen Nachwuchs anziehen könnte. Denn der wird für die jungen weiblichen Patientinnen in Deutschland dringend benötigt.

Sara Schönborn
Repräsentanz der Fachgesellschaften



Kasten

Kinder- und Jugendgynäkologie

Die Kinder- und Jugendgynäkologie füllt als interdisziplinäre Spezialisierung die Lücke, die lange in der Betreuung von gynäkologischen Erkrankungen und Fragestellungen von kleinen und heranwachsenden Mädchen, sowie Jugendlichen bestand. Die Verknüpfung der Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendheilkunde mit angrenzenden Fächern wie der Kinderurologie, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie spiegeln den enormen Facettenreichtum wider.

➤ www.kindergynaekologie.de

Preisträger 2025

Der Preis für den besten besonderen Fall in der Traineesitzung wurde verliehen an:

Lisa Osbild für ihre Präsentation mit dem Titel „Periphere Pubertas praecox basierend auf einem juvenilen Granulosazelltumor des Ovars bei einer 1,7 Jahre alten Patientin“

Rahel Moser für ihre Präsentation mit dem Titel „Save the Ovaries - Chirurgisches Management von simplen Ovarialzysten bei Mädchen und Jugendlichen“

Vorstandswahl

Im Rahmen der ordentlichen Mitgliederversammlung während des 14. Berliner Symposiums für Kinder und Jugendgynäkologie wurde der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. gewählt.

1. Vorsitzende

Prof. Dr. med. Patricia Oppelt, Frauenärztin, Uni-Frauenklinik Erlangen

2. Vorsitzende

Dr. med. Stephanie Lehmann-Kannt, Pädiaterin, Universitätsklinikum des Saarlandes

Dr. med. Ivonne Bedei, Frauenärztin, UKGM - Standort Gießen

PD Dr. med. Maren Goeckenjan, Frauenärztin, Universitätsklinikum Dresden

PD Dr. med. Heike Hoyer-Kuhn, Pädiaterin, Uniklinik Köln

PD Dr. med. Alexandra Keller, Pädiaterin, Kinderzentrum am Johannisplatz Leipzig



Quellen

- 1 https://www.kbv.de/html/1150_71101.php
- 2 [Childhood-Haus | Childhood Deutschland](#)
- 3 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/089-004#anmeldung>
- 4 <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Turner-Syndrome>
- 5 https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-014|_S2k_Geschlechtsinkongruenz-Geschlechtsdysphorie-Kinder-Jugendliche-Diagnostik-Behandlung_2025-03_1.pdf
- 6 [Verpflichtende Psychotherapie-Sprechstunde eingeführt - 90 Prozent - Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes](#)
- 7 [Psychotherapeutische Sprechstunde | BMG](#)
- 8 [015/045 - Diagnostik und Therapie der Endometriose](#)