

Kinder- und Jugendgynäkologie

Bei steigender Nachfrage vom Aussterben bedroht?

Mädchen sind keine kleinen Frauen. Daher bedürfen weibliche Heranwachsende einer angepassten fachärztlichen Behandlung. Trotz steigender Nachfrage und vielen Paradigmenwechseln – z. B. in der Betreuung von Transidentität – hat das Fach der Kinder- und Jugendgynäkologie ein Problem: Es wird kaum noch ausgebildet. Ein Hintergrundgespräch mit Prof. Patricia G. Oppelt und Dr. Stephanie Lehmann-Kannt am Rande des 13. Symposiums für Kinder- und Jugendgynäkologie 2023 in Berlin.



Die erste Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V., Frau Prof. Patricia G. Oppelt (rechts), und ihre Stellvertreterin, Frau Dr. Stephanie Lehmann-Kannt (links), am Rande des 13. Berliner Symposiums für Kinder- u. Jugendgynäkologie, das vom 20. – 22. April 2023 in der Hauptstadt ausgetragen wurde.

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 der Spezialisierung wider. Oberste Prämisse für eine kompetente Betreuung ist die Aneignung von Fachwissen über Entwicklungsabläufe sowie entsprechend angepasste Untersuchungsmethoden. Denn Mädchen sind keine kleinen Frauen.



Mangelnde Ausbildungsangebote an Universitätskliniken

Prof. Dr. Patricia G. Oppelt ist stellvertretende Oberärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen sowie in eigener Niederlassung tätig und seit einer Dekade 1. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. Sie erklärt: „Kinder- und Jugendgynäkologie beinhaltet sowohl gynäkologische als auch pädiatrische Endokrinologie. Problematisch ist allerdings, dass zunehmend weniger Nachwuchs auf diesem Gebiet ausgebildet wird!“

Tatsächlich ist das Wissen um die gynäkologische Entwicklung und Untersuchung von Kleinkindern, Mädchen und Jugendlichen kein Bestandteil des Facharztcurriculums. „Nicht in der Pädiatrie und auch nicht in der Gynökologie“, erklärt Prof. Oppelt und ergänzt: „Zudem ist es zunehmend so, dass selbst an den Universitätskliniken Kinder- und Jugendgynäkologie gar nicht mehr angeboten wird. Das habe primär monetäre Gründe. „Kinder- und Jugendgynäkologie rechnet sich nicht – es ist sehr zeitaufwendig, dies wird aber nicht vergütet. Weiterhin braucht es Zeit sich das Wissen anzueignen“, so Prof. Oppelt. Und das, obwohl die Nachfrage in Deutschland wächst. Verzweifelte Mütter suchen mit ihrem Nachwuchs Praxen auf, weil unklarer Ausfluss oder Juckreiz bei den Mädchen besteht, weil die Blutung nicht einsetzt und zuletzt zunehmend, wenn ein Mädchen sich in ihrem zugewiesenen Geschlecht nicht zugehörig fühlt. In krasser Diskrepanz zu diesem wachsenden Interesse ist die Kinder- und Jugendgynäkologie bundesweit absolut unterrepräsentiert. „Weder eine Fachärzt:in für Kinderheilkunde ist erfahren in der spezifischen Beurteilung von auffälligen gynäkologischen Diagnosen, noch ist es eine Gynäkolog:in. Von daher ist es absolut notwendig, diese Nische zu besetzen“, erklärt 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.

Entstanden ist die Kompetenz für die Spezialisierung über viele Jahre hinweg durch das Engagement der AG Kinder- und Jugendgynäkologie in fachübergreifender Fortbildung des ärztlichen Nachwuchses. Die Fachliteratur von Dr. Judith Esser Mittag und Prof. Alfred Wolf sowie Dr. Marlene Heinz beschrieb erstmals, wie der gynäkologische Umgang mit Mädchen gestaltet werden kann. Zuvor ging man noch davon aus, dass Mädchen 1:1 untersucht werden können wie erwachsene Frauen. Mittlerweile ist auch dank des Engagements von Dr. Gisela Gille bekannt, was Mädchen bewegt. Etwa das Unwissen zu Periodenschmerzen, Scham und die Ablehnung der Menstruation oder des eigenen Körpers sowie Wissen und Unwissen zur Verhütung bis hin zu Facetten der Sexualität.

Kindergynäkologie ist viel Sprechende Medizin gepaart mit Blickdiagnostik. Wirtschaftlich betrachtet ein Dilemma. Kostenträger honorieren vergleichsweise großzügig die „Apparate-Medizin“ – bedingt durch hohe Anschaffungs- und Erhaltungskosten. Die kommt aber in dieser Spezialisierung im Grunde nicht häufig zum Einsatz. Im Zentrum stehen hier vielmehr eine gründliche Anamnese, eine gute klinische Untersuchung, vielleicht noch eine Sonografie und zusätzliche Laborwerte. Dr. Lehmann-Kannt: „Es braucht die Zeit, um Erfahrungen zu sammeln und es braucht jene Zeit, die man sich für die Patientinnen nimmt. Gut zuhören - das ist das A und O! So kann man – aus der gesammelten Erfahrung heraus – eine fundierte Diagnose stellen.“



Prof. Oppelt ergänzt: „Für Ärztinnen und Ärzte erfordert es ein hohes Engagement, das Fach zu erlernen. Das gelingt nicht mal eben binnen einiger Monaten.“ Vielmehr dauere es Jahre, bis man sich seriös als Kinder- und Jugendgynäkolog:in bezeichnen könne. Dieses Engagement sei heute nur noch bedingt gegeben.

Paradigmenwechsel in der medizinischen Betrachtung von Varianten der Geschlechtsentwicklung und Geschlechtsidentität

„Immer mehr und immer jünger“, diese Entwicklung beschäftigt die Kinder- und Jugendgynäkologie mit Blick auf das gesundheitliche Megathema „Geschlechtsinkongruenz und Transidentität“, hier in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Kinder- und Jugendendokrinolog:innen sind in Kooperation mit den begleitenden Psychotherapeut:innen gefordert, festzulegen, ob und ab wann eine geschlechtsangleichende Hormontherapie sinnvoll erscheint und ob die Pubertät gehemmt werden sollte. Eine wissenschaftliche Sitzung des 13. Berliner Symposiums befasste sich unter dem Titel „Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – aktuelle Standards und Kontroversen“ mit eben diesem Phänomen. Lehmann-Kannt erklärt: „Geschlechtsinkongruenz bezeichnet das Nichtzusammenpassen des bei der Geburt zugewiesenen äußerlich sichtbaren Geschlechts und der inneren empfundenen Geschlechtsidentität.“ Ein Leiden, dass weltweit zunehmend thematisiert werde. Ob es sich tatsächlich um ein zunehmendes Phänomen handelt, werde innerhalb der Medizin und angrenzenden Wissenschaften kontrovers diskutiert. Fest steht aber: Die Gesellschaft steht dem offener gegenüber, als dies noch vor einer Dekade der Fall war. Auch gebe es mehr Behandlungsangebote. Den Vorwurf, es handle sich hier nur um einen durch Social Media geförderten Trend, sehen die Spezialistinnen kritisch. Sie heben hervor, dass eine Geschlechtsinkongruenz heute nicht mehr als Erkrankung gilt, sondern als Normvariante im Sinne eines non-binären Geschlechterverständnisses. Ähnlich wie es Varianten der körperlichen Entwicklung gebe, gebe es eben auch Varianten der Geschlechtsidentität. Dem „Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung“, also der fehlenden eindeutigen Zuordnung zum weiblichen oder männlichen Geschlecht bei Geburt (früher „Intersexualität“), widmete sich eine weitere wissenschaftlichen Sitzung mit Referent:innen aus Medizin und Psychologie. Die Beantwortung der Frage „Was ist es denn nun eigentlich“ sei auch nach Gen- und Hormonanalytik und Bildgebung nicht immer zu beantworten – letztlich könne die Antwort auf die Frage der Geschlechtsidentität nur jeder Mensch selbst beantworten.

Das Phänomen einer Inkongruenz zwischen bei Geburt (aufgrund körperlicher Merkmale) zugewiesenem Geschlecht und gefühlter Identität gilt nicht mehr als Erkrankung, das Leiden daran wiederum schon. Im neuen ICD-Katalog 11, der in Deutschland noch nicht zur Anwendung kommt, wurde das Kapitel 17 „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ eingeführt. Damit wird mit dem Zeitpunkt der Gültigkeit des neuen Katalogs die Diagnose Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter (HA60) aufgenommen.¹ Ein Paradigmenwechsel, indem das Phänomen erstmals nicht als psychische Krankheit eingestuft und PatientInnen entstigmatisiert werden. Die bisherigen Begriffe der „Geschlechtsidentitätsstörung“ und des „Transsexualismus“ werden dann zugunsten diagnostischer Begriffe der „Geschlechtsinkongruenz (GI)“ und der „Geschlechtsdysphorie (GD)“ verlassen. Die aktualisierte Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung“ soll laut AWMF noch Ende des Jahres fertig gestellt sein.²



Pubertäre Sinnkrise vs. behandlungsbedürftige Geschlechtsinkongruenz

Die Therapien zur Behandlung einer GI können unterschiedlich aussehen. Nicht jede Patient:in braucht eine Hormonbehandlung oder geschlechtsangleichende Operation. „Wichtig ist, dass die Patient:in ernst genommen wird und eine sorgfältige psychotherapeutische Diagnostik erfolgt“, sagt die Kinderärztin Stephanie Lehmann-Kannt. Eine geschlechtsangleichende Hormontherapie wird regelhaft ab dem 16. Geburtstag durchgeführt, in Ausnahmefällen auch schon früher. „Ganz wichtig: nur nach begründeter Indikation!“, betont Lehmann-Kannt. Voraussetzung sei hier die interdisziplinäre Kooperation mit Psychotherapeut:innen. Die Diagnose einer behandlungsbedürftigen Transidentität könne nur im informed consent zwischen Patient:innen, sorgeberechtigten Eltern und begleitenden Endokrinolog:innen, Kindergynäkolog:innen und Psychotherapeut:innen gestellt werden. Der Prozess sei oft aufwändig und langwierig. Häufig gingen ihm jahrelange Leidenswege voraus. Bisher, so kritisieren die Spezialistinnen, gebe es zu wenig Behandlungsangebote in Zentren, wo die genannten Berufsgruppen interdisziplinär unter einem Dach agieren. Schließlich gehe es um nicht weniger als die äußerst sorgfältige Abwägung, ob es sich im Einzelfall eher um eine pubertäre Krise handelt – womöglich noch getriggert durch entsprechende Angebote im Internet – oder aber tatsächlich um eine persistierende Transidentität. Kommt es im Verlauf zu einer einvernehmlichen Entscheidung für eine geschlechtsangleichende OP, erfolgt diese in aller Regel leitliniengemäß erst nach dem 18. Geburtstag.

Social Media – viel Fluch und etwas Segen

Ein weiteres wichtiges Thema auf dem Symposium in Berlin war die Kontrazeption. „Im Bereich Kontrazeption tut sich wahnsinnig viel“ konstatiert Prof. Oppelt. Die Anwenderinnen seien zudem deutlich achtsamer als früher, was die Entscheidung für ein konkretes Verhütungsmittel angehe. Kritik übt die Erlanger Gynäkologin an manch negativen Einfluss von InfluencerInnen. Das Maß, mit welchem sie auf ihre Follower einwirken, sei enorm hoch. Oppelt kritisiert: „Die oft sehr emotionalen Ansprachen führen zu voreingenommener Ablehnung der Pille und einem deutlichen Trend hin zu unsicheren Verhütungsoptionen.“ Das Problem: Mythen bis hin zu regelrechten Falschinformationen transportieren die neuen Promis aus dem Netz im Takt von Social Media. So würden etwa Verhütungspillen in übertriebenem Maße Symptome zugeordnet, die sie de facto in der Regel gar nicht auslösen. Etwa Libidoverlust oder Stimmungsschwankungen. Phrasen wie „Die Pille hat mich zum Tier gemacht“ würden in der Regel ohne medizinischen Hintergrund verbreitet. In der Wahrnehmung der Follower seien sie aber glaubhaft. Prof. Oppelt sagt: „Das Verwerfliche dabei ist, dass sich die Mädchen und jungen Frauen so lange in Sicherheit wiegen, bis sie einmal in einem gynäkologischen Beratungsgespräch über die entsprechenden Risiken aufgeklärt werden.“ Bis dahin könnte es schon zu unerwünschten Folgen, wie etwa einer ungeplanten Schwangerschaft gekommen sein. Smartphone-Botschaften ersetzen kein Arztgespräch. Sie sind aber deutlich beliebter bei Teenies. Das würden Studien zeigen. Müsste die fachärztliche Zunft womöglich an ihrer eigenen Ansprache arbeiten, um Patientinnen im Jahr 2023 besser zu erreichen? Fest stehe: Bei aller vermeintlichen Aufgeklärtheit sei die Verunsicherung zum eigenen Körper, zur Pubertät und allen mit ihren verbundenen Begleiterscheinungen im Jahr 2023 unverändert hoch, konstatieren beide Spezialistinnen. Etwas Segen bringe Social Media dann aber auch mit sich. Jene InfluencerInnen nämlich, die mantraartig Body-Positivity verbreiten würden, seien wiederum ein gutes Beispiel für altersgerechte Ansprache über das Internet.



Wichtige Fortbildungsquelle für niedergelassene GynäkologInnen

Gerade niedergelassene Teilnehmerinnen und Teilnehmer profitieren besonders von den wissenschaftlichen Sitzungen und praxisrelevanten Seminaren auf dem Berliner Symposium. Sind sie es doch, die weibliche Heranwachsende endokrinologisch informieren – und das möglichst differenziert. Dr. Lehmann-Kannt betont: „Man kann nicht sagen, ein Verhütungsmittel sei das Bessere. Es braucht eine gründliche Anamnese und eine individuelle Beratung.“ Prof. Oppelt ergänzt: „Es gibt Verhütungsoptionen für die verschiedenen Lebensphasen. Dieses Credo sollte Grundlage jeder Kontrazeptionsberatung sein.“ Mittlerweile gibt es unzählige Sorten von Verhütungspillen. Das überfordere viele Anwenderinnen. Umso wichtiger sei eine fundierte fachärztliche Information auf Basis hochwertiger Fortbildungen.

Apps verhindern nach wie vor keine Schwangerschaft

Apps standen schließlich auch im Fokus des wissenschaftlichen Symposiums. Prof. Oppelt erklärt: „Apps werden zunehmend genutzt – etwa zum Tracken – was sicherlich auch sinnvoll ist, da junge Patienten so eine gute Vorstellung über den eigenen Zyklus erhalten“. Dagegen seien Apps nach wie vor ungeeignet, um eine Schwangerschaft zu verhindern, wenngleich das von einigen Herstellern propagiert werde. Und der Markt wächst - auch durch die neuen Wearables für das Handgelenk, die eine hohe Anziehungskraft auf Frauen ausüben. Ein Best-Practice-Beispiel sei Better Birth Control. Der gemeinnützige Verein berät seit 2021 die Bundespolitik hinsichtlich besserer und gleichberechtigter Verhütung und will damit eine enttabuisierte Aufklärungsarbeit leisten.

Von Ärztekammern anerkannte Spezialisierung notwendig

Der Wermutstropfen: Keine der Leistungen der Kinder- und Jugendgynäkologie wird im EBM oder in der GOÄ abgebildet. Die zeitintensive Arbeit einer solchen Sprechstunde muss also in der Regel durch andere Bereiche monetär kompensiert werden. „Wünschenswert wäre daher aus unserer Sicht,“ konstatiert Prof. Oppelt „wenn die Kinder- und Jugendgynäkologie eine anerkannte Spezialisierung in beiden Disziplinen hätte.“ Ziel müsse es sein, eine Abrechenbarkeit sowohl in der Gynäkologie als auch in der Pädiatrie zu erreichen, um den medizinischen Altruismus zu beenden. Dringend notwendig sei zudem ein entsprechendes flächendeckendes psychotherapeutisches Angebot. Beide Voraussetzungen seien – Stand heute – nicht gegeben. Dies gehe zulasten der wachsenden Zahl beratungsbedürftiger PatientInnen in Deutschland und der hoch engagierten Leistungsträger:innen der beteiligten Facharztgruppen.

*Sara Schönborn
Pressereferentin
Repräsentanz der DGGG
und Fachgesellschaften*

Terminhinweis: Das 14. Berliner Symposium findet im Frühjahr 2025 statt.



Quellen

1

<https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/node.html>

2

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-014#anmeldung>

3

<https://betterbirthcontrol.org/>