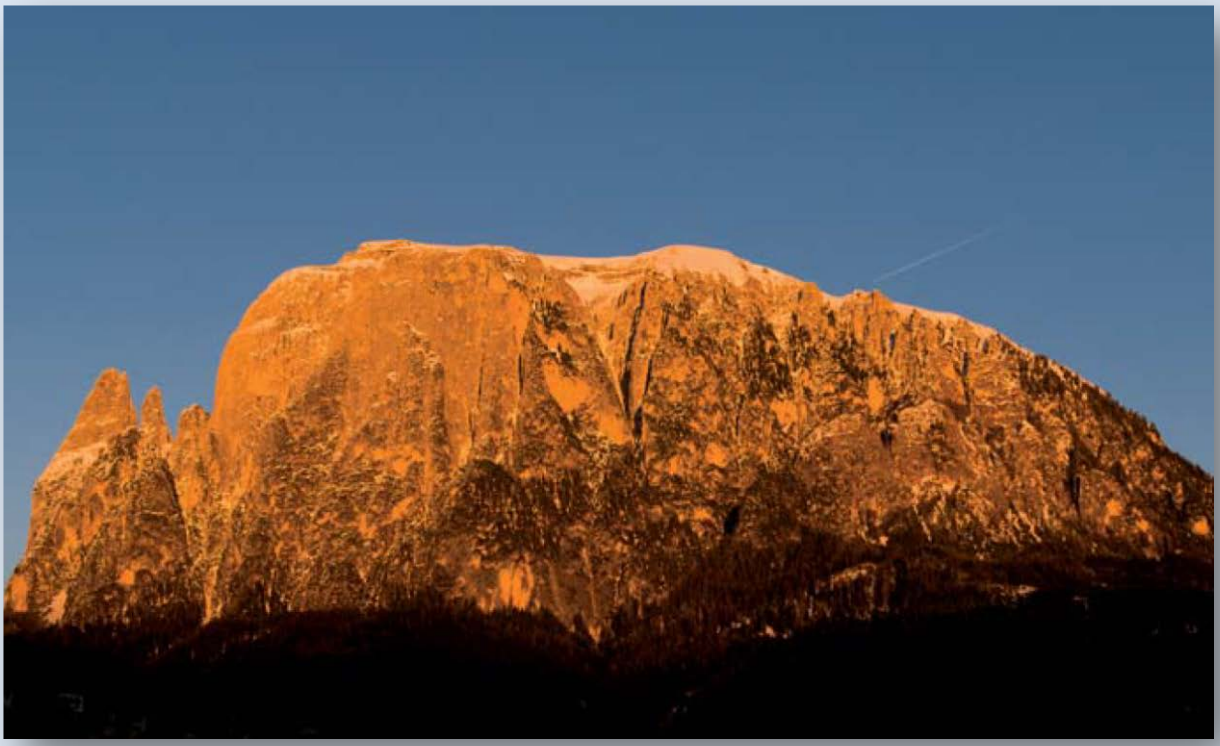
tirol kliniken
universitätskliniken
innsbruck

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK



Jahresbericht 2015|2016

Frauenheilkunde Innsbruck

Geschäftsführender Direktor: Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

Unv.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Privat vorsorgen und öffentlich spenden

Wie Stammzellen aus der Nabelschnur für das eigene Kind und gleichzeitig für andere von Nutzen sein können.

Das Nabelschnurblut enthält Millionen wertvoller Stammzellen. Diese könnten dabei helfen, Verletzungen und Krankheiten zu überwinden.

VitaMeins&Deins

Vita 34 bietet mit dem neuen Produkt VitaMeins&Deins als erste Stammzellbank die Möglichkeit, eine individuelle Gesundheitsvorsorge und eine öffentliche Spende für andere zu kombinieren.

Wie funktioniert das?

Das bei der Geburt gewonnene Nabelschnurblut wird bei ausreichender Menge in zwei vollwertige Stammzelldepots aufgeteilt. Der für die individuelle Vorsorge bestimmte Teil des Nabelschnurblutes wird bei Vita 34 eingelagert und ist so für den persönlichen Einsatz jederzeit verfügbar. Das zweite Depot wird als öffentliche Spende bereitgestellt. Damit kommt das große Potential der Stammzellen aus der Nabelschnur dem eigenen Kind UND anderen zu Gute. Eltern profitieren doppelt: Sie haben das schöne Gefühl, Gutes zu tun und gleichzeitig die beruhigende Gewissheit, für die Zukunft Ihres eigenen Kindes vorzusorgen.

Vorteile auf einen Blick:

- Vita 34 unterstützt eine breite Versorgung mit Stammzellen und übernimmt deshalb die Kosten für das öffentliche Depot.
- 85% aller werdenden Eltern wünschen sich, die Eigenvorsorge für das eigene Kind mit einer Spende kombinieren zu können. VitaMeins&Deins macht es möglich.
- Das Vita 34-Modell kombiniert die individuelle Gesundheitsvorsorge und eine öffentliche Spende für andere.
- VitaMeins&Deins schließt die Lücke zwischen den bisherigen drei Möglichkeiten (Eigenvorsorge, gerichtete Spende, ungerichtete Spende), Nabelschnurblut aufzubewahren.
- **Es ist derzeit die einzige Möglichkeit, in Österreich Nabelschnurblutstammzellen zu spenden.**

VITA 34
DIE STAMMZELLBANK

An sich und andere denken
Das neue VitaMeins&Deins

Neu und nur bei Vita 34
Mit Stammzellen aus der Nabelschnur Ihres Kindes jetzt privat vorsorgen und gleichzeitig öffentlich spenden

Vita 34 bietet mit der neuen Spendenoption VitaMeins&Deins als erste Stammzellbank die Möglichkeit, eine individuelle Gesundheitsvorsorge und eine öffentliche Spende für andere zu kombinieren.

Fordern Sie kostenfrei Informationen an:
unter **00800 034 00 000**
oder auf **www.vita34.at**

Inhaltsverzeichnis

CHRISTIAN MARTH 6

1. TEAM FRAUENHEILKUNDE 7

1.1. TEAM GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE 8
1.2. TEAM ENDOKRINOLOGIE 9
1.3. KARENZ|ELTERNTEILZEIT 9

2. STRUKTUR 10

2.1. ORGANIGRAMM 10
2.2. STELLENPLAN 11
2.3. MITARBEITERINNEN 12

3. BEREICHE 12

3.1. SONDERSTATION 13
3.2. GEBURTSHILFE 13
3.3. FETALMEDIZIN 14
3.4. GYNÄKOLOGIE 15
3.5. ONKOLOGIE 16
3.6. BRUSTZENTRUM D. FRAUENHEILKUNDE IM RAHMEN DES BRUSTGESUNDHEITZENTRUM TIROL 16
3.7. BIOCHEMISCHES LABOR 17
3.8. KLINISCHE STUDIEN 21
3.9. SOZIALBERATUNG 25

4. BESONDERES 26

4.1. MITARBEITERINNEN-KINDER: GEBOREN 2015|2016 26
4.2. SEIT 2015|2016 NEU IM HAUS - HERZLICH WILLKOMMEN 29
4.3. FACHARZTPRÜFUNG ERFOLGREICH BESTANDEN - WIR GRATULIEREN! 31
4.4. UNIV. PROF. DR. OTTO DAPUNT (1930-2016) 32
4.5. 10 JAHRE WÖCHENTLICH FRISCHE BLUMEN FÜR DEN KREIßSAAL 33
4.6. UNIV.-PROF.IN DR.IN BETTINA TOTH 35
4.7. KUNSTTHERAPIE 35

5. KLINISCHES LEISTUNGSSPEKTRUM 38

AMBULANZEN 38
STATIONEN 39
EINZUGSGEBIET 40
ALTERSSTRUKTUR 41
MITARBEITERINNEN 41
ERLÖSE – AUFWAND 43
5.1. AMBULANZ|SPRECHSTUNDEN 44

5.1.1. Allgemeine Ambulanz 44
5.1.2. Urodynamik-Sprechstunde 44
5.1.3. Endokrinologie-Sprechstunde 44
5.1.4. Schwangeren-Sprechstunde 45
5.1.5. Ultraschall|Fetalmedizin 45
5.1.6. Hebammen-, Entbindungs- u. Still-Sprechstunde 45
5.1.7. BrustGesundheitZentrum-Sprechstunde 45
5.1.8. Onkologie-Sprechstunde 46
5.2. Spezialsprechstunden 46
5.2.1 Dysplasie/KVF 46
5.2.2 Familiäre Malignome 46
5.2.3 HIV 46
5.2.4 Migrantinnen 46
5.3. Labore 47
5.3.1. Morphologisches Labor 47
5.3.2. Labor für klinische Biochemie 47
5.4. Physiotherapie 47
5.5. Sozialarbeit 48
5.6. Fetalmedizin 49
5.7. Geburten 50
5.8. Pflegestationen | Tageskliniken 52
5.8.1. Station Gynäkologie I (Sonderstation) 52
5.8.2. Station Gynäkologie II (Operativ|Schwangere) 52
5.8.3. Station Gynäkologie III (Onkologie|Mamma) 53
5.8.4. Tagesklinik Gyn3 54
5.8.5. Tagesklinik Gyn4 54
5.8.6. Geburtshilfe-Station 54
5.8.7. Mutter-Kind-Station (Wochenstation) 54
5.9. OP-Statistik 55
5.9.1. Gynäkologische Onkologie 55
5.9.2. Gutartige Indikationen 56
5.9.3. Geburtshilfe 57

6. QUALITÄT IST UNS WICHTIG! 58

6.1. Patientinnen-Zufriedenheit 58
6.2. Qualitätsentwicklung und klinisches Risikomanagement 60
6.2.1. Allgemeines zum klinischen Risikomanagement 60
6.2.2. Umsetzung des klinischen Risikomanagements 60
6.2.3. Umsetzung Fehlermelde- und Lernsystem – CIRS 61

7. FORSCHUNG 62

7.1. Publikationen Gynäkologie u. Geburtshilfe 62
7.2. Publikationen Endokrinologie 69
7.3. Laufende Studien 71
7.3.1 Mamma-Studien 71
7.3.2. Gyn. Onkologie-Studien 72
7.3.3. Gynäkologie-Studien 72
7.3.4. Geburtshilfe-Studien 73
7.3.5. Fetalmedizin-Studien 73

7.3.6. ENDOKRINOLOGISCHE STUDIEN 73
7.3.7. STUDIENPATIENTINNEN 74
7.4. PRÄKLINISCHE PROJEKTE 74

8. LEHRE 75

8.1. LEHRANGEBOT 75
8.2. HABILITATION|DISSERTATION|DIPLOMARBEIT 76

9. FORTBILDUNGEN 77

9.1. MONTAGSKONFERENZEN 77
9.2. FACH-FORTBILDUNGEN 79

10. PRESSESPIEGEL 84

11. ADRESSEN GYNÄKOLOGIE|GEBURTSHILFE 102

12. ADRESSEN ENDOKRINOLOGIE 106

Impressum:
Jahresbericht 2015|16 der Frauenheilkunde Innsbruck
Herausgeber und f.d.I.v.: O.Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
Redaktion: Mag. Franz Preishuber
Anichstraße 35|6020 Innsbruck|+43(0)50504-23051
lki.fr.klinikleitung@tirol-kliniken.at
www.frauenklinik.at | www.BrustGesundheitZentrum.at | www.krebsforschung.tirol
Fotos (falls nicht anders angegeben): Thomas Jenewein
Titelbild: Christian Marth
Layout|Druck: Franz Preishuber|Eigenvervielfältigung

Gender-Formulierungen:
Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen betrifft die gewählte Formulierung Personen beiderlei Geschlechts.

Christian Marth

Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

Ich freue mich, Ihnen den Jahresbericht 2015|2016 der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Departments Frauenheilkunde vorstellen zu können.

Sie erhalten damit einen Überblick über unsere Leistungen und neuesten Entwicklungen. Wie immer möchten wir Sie umfassend über unsere Klinik informieren.

Ich hoffe sehr, dass wir auch in den nächsten Jahren wieder eine positive Erfolgsbilanz präsentieren können.

O.Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
Gf. Direktor Department Frauenheilkunde
Direktor Univ.-Klinik f. Gynäkologie und Geburtshilfe

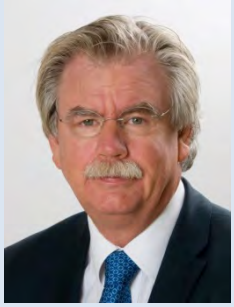
1. Team Frauenheilkunde

Christian Marth

Thomas Praxmarer

Franz Preishuber

Otto Huter


Alain G. Zeimet

Siegfried Fessler

DEPARTMENT FRAUENHEILKUNDE	
O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth Gf. Klinikdirektor	
Mag. Franz Preishuber Klinikmanager	
DGKP Thomas Praxmarer Pflegedienstleitung	
Gf.OA Dr. Otto Huter Qualitätsentwicklung u. klin. Risikomanagement	
UNIV.-KLINIK F. GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	**UNIV.-KLINIK F. GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN**
O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth Direktor	**O. Univ.^{in}-Prof.^{in} Dr.^{in} Bettina Toth** Direktorin
A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet **OA Dr. Siegfried Fessler** Stellvertreter	**PD^{in} Dr.^{in} Beata Seeber** Stellvertreterin
Leitungskreis (situationsbezogen) Christian Marth, Alexandra Ciresa-König, Siegfried Fessler, Franz Preishuber, Angela Ramoni, Alain G. Zeimet	
KlinikKommunikationsKreis (situationsbezogen) Christian Marth, Siegfried Fessler, Peter Greiderer, Anna Harm, Franz Preishuber, Günther Putz, Angela Ramoni, Thomas Praxmarer, Regina Stadlmeier, Eva Triendl, Alain G. Zeimet	
OberärztInnen-Konferenz (je nach Bedarf monatlich bzw. quartalsweise)	

1.1. Team Gynäkologie und Geburtshilfe

Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe				
Bereich	**OberärztInnen**	**AssistentInnen**	**StationsärztInnen**	**Leitende Stations-schwester / BMA**
Perinatologie	**Kreißsaal, Geburtshilfestation, Gyn4, Mutter-Kind-Station, Schwangerenambulanz, Sonographie**			
Geburtshilfe	**OÄ Dr.in Angela Ramoni** OÄ Dr.in Doris Bastl (40%) OÄ Dr.in Theresa Czech FA Dr. Hans-Peter Krause	Dr.in Joana Camacho Mendes Dr.in Christine Degasper Dr.in Erica Giorgi Dr.in Charlotta Moro FÄ Dr. Ayad Shihab Dr.in Katharina Winkler-Crepaz (60%)	Dr.in Branka Firulovic Dr.in Michaela Rotter (30%)	*Kreißsaal + Geburtshil-festation:* Dipl. Heb. Anna Vol-derauer-Harm *Mutter-Kind-Station:* DGKP Aurelia Föger *Gynäkologie 2:* DGKP Carina Fiegl
Sonographie	Ass.-Prof. Dr. Alexander Alge (50%) OÄ Dr.in Astrid Berger OÄ Dr.in Irene Mutz-Dehbalaie (50%)	FÄ Dr.in Caroline Brunner FÄ Dr.in Valeria Colleselli-Türtscher		
Onkologie	**Gyn1, Gyn3, Morphologie, Brustzentrum, Onkologische Ambulanz, Familiäre Malignome**			
Sonderstation	**Univ.-Prof. Dr. Chris-tian Marth**	Dr.in Sarah Feigl Dr.in Martha Kirchebner	Dr.in Jasmina Suljka-novic	*Gynäkologie 1:* DGKP Eva Triendl
Onkologie	**A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet** Ass.-Prof.in Dr.in Elisa-beth Abfalter (50%) OÄ Dr.in Anouk Gaber-Wagener Assist.Prof. PD Dr. Daniel Reimer	Dr.in Valentina Götsch Dr.in Katharina Leitner	Dr.in Petra Wiesbauer (80%) *Gyn3Tagesklinik:* Dr.in Johanna Salzer (75%) Dr.in Hildegard Weg-scheider (75%)	*Gynäkologie 3:* DGKP Monika Ladur-ner
Brustzentrum	**OA Dr. Daniel Egle** OÄ Dr.in Christine Brun-ner (60%) OÄ Dr.in Magdalena Ritter	Dr.in Christina Edwards Dr. Sebastian Schröcksnadel Dr.in Irina Tsibulak Dr.in Hannah Welponer Dr.in Verena Wieser,PhD	Dr. Florian Moritz	DGKP Barbara Pichler BCN Alfred Wieser
Morphologisches Labor	**FA Dr. Afschin Solei-man**	Dr.in Isgard Eyberg (GF)		BMA Martina Neuner
Biochemisches Labor	**Assoz.-Prof.in PDin Mag.a Dr.in Heidi Fiegl**			
Experimentelle Frauenheilkunde	**Univ.-Prof.in Dr.in Nicole Concin**			

Operativ	**Gyn2, OP, Allg. Ambulanz, Urodynamik, HIV, Dysplasie, Laser**			
Gynäkologie	**OA Dr. Siegfried Fessler** OÄ Dr.in Alexandra Ciresa-König (67%) OA Dr. Stephan Kropshofer Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Sölder A. Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas Widschwendter	FÄ Dr.in Serab Coban FÄ Dr.in Gabi Gufler FÄ Dr.in Nadija Engleder FÄ Dr.in Carin Holmberg-Klotz (80%) FÄ Dr.in Helene Schaffenrath FA Dr. Gabriel Schmid	Dr.in Bettina Geiger-Wiedermann (50%) *Gyn4Tagesklinik:* FÄ Dr.in Veronika Kunczicky	*Gynäkologie 2:* DGKP Carina Fiegl *Ambulanzen:* DGKP Regina Stadlmeir *Gyn4Tagesklinik:* DGKP Maria-Luise Holzknecht
Urodynamik	OA Dr. Stephan Kropshofer			

1.2. Team Endokrinologie

Univ.-Klinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin				
Bereich	**OberärztInnen**	**AssistentInnen**	**StationsärztInnen**	**Leitende Stationsschwester/BMA**
Kinderwunsch Hormonsprechstunde **First Love-Sprechstunde** **Kinder-Gynäkologie**	**Univ.-Prof.in Dr.in Bettina Toth** OÄ Dr.in Bettina Böttcher A. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka OÄ Dr.in Katharina Feil OÄ Dr.in Verena Porto Assoz.Prof.in PDin Dr.in Beata Seeber	FÄ Dr.in Jessica Holly Dr. Kilian Vomstein		DGKP Bernadette Mayr
IVF-Labor **Forschungslabor**	**Dr. Wolfgang Biasio** **PDin Mag.a Dr.in Susanne Tollinger**			BMA Rosenfellner Doris

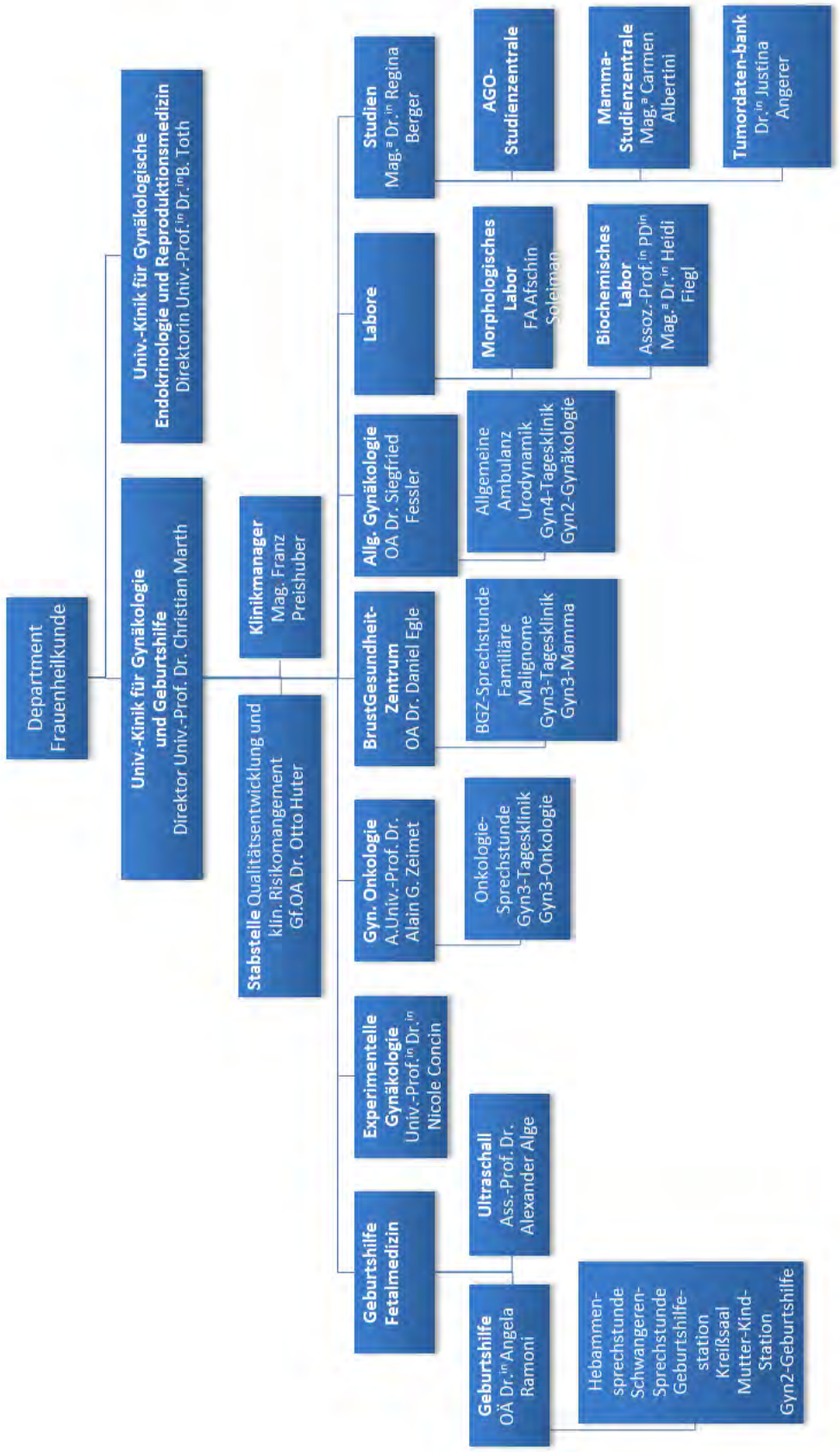
1.3. Karenz|Elternteilzeit

Bereich	**OberärztInnen**	**AssistentInnen**	**StationsärztInnen**	**Leitende Stationsschwester/BMA**
Karenz	OÄ Dr.in Samira Abdel Azim OÄ Dr.in Elisabeth D'Costa Dr.in Michaela Duggan-Peer OÄ Dr.in Eva-Maria Edusei	FÄ Dr.in Johanna Tiechl		
Elternteilzeit	OÄ Dr.in Christine Brunner (60%)	Dr.in Katharina Winkler-Crepaz (60%)	Dr.in Michaela Rotter (30%)	

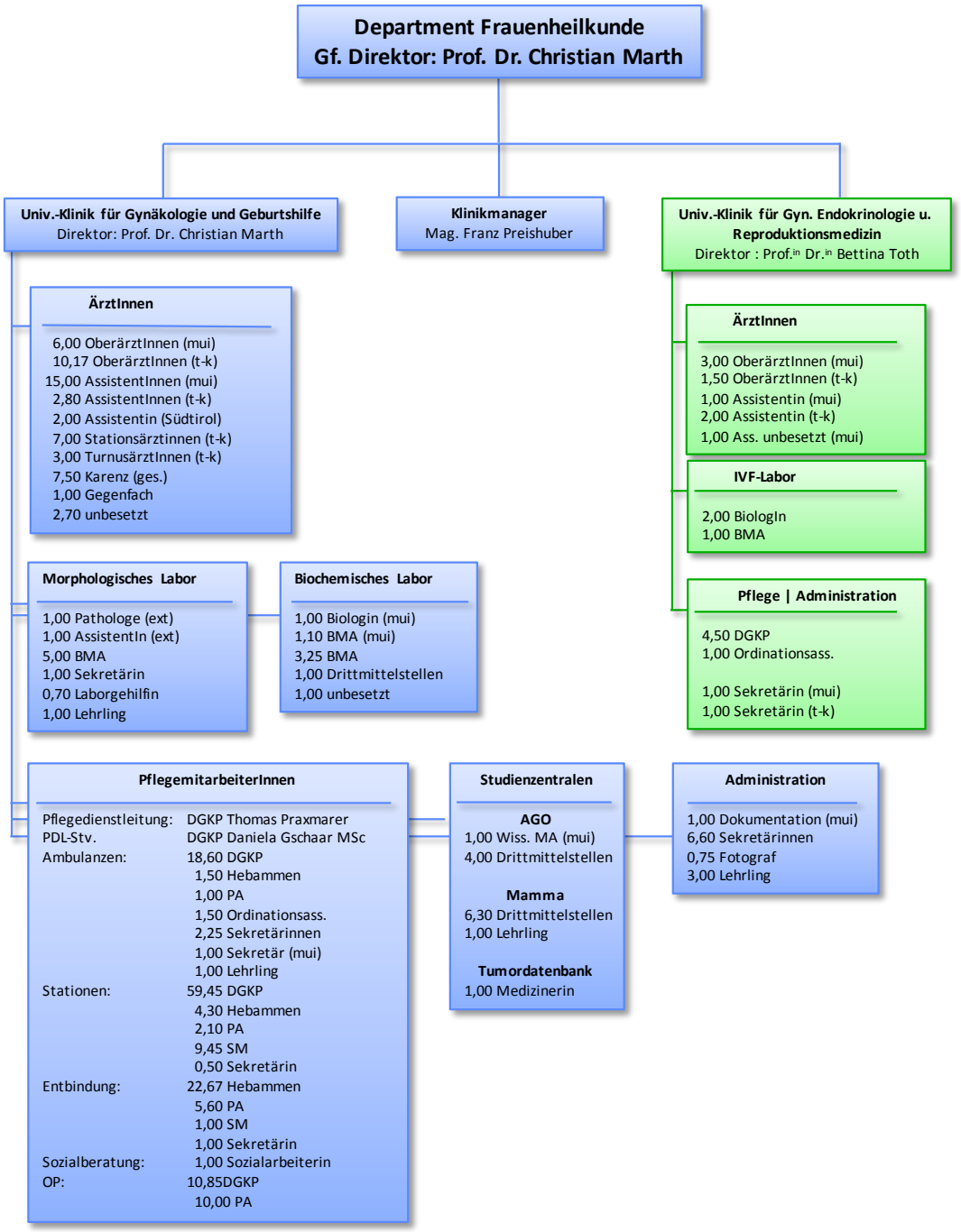
Stand: 1. 12. 2017

2. Struktur

2.1. Organigramm



2.2. Stellenplan



Stand: 01.07.2017
259,66 Vollzeitstellen (FTE)
(mui) = Medizinische Universität, alle anderen tirol-klinken (t-k)

2.3. MitarbeiterInnen

An der Frauenklinik Innsbruck ist der Frauenanteil bei 6 vs. 1 StationsärztInnen 85,7%, bei 25 AssistentInnen 84%, bei 23 OberärztInnen 65,2% und - in Summe bei insgesamt 55 Ärztinnen ist der Frauenanteil 76,4%.
In der Pflege ist die Verteilung mit 204 Frauen vs. 4 Männer eine eindeutige, sicher aber auch bedingt durch fast ausschließlich Patientinnen an der Klinik. Die Frau-Mann-Verteilung in der OP-Pflege mit fast ausschließlich Männern bei den OP-Assistenten ist teilweise bedingt durch deren Tätigkeiten wie z. B. häufige Umlagerungen.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der Personen angegeben, nicht die Anzahl der Vollzeitstellen (FTE).

Berufsgruppe		Frauen	Männer	Gesamt
ÄrztInnen		**42**	**13**	**55**
	OberärztInnen	15	8	
	AssistentInnen	21	4	
	Stationsärztinnen	6	1	
Pflege		**204**	**4**	**208**
	DGKP	130	3	
	Hebammen	37	0	
	PA|Ordinationsass.|Sekretärinnen	23	1	
	Servicemitarbeiterinnen	14	0	
OP-Pflege		**12**	**11**	**23**
	DGKP	12	1	
	OP-AssistentInnen	0	10	
Labore		**15**	**2**	**17**
	BMA	12	1	
	Abteilungshilfen	3	1	
Studienzentralen		**14**	**2**	**16**
Administration		**9**	**3**	**12**
Summe		**296**	**35**	**331**

Stand: 1.7.2017

3. Bereiche

3.1. Sonderstation

Christian Marth

Jasmina Suljkanovic

Sarah Feigl

Martha Kirchebner

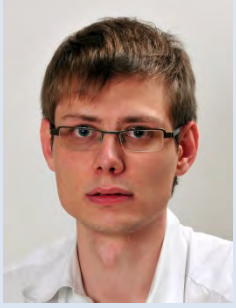
Eva Triendl

3.2. Geburtshilfe

Angela Ramoni

Doris Bastl

Theresa Czech


Hans-Peter Krause

Branka Firulovic

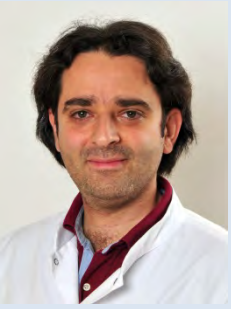
Michaela Rotter

Joana Camacho Mendes

Christine Degasper

Erika Giorgi

Carlotta Moro


Ayad Shihab

Katharina Winkler-Crepaz

Aurelia Föger

Anna Volderauer-Harm

3.3. Fetalmedizin

Alexander Alge

Astrid Berger

Irene Mutz-Dehbalaie

Caroline Brunner

Valeria Colleselli-Türtscher

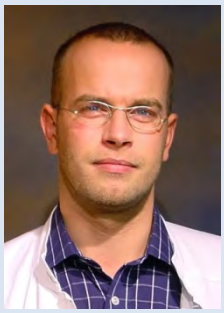
3.4. Gynäkologie

Siegfried Fessler

Alexandra Ciresa-König

Stephan Kropshofer

Elisabeth Sölder


Andreas Widschwendter

Bettina Geiger-Wiedermann

Veronika Kunczicky

Serab Coban

Gabi Gufler

Nadija Engleder

Carin Holmberg-Klotz

Helene Schaffenrath

Gabriel Schmid

Carina Fiegl

Maria-Luise Holzknecht

Regina Stadlmeir

3.5. Onkologie

Alain G. Zeimet

Elisabeth Abfalter

Anouk Gaber-Wagener

Daniel Reimer

Petra Wiesbauer

Johanna Salzer

Hildegard Wegscheider

Valentina Götsch

Katharina Leitner

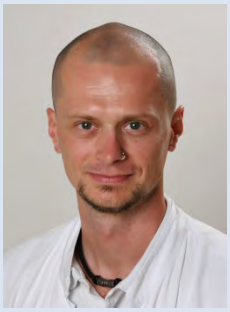
Monika Ladurner

3.6. Brustzentrum d. Frauenheilkunde im Rahmen des BrustGesundheitZentrum Tirol

Daniel Egle

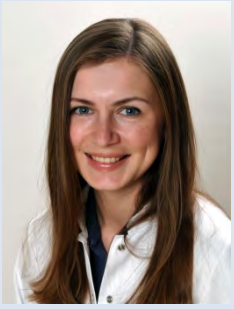
Christine Brunner

Magdalena Ritter


Florian Moritz

Christina Edwards

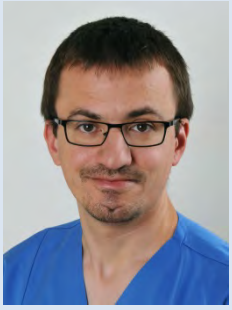
Sebastian Schröcks-nadel


Irina Tsibulak

Hannah Welponer

Verena Wieser

Barbara Pichler


Alfred Wieser

3.7. Biochemisches Labor

(Assoz.-Prof.in PDin Mag.a Dr.in Heidi Fiegl)

Seit jeher nimmt translationale Forschung einen besonderen Stellenwert an der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe und somit auch im Labor für Klinische Biochemie ein. So sollen Ergebnisse dieser Forschungsprojekte in weiterer Zukunft auch zu einer Verbesserung der Diagnostik und Therapie bei Krebserkrankungen führen.

Die Routineanalysen, die in unserem Labor durchgeführt werden, beschränken sich auf die Bestimmung von folgenden Tumormarkern: CA 125 und HE4 beim Ovarialkarzinom, CA 15-3 beim Mammakarzinom und SCC beim Zervixkarzinom. In den vergangenen Jahren stieg die Anzahl dieser Routineanalysen kontinuierlich an (2011/12: 24.147, 2013/14: 26.531, 2015/16: 26.591).

Die Serumbiobank, welche aus Restproben von Patientinnen, welche einer weiteren wissenschaftlichen Nutzung ihrer Proben zugestimmt haben, besteht, stellt einen zentralen Bestandteil des Labors dar. Die Pflege und Erweiterung dieser Bank wurde auch 2015/16 wieder mit größter Sorgfalt betrieben.

Der Schwerpunkt dieses Labors liegt jedoch, wie eingangs erwähnt, in der Durchführung von wissenschaftlicher Forschung. Generell war die Forschungsaktivität und -qualität gemessen an der Anzahl von Publikationen sowie der Summe der Impactfaktor-Punkte in den beiden Jahren 2015 und 2016 sehr gut. Es konnten in diesem Zeitraum 24 wissenschaftliche Arbeiten publiziert werden (95,681 Impactfaktor-Punkte).

Im Folgenden werden die in diesem Zeitraum im Labor für Klinische Biochemie aktiven Arbeitsgruppen und eine Auswahl ihrer Projekte dargestellt (Nennung der Arbeitsgruppen in alphabetischer Reihenfolge):

- **Univ.-Prof.in Dr.in Nicole Concin**:
  - Das von Univ.-Prof.in Dr.in Nicole Concin geleitete EU-Projekt GANNET53 (Ganetespib in metastatic, p53 mutant, platinum-resistant ovarian cancer) ist ein internationales Kooperationsprojekt an welchem insgesamt 18 europäischen Zentren in Österreich Deutschland, Frankreich und Belgien teilnehmen. Ziel der Studie ist es, jenen Patientinnen helfen zu können, bei denen nach primärer Ovarialkarzinom-Behandlung die Erkrankung wieder aufgetreten und resistent gegenüber der platinhaltigen Standardchemotherapie geworden ist. Im Rahmen der klinischen Studie wurden die Wirksamkeit und die Sicherheit von Ganetespib in Kombination mit einer Standard-Chemotherapie (Paclitaxel) überprüft.

Assoz. Prof.in H. Fiegl [3.v.l.] mit ihrem Team bei einem Laborausflug

2016 wurde der klinische Teil frühzeitig beendet, da es zum einen zu Umstrukturierungen beim Firmenpartner, welcher die Medikation herstellt, kam und somit die Produktion der Medikation nicht mehr gewährleistet war, zum anderen weil keine klinische Effizienz der Medikation in der Kombination mit Paclitaxel beobachtet wurde. Der Laborteil wird allerdings wie geplant fortgesetzt, weswegen es zu keinen Änderungen im Labor kam. Methodische Optimierungen zur Detektion von p53/p73 Isoformen mittels Immunhistochemie bzw. die Analyse von p53 Aggregaten in Ovarialkarzinomgeweben wurden durchgeführt. Im Rahmen einer Kooperation mit Prof. Dr. Ute Moll (Stony Brook University, New York, USA) wurde gezeigt, dass Ganetespib durch eine kombinierte Inhibition von DNA Reparatur- sowie Zellzyklus-Kontrollmechanismen die antitumoralen Effekter von Carboplatin verstärkt, was in Folge zu massiven prämitotischen DNA Fragmentierungen und zum Zelltod führte. Diese Ergebnisse wurden im renommierten Journal „*Cell Death & Differentiation*“ 2016 veröffentlicht.

  - Die sogenannte Gamma-Glutamyltransferase (GGT) ist ein bekannter Marker, der im Zusammenhang mit anderen Werten auf eine Lebererkrankung hinweist. Erhöhte GGT-Werte korrelieren aber auch mit einem erhöhten Risiko für späteren Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie verschiedenen Krebserkrankungen. In einer prospektiven Studie an zwei unterschiedlichen Patientenkohorten mit insgesamt über 100.000 Probanden wurde GGT als unabhängiger Risikofaktor für die Mammakarzinom-Entstehung identifiziert. Im Rahmen einer Kooperation mit Assoz. Prof. Dr. Stepan Polterauer (Medizinische Universität Wien) konnte in einer Multizenterstudie gezeigt werden, dass eine erhöhte GGT-Konzentration in prätherapeuti-

schen Serumproben als Prognosefaktor für das Gesamtüberleben bei Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom dienen kann. Diese Ergebnisse wurde jeweils in *PLoS One* 2015 und 2016 publiziert.

- In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Hanno Ulmer (Medizinische Universität Innsbruck, Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie) wurde eine epidemiologische Studie initiiert mit der geklärt werden sollte, ob Aluminiumsalze in Deodorants einen Risikofaktor für die Mammakarzinom-Entstehung darstellen.

- **Assoz. Prof.in Dr.in Heidi Fiegl**:
  - Der Transkriptionsfaktor NFE2L2 ist ein essentieller Regulator der intrazellulären Antwort auf oxidative Stressfaktoren. Die mRNA Expression von *NFE2L2* im Mammakarzinomgewebe konnte in zwei unabhängigen Patientenkohorten mit insgesamt über 2.000 Mammakarzinompatientinnen als unabhängiger, prognostischer Marker bestätigt werden. Diese Daten wurden 2016 in *„BMC Cancer“* publiziert.
  - Das Kaliumkanal-Gen *KCNJ3*, welches für das sogenannte GIRK1 Protein codiert, ist beim Mammakarzinom wie auch bei anderen Tumoren verstärkt exprimiert und mit einem Lymphknotenbefall assoziiert. In einer Kooperation mit Prof. Dr. Thomas Bauernhofer und Frau Dr. Sarah Kammerer der Medizinischen Universität Graz wurde die *KCNJ3* mRNA Expression in über 1000 Mammakarzinomgeweben untersucht. Dabei wurde gezeigt, dass in der Subgruppe der Patientinnen mit Östrogen-positiven Mammakarzinomen eine erhöhte Expression mit einem schlechten Überleben einhergeht. Ergebnisse der Studie wurden 2016 Journal *„Oncotarget“* publiziert.
  - Der Programmed cell death 1 (PD-1) Signalweg hemmt die Aktivierung von CD3+ zytotoxischen T-Zellen, die solide und nicht solide Tumoren potentiell als ‚fremd‘ erkennen. Dies wird unter anderem durch den auf Tumorzellen exprimierten PD-1 Liganden (PD-L1) vermittelt. In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Christian Marth und Dr.in Verena Wieser wurde die *PD1* und *PDL1* mRNA Expression an über 200 Ovarialkarzinomgeweben in Relation zu Tumorcharakteristika bzw. zu *TP53* und *BRCA1/BRCA2* Mutationen, aber auch hinsichtlich der prognostischen Relevanz untersucht. Erste Ergebnisse wurden 2016 auf der AGO-Jahrestagung präsentiert. Eine Publikation der Daten ist für 2017 vorgesehen.
  - Die Expression des langen nicht-codierenden RNA Moleküls HOTAIR (HOX transcript antisense intergenic RNA) wurde in einer Kooperation mit Prof. Dr. Martin Widschwendter (University College London, Großbritannien) in über 1.000 Ovarialkarzinomgeweben untersucht. Dabei wurde gezeigt, dass mit der Expression von HOTAIR ein spezielles DNA Methylierungsmuster assoziiert war. Beide Faktoren waren Prädiktoren für ein schlechtes Überleben bei Patientinnen, welche eine Carboplatin-basierte Chemotherapie erhalten hatten. Diese Ergebnisse wurden 2015 im renommierten Journal *„Genome Medicine“* veröffentlicht.

- **Prof. Christian Marth:**
  - In den letzten Jahren wurden sogenannte PARP-Inhibitoren (PARP = Poly-ADP-Ribose-Polymerase) entwickelt. Der Wirkung von PARP-Inhibitoren liegen Defekte in DNA-Reparaturmechanismen zugrunde, die mit Mutationen im *BRCA1*- und *BRCA2*-Gen assoziiert sind. Im Rahmen einer Kooperation mit Prof. Dr. Johannes Zschocke (Sektion für Klinische Genetik, Medizinische Universität Innsbruck) wurden *BRCA1/2* Mutationen sowie andere genetische (Mutationsanalysen von 38 Genen und Amplifikationsanalysen von 18 Genen) und epigenetische Veränderungen (DNA Methylierungsuntersuchungen an 34 Genen), die mit Defizienzen der Homologen Rekombinationsreparatur zusammenhängen, an rund 200 Ovarialkarzinomgeweben untersucht. Auswertungen hinsichtlich etwaiger Assoziationen mit klinischen Merkmalen und Publikationen dieser Daten sind für 2017 geplant.

- **Dr.in Irene Mutz-Dehbalaie:**
  - HE4 (humane Epididymis Protein 4) ist ein intrazelluläres Glykoprotein mit inhibierender Wirkung auf Proteasen. Die Überexpression des *HE4*-Gens konnte bereits in frühen Stadien des Ovarialkarzinoms nachgewiesen werden. Aufgrund der HE4-Freisetzung in frühen Tumorstadien und der hohen Spezifität (95%) gegenüber gutartigen Ovarialerkrankungen und einer Sensitivität von 72,9% ergänzt HE4 den Tumormarker CA 125 in der Diagnostik des Ovarialkarzinoms.
    Im Rahmen einer Kooperation mit Prof. Dr. Brennan (University of Queensland, Brisbane, Australia) Assoz. Prof.in Dr.in Fiegl und Prof. Dr. Marth wurde eine Arbeit zum Thema HE4 beim Endometriumkarzinom im Journal „*BMC Cancer*“ publiziert. Darin wurde gezeigt, dass routinemäßige HE4 Bestimmungen bei Endometriumkarzinompatientinnen im Follow-up zur Rezidivprädiktion herangezogen werden sollten. In einer weiteren internationalen Multizenterstudie in Kooperation mit Prof. Karlsen vom Herlev University Hospital, University of Copenhagen wurde ein neuer diagnostischer Index zur Ovarialkarzinomdetektion definiert. Dieser sogenannte Copenhagen-Index (CPH-I) setzt sich aus CA125 und HE4 Serumkonzentrationen sowie dem Alter zusammen. 2015 wurden diese Ergebnisse im Journal “*Gynecologic Oncology* “ veröffentlicht.

- **Ao. Univ.-Prof. Dr. Andreas Widschwendter:**
  - In einer Kooperation mit Assoz. Prof. Dr. Pidder Jansen-Dürr (Forschungsinstitut für Biomedizinische Alternsforschung, Leopold Franzens Universität) wurde eine neue ELISA Methode zur HPV Detektion entwickelt.

- **Ao. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet und Priv.-Doz. Dr. Daniel Reime**r:
  - Seit mehreren Jahren beschäftigt sich diese Arbeitsgruppe intensiv mit Stammzelleigenschaften von Tumorzellen. 2016 konnten Ergebnisse aus Zellkulturmodellen bei welchen der Nachweis sogenannter „Side-populations“ mit Stammzelleigenschaften gelang, im Journal „*Oncoscience*„ publiziert werden.
  - Im Rahmen einer Kooperation mit Dr. Andreas Seeber von der Universitätsklinik für Innere Medizin V und Assoz. Prof.in Dr.in Fiegl wurde EpCAM im Aszites von Ovarialkarzinompatientinnen, die mit Catumaxomab behandelt worden sind, untersucht. Dabei zeigte sich, dass lösliches EpCAM im Aszites mit einem schlechteren Überleben assoziiert war. Die Ergebnisse dieses Projekts wurden im Journal „*Oncotarget*“ 2015 veröffentlicht.
  - Ao. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet beschäftigt sich schon seit vielen Jahren mit dem Adhäsionsmolekül L1CAM. So konnte er vor einigen Jahren bereits mittels immunhistochemischer Analysen zeigen, dass sich die Expression des Adhäsionsmoleküls L1CAM bei einer bestimmten Gruppe von Endometriumkarzinomen (Typ I, FIGO Stadium I) im Vergleich zu den bisherigen Prognosekriterien am besten für die Prognoseerstellung eignet. In einem nachfolgenden Projekt wurde gezeigt, dass auch eine Detektion der mRNA hierfür geeignet ist und einen hohen Übereinstimmungsgrad mit der immunhistochemischen Analyse aufweist. In einem weiteren Projekt wurde die *L1CAM* mRNA Expression beim Ovarialkarzinom untersucht. Auch hier wurde beschrieben, dass eine erhöhte L1CAM Expression mit einem schlechteren Überleben einhergeht. Beide Arbeiten wurden jeweils 2016 im Journal „*Oncotarget*“ veröffentlicht.
  - Die klinische Relevanz der Folatrezeptor (FOLR1) mRNA Expression und der *FOLR1* Promoter DNA Methylierung im Ovarialkarzinom wurde in einer weiteren Studie untersucht, die 2016 im Journal „*BMC Cancer*“ publiziert wurde. Dabei wurden 254 Typ I und Typ II Ovarialkarzinomgewebe sowie 60 normale Tubengewebe analysiert. Im Zuge der Analysen konnte keine Korrelation zwischen der *FOLR1* DNA Methylierung und der *FOLR1* mRNA Ex-

pression gefunden werden. Bei Typ I Ovarialkarzinomen war eine starke *FOLR1* Expression mit einem guten Ansprechen auf eine Platintherapie assoziiert.

- In einem weiteren Projekt wurde die miR34a Expression an 133 Ovarialkarzinomgeweben analysiert. Dabei wurde eine niedrige Expression in Typ II Tumoren, in TP53 mutierten Tumoren, sowie bei höhergradigen Tumoren identifiziert. Eine niedrige miR34a Expression war ebenfalls mit einem schlechten Überleben assoziiert. Auch diese Ergebnisse wurden 2016 im Journal „*BMC Cancer*“ veröffentlicht.

Das Qualitätsmanagement der beiden Labore der Univ. Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (Labor für Klinische Biochemie und Morphologisches Labor) wurde im Rahmen interner und externer Audits 2015 und 2016 wieder erfolgreich überprüft.

3.8. Klinische Studien

(Mag.[a] Dr.[in] Regina Berger)

AGO Studienzentrale

Die AGO Studienzentrale (Studienzentrale der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie) wurde im Jahr 2002 gegründet und durchläuft seitdem eine große Entwicklung. Generell lässt sich sagen, dass der Bereich „klinische Prüfungen“ eine große Rolle im Gesundheitswesen und in der medizinischen Wissenschaft einnimmt. Die damit einhergehende behördliche Regelungen und Auflagen für klinische Prüfungen sind sehr umfassend und beinhalten aufwendige Berichterstattungen. Dies geschieht in erster Linie um die Studienpatientinnen bestmöglich zu schützen und um eine korrekte Studiendurchführung zu gewährleisten. Die gewissenhafte Betreuung von Studienteilnehmerinnen und die administrative Unterstützung bei der Planung und Durchführung von klinischen Studien der AGO Österreich stehen daher im Fokus der Tätigkeiten der AGO Studienzentrale.
International große Beachtung fand in dem vergangen Jahr unter anderem auch das von der Europäischen Kommission finanzierte Framework 7 Projekt AGO 43 „GANNET53“. Bei dieser internationalen, klinischen Phase I/Phase II Studie im Ovarialkarzinom, ist die Medizinische Universität Innsbruck als Sponsor tätig und die AGO Studienzentrale gänzlich für die Planung, Durchführung und Leitung der klinischen Studie verantwortlich.
Zusätzlich sind folgende Studien an der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe durch die AGO-Studienzentrale koordiniert bzw. geplant worden und waren 2015/16 österreichweit offen für die Einbringung:

Für Patientinnen mit Ovarialkarzinom konnten wir acht Klinische Studien zur Teilnahme anbieten. Das waren die AGO 33 Penelope Studie (Pertuzumab bei platinresistenem Ovarialkarzinom mit niedriger HER3 mRNA), AGO 39 OVAR 2.21 (Angiogenesehemmer Bevacizumab bei platinsensiblen Ovarialkarzinom), AGO 40 NOVA (PARP-Inhibitor Niraparib Erhaltungstherapie bei platinsensiblen Ovarialkarzinom), AGO 41 MILO (MEK-Inhibitor Binimetinib bei persistierendem oder rezidiviertem low-grade serösem Ovarialkarzinom), AGO 43 GANNET53 (Hsp90-Inhibitor Ganetespib bei platinresistenem Ovarialkarzinom), AGO 46 INOVATYON (Chemotherapeutikum Yondelis bei platinsensiblem Ovarialkarzinom), AGO 47 PAOLA-1 (Erhaltungstherapie mit dem PARP-Inhibitor Olaparib und Angiogenesehemmer Bevacizumab beim erstmaligen Auftreten eines Ovarialkarzinoms), AGO 48 CORAIL (Transkriptionsinhibitor Lurbinectedin bei platinresistenem Ovarialkarzinom), AGO 50 JAVELIN Ovar 200 (PD-L1 Antikörper Avelumab bei platinresistentem/refraktärem Ovarialkarzinom).

Leiterin Mag.[a] Dr.[in] Regina Berger [3.v.r.] mit ihrem Team

Im Bereich anderer Gynäkologischer Erkrankungen konnten zusätzlich folgende innovative Studien angeboten werden: AGO 36 SHAPE Studie (Operative Studie beim Zervixkarzinom), AGO 45 LUSTIC Studie (Grundlagenprojekt zur Früherkennung von Tubenkrebs), mit AGO 37 ITIC2 (Virostatikum Imiquimod vs. Konisation bei CIN), AGO 42 PITVIN (Virostatikum Imiquimod vs. Konisation bei VIN), AGO 38 Fragebogenstudie zu Thrombose bei gynäkologischen Erkrankungen, AGO 44 EXPRESSION IV Fragebogenstudie zu Erwartungen für die Erhaltungstherapie und eine Studie der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) im Endometriumkarzinom, die EORTC 55102.

Im Bereich Brustkrebsforschung konnten des Weiteren ein Grundlagenprojekt und zwei Register implementiert werden: die AGO 35 LAB-SNL011 (Grundlagenprojekt zur Vorhersage des Behandlungserfolges beim

Mammakarzinom), und die AGO R01 Brustkrebs in der Schwangerschaft und AGO R02 Nipple-sparing bzw. Rekonstruktionsregister.
Im Zuge der Organisation und Koordination dieser neuen AGO Studien wurden wieder zahlreiche, auch neue, Kooperationen mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen europaweit eingegangen, die zu einem regen Austausch von Wissen und Know-how auf der Ebene der Medizinwissenschaft und auch der Studienkoordination bzw. des Studienmanagements führten. Die Weichen dafür wurden nicht zuletzt vom Direktor der Univ. Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe und AGO Präsidenten Univ. Prof. Dr. Christian Marth gestellt.
2016 war auch für mich persönlich sehr erfreulich, denn ich wurde in meiner Tätigkeit als Leiterin der AGO-Studienzentrale zum Administrativen Präsidenten von ENGOT (European Network of Gynaecological Oncological Trial Groups, Europäisches Netzwerk der Gyn-Onkol Studiengruppen) gewählt. https://engot.esgo.org/discover/about/

Als Projekt der Medizinischen Universität Innsbruck und der Universitätsklinik für Frauenheilkunde wird die AGO Studienzentrale über Drittmittel und die Einnahmen aus Firmen gesponserten klinischen Prüfungen finanziert. Die Einnahmen aus Firmen gesponserten Studien werden nicht zuletzt auch dafür verwendet akademische (Eigen-)Studien durchzuführen und finanziell zu unterstützen.

Weitere Informationen und Informationen zu klinischen Studien der AGO können der Homepage www.ago-austria.at entnommen werden.
Für Fragen, Anliegen, Anregungen und Wünsche steht das Team der AGO Studienzentrale auch gerne persönlich zur Verfügung. Täglich von 8.00 – 16.00 unter den Telefonnummern +43(0)512 504 24132, -22345 und -80402 bzw. schriftlich jederzeit unter der allgemeinen E-Mail-Adresse ago.studienzentrale@i-med.ac.at.

Mammastudien

Die Ausführung aller Brustkrebsstudien und die Betreuung der in ihnen befindlichen Patientinnen erfolgt im Brustgesundheitzentrum Tirol der Frauenheilkunde und dem Team von OA. Dr. Daniel Egle und Mag. Carmen Albertini. Um die große Anzahl der Patientinnen die an klinischen Studien im Bereich Brustkrebs teilnehmen auch weiterhin so herausragend betreuen zu können, kam als Unterstützung im März 2015 Frau Ulrike Brunn-Matuella in das Team der Mamma-Studienzentrale.

Seit über 10 Jahren besteht nun schon die erfolgreiche Kooperation des Brustgesundheitzentrums der Frauenklinik Innsbruck mit der ABCSG-Studiengruppe. Im Laufe dieser Zeit konnten wir uns immer wieder als eines der erfolgreichsten Zentren Österreichs bestätigen. 2015/2016 waren sechs ABCSG-Studien (Studie: 18, 36, 38, 40, 41 und 42) für Patientinnen zur Teilnahme offen. Uns war es dadurch möglich eine Vielzahl an Patientinnen mit innovativen und vielversprechenden Therapien im Rahmen dieser Studien zu behandeln.

Auch Brustkrebsstudien, die nicht von der Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group (ABCSG) ausgehen, werden von der Mamma-Studienzentrale betreut. Darunter fallen z. B. die Studien Belle 3, Solar, Sandpiper, Tnacity. Für Patientinnen mit HER 2 positiven Mammakarzinomen stehen folgende Studien zur Verfügung: Katherine, Nala, Hermione und Sophia. Auch das neueste vielversprechende Medikament der CDK4/6 Hemmer wird bei uns durch zahlreiche Studien in allen Krankheitsstadien getestet (Monarch 3, Nextmonarch, Neomonarch, Mona Leesa, Pallas und Penelope). Das neue Immuntherapeutikum Atezolizumab steht für Triple negative Patientinnen im Rahmen der NeoTrip zur Verfügung. In Kooperation mit der Ab-

Mag.[a] Carmen Albertini [3.v.r.] mit ihrem Team

teilung für Nuklearmedizin können Patientinnen mit Knochenmetastasen im Rahmen der Bayer 16298 und Bayer 17096 mit dem Medikament Xofigo behandelt werden. Auch Nicht-Interventionelle Studien können wir anbieten, wie zum Beispiel Abraxane, XGeva und Afinitor. Auch in diesem Bereich ist es uns durch Nicht-Interventionelle Studien möglich, die Wissenserweiterung im Bereich des Brustkrebses zu fördern, Nebenwirkungen von Medikamenten genauer zu erfassen und zukünftige Patientinnen besser zu behandeln.

Das Team der Mamma-Studienzentrale ist täglich von 8.00 – 16.00 unter den Telefonnummern +43(0)512 504 23073 und -82477 bzw. schriftlich jederzeit unter der E-Mail-Adresse carmen.albertini@i-med.ac.at zu erreichen.

Eine Auflistung aller klinischen Studien, die derzeit für die Patienteneinbringung am der Universitätsklinik für Gynäkologie und Frauenheilkunde Innsbruck offen sind, befindet sich im Intranet und auf der Homepage der Frauenklinik - www.frauenklinik.at.

3.9. Sozialberatung

[vl] Petra Hillebrand, Dodo Mahnke

Die Sozialberatung bietet Unterstützung in sozialen Fragen an, die im Zusammenhang mit der Erkrankung und dem Krankenhausaufenthalt stehen:

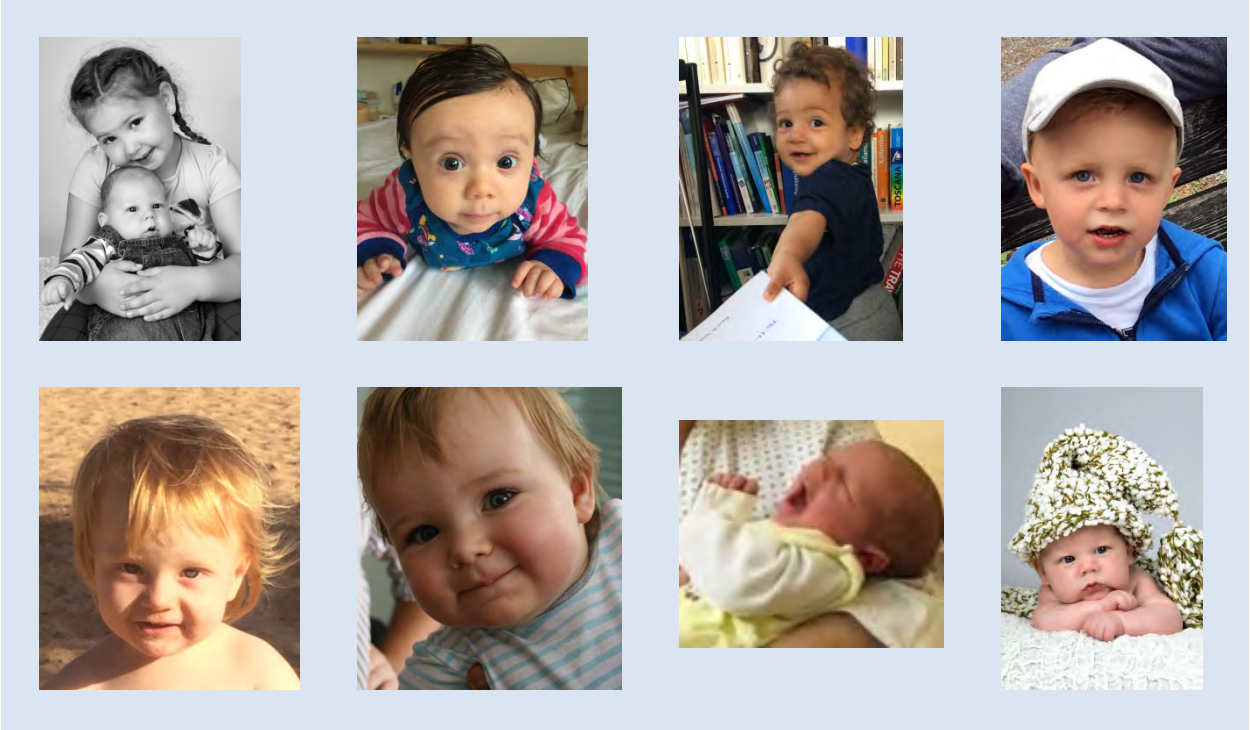
- Entlassungsplanung
  Beratung über Möglichkeiten ambulanter Betreuung und Pflege. Unterstützung bei der Organisation von Hilfsdiensten, Pflegeheimen und Heilbehelfen.
- Existenzsicherung
  Beratung in sozialrechtlichen Fragen und Unterstützung bei notwendigen Anträgen (Pflegegeld, Krankengeld, Pensionsantrag, etc.).
- Psychosoziale Beratung
  Bedürfnisorientierte Beratung der Patientinnen und ihrer Angehöriger.
  Das Angebot von Gesprächen und gegebenenfalls die Weitervermittlung an weiterführende Stellen.

4. Besonderes

4.1. MitarbeiterInnen-Kinder: geboren 2015|2016

2015 wurden an der Frauenklinik 12 Kinder von MitarbeiterInnen geboren, 5 Mädchen, 7 Buben.
2016 wurden an der Frauenklinik 18 Kinder von MitarbeiterInnen geboren, 7 Mädchen, 11 Buben.

Wir gratulieren sehr herzlich und freuen uns mit den Eltern über dieses wichtigste Ereignis.



Name MitarbeiterIn	Bereich	Vorname Kind	Geb.-Datum
Nadine Abolis	Administration	Matteo	04.03.2015
Dr.in Michaela Rotter	Brustzentrum	Simon	25.03.2015
Judith Falk	Kr	Paul	29.04.2015
Daniela Schwaiger	Morpholog. Labor	Smilla-Liv	08.06.2015
Christine Oberhofer	Gyn 3	Magdalena	22.06.2015
Agnes Vigl	MuKi	Valerie Maria	01.07.2015
Nadja Margraf	Gyn 3	Eva	09.07.2015
Dr.in Christine Brantner	Ultraschall	Charlotte Pauline	31.07.2015
Bettina Eva Erlsbacher	MuKi	Simon	23.08.2015
Karin Massani	Gyn 1	Clemens	17.11.2015
Patricia Kranebitter-Walch	Physiotherapie	Valentin	28.12.2015
Tanja Posch Dr. Daniel Reimer	Gyn 3	Jakob	30.12.2015

Name MitarbeiterIn	Bereich	Vorname Kind	Geb.-Datum
Dr.in Katharina Feil	Endokrinologie	Johanna Franziska Luisa	29.01.2016
Karin Omenitsch	Morpholog. Labor	Patricia Katharina	11.02.2016
Meltem Erdogan	Gyn 3	Enel Mansur	22.02.2016
Bianca Reifer	MuKi	Julian	28.02.2016
Tessy Schumacher	Gyn 3	Charles Henry	04.03.2016
Pia Alber	Morpholog. Labor	Laurin Sebastian	04.03.2016
Dr.in Nadija Engleder	Geburtshilfe	Nela	11.03.2016
Carina Köchl	Gyn 3	Lorenz	25.03.2016
Sandra Prantl	Gyn 3	Lena	27.04.2016
Manuela Krimplstätter	OP	Sebastian Alfred	30.04.2016
Dr.in Eva-Maria Edusei	Geburtshilfe	Theodor Francis	22.06.2016
Dr.in Johanna Tiechl Dr. Daniel Egle	Gynäkologie	Matilda	23.07.2016
Dr.in Katharina Winkler-Crepaz	Endokrinologie	Leander	31.07.2016
Dr.in Regina Nehoda	Onkologie	Moritz	04.10.2016
Dr.in Elisabeth D'Costa	Geburtshilfe	Lorenz	01.11.2016
Martina Wanner	MuKi	Klara Johanna	12.11.2016
Dr.in Elisabeth Zangerl	Endokrinologie	Lena Johanna	05.12.2016
Katharina Ljubanovic	Endokrinologie	Valentin	14.12.2016

MitarbeiterInnen-Kinderfest am 16.12.2016

4.2. Seit 2015|2016 neu im Haus - herzlich willkommen

Migrant Girl's Day am 28.04.2016 – Jugendliche besuchen die Frauenklinik. Sie lernen an diesem Tag die Berufe Biomedizinische Analytikerin, Hebamme, Diplom(Kinder)Krankenschwester und diverse Lehrberufe kennen.

ÄrztInnen

01.03. **2015** Dr. Sebastian Schröcksnadel
01.04. Dr.in Isgard Eyberg, GF Patho
04.05. OÄ Dr.in Katharina Feil, Endokr.

02.07. Dr. Florian Moritz, StatA, BGZ
01.11. Dr.in Verena Wieser
02.11. Dr.in Christina Walch
12.11. Dr.in Carlotta Moro
01.12. OÄ Dr.in Elisabeth Zangerl, Endokr.
01.12. Dr.in Hannah Welponer

01.02. **2016** Dr.in Irina Tsibulak
01.03. Dr.in Susanne Lechner
01.04. Dr.in Carin Holmberg-Klotz
01.05. Dr.in Christine Degasper
01.06. Dr.in Joana Camacho Mendes
04.07. Dr.in Sarah Feigl, Endokr.
01.08. Dr.in Erica Giorgi
01.09. Dr.in Martha Kirchebner

PflegemitarbeiterInnen

01.03. **2015** Manuela Mayr, PA, Gyn 2
02.03. Anna Farbmacher, BSc, DGKP, Endokrino
01.04. Nicola Haditsch, Heb, Schw. Amb.
01.04. Bettina Burkert, DGKP, Gyn 2
02.07. Thomas Greiner, OA, Gyn 3
02.07. Barbara Steiner, DGKP, Allg. Amb.
01.09. Claudia Burgstaller, DGKP, Endokrino
01.09. Anna Bereuter, DGKP, Gyn 3
01.10. Anna Christine Ganthaler, DGKP, MuKi

14.03. **2016** Monika Ladurner, DGKP, Leitung Gyn3
10.04. Celina Fink, Ord.ass, Allg. Amb.
01.08. Irene Konrath, Heb, Muki
16.08. Theresa Moosbrugger, Heb, MuKi
17.10. Sarah Brumen, Heb, Schw. Amb.
03.11. Denise Strickner, DGKP, Endokrino

weitere

01.01.**2015** Mag.a Andrea Strübl, BMA, Morph. Lab.
01.02. Pia Alber, MTF, Morph. Lab
17.02. Elif Tufan, Lehrling, Schreibbüro
01.03. Özcan Sesli, BMA, Biochem. Lab
02.03. Johanna Freitas Da Costa, Lehrling, Brustamb
02.03. Julia Strobl, Lehrling, Morph. Lab
02.03. Tanja Holzknecht, Lehrling, Vorstand
15.03. Ulrike Brunn-Matuella, Mamma-Studienz.
01.04. Beate Partl, BMA, Morpholog. Labor
01.08. Fabienne Kompein, Lehrling, Brustamb
07.09. Chiara Oberhauser, Lehrling, Morph. Lab
15.09. Romana Leis, Sekr. Endokr
02.11. Marielle Hansl, BSc., BMA, Morph. Lab.
16.11. Eva Burtscher, Physio
30.11. Sabine Schneider, Schreibbüro

01.03. **2016** Lukas Schöpf, Lehrling Vorstand
07.03. Ann-Cathrin Fiegl, Lehrling, Brustamb.
07.03. Emina Hrnjicic, Lehrling, Morph. Lab
24.08. Martina Ostermann, Sekretärin, Kreißsaal
01.09. Carina Ossikow, Lehrling, Studienz. Mamma

01.09. Magdalena Pircher, Lehrling, Stationen
05.09. Samil Göktas, Lehrling, Morph. Lab.
01.10. Lea Muftic, Lehrling Klinikleitung
01.12. Moana Walcher, Lehrling, Brustamb.

4.3. Facharztprüfung erfolgreich bestanden - wir gratulieren!

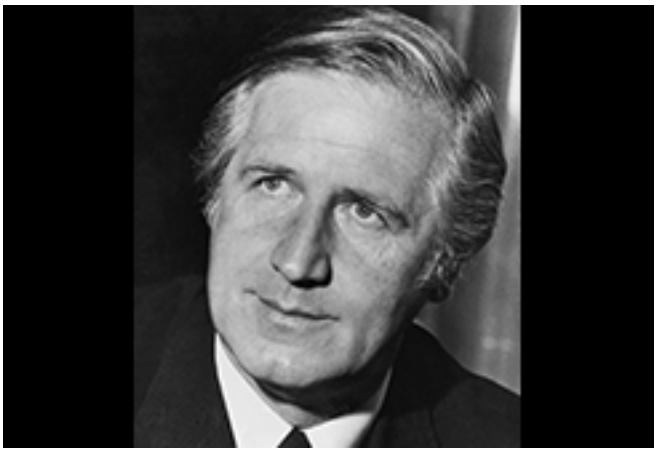
Am 30.05.15 haben 4 Assistentinnen die Facharztprüfung erfolgreich bestanden.

v.l. Theresa Czech, Magdalena Ritter, Johanna Tiechl, Samira Abdel Azim

Am 29.04.2016 haben 6 AssistentInnen die Facharztprüfung erfolgreich bestanden.

Sigrid Felderer, Doris Huemer 4.v.l., Hans-Peter Krause 1.v.l., Sandra Mayr, Helene Schaffenrath 3.v.l., Ayad Shihab 2.v.l.

4.4. Univ. Prof. Dr. Otto DAPUNT (1930-2016)



Die Medizinische Universität Innsbruck nimmt in Trauer Abschied von em. o. Univ. Prof. Dr. Otto Dapunt, langjähriger Vorstand der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Innsbruck.

Em. o. Univ.-Prof. Dr. Otto Dapunt wurde am 12.3.1930 in Innsbruck geboren. Vom Elternhaus war eine akademische Karriere keinesfalls vorherbestimmt. Es sind neben den Talenten vor allem der außerordentliche Fleiß und Zielstrebigkeit die Otto Dapunt einen Universitätsabschluss ermöglichte. Zahlreiche Lehrer begleiteten ihn auf seinem Weg als Arzt und Künstler. Max Weiler war sein Kunstlehrer am Gymnasium der früh die Kreativität und das künstlerische Talent erkannte und förderte. Trotz seiner offensichtlichen künstlerischen Ader hat Otto Dapunt für die Zeit seiner beruflichen Schaffensperiode aber die kreative Energie vor allem auf die Patientinnen und die Wissenschaft gerichtet.

Das Medizinstudium absolvierte er in Innsbruck. Nach der Promotion 1956 an der Leopold-Franzens-Universität führte ihn der Ausbildungsweg an die hiesige chirurgische Universitätsklinik und 1959 an die Frauenklinik zum damaligen Ordinarius Siegfried Tapfer.

Otto Dapunt hat in einer Zeit in der das noch nicht üblich war verstanden, dass akademische Medizin nur durch Internationalisierung wachsen kann. Er hat daher in zahlreichen Aufenthalten die ganz großen im Fachgebiet aufgesucht. Der meisterhafte Operateur Tassilo Antoine an der ersten Frauenklinik in Wien wurde zu einem wichtigen Lehrer. Intensiviert wurde die Ausbildung in moderner Operationstechniken bei Saul Gusberg am Mount Sinai Hospital in New York. Es war aber dann ein geburtshilfliches Thema mit einer Monographie über die Bedeutung des engen Beckens in der modernen Geburtshilfe das ihn dann 1968 zur Habilitation führte. 1970 ging Prof. Dapunt zu Josef Zander an die 1. Frauenklinik in der Maisstraße in München. Zander war einer der bedeutendsten deutschsprachigen Gynäkologen des 20. JH. Er hat mit Butenandt die Steroidhormonforschung begründet und damit wirklich translationale Forschung betrieben.

1972 wurde Otto Dapunt in deutlicher Einhelligkeit als Ordinarius zum Nachfolger von Tapfer berufen und er hat der Frauenklinik einen Modernisierungsschub gebracht. Es können nur einige wenige herausragende Entwicklungen Erwähnung finden:

Die Einrichtung eines Fortpflanzungslabors war damals außerordentlich innovativ und hat neben der Reproduktionsmedizin vor allem auch die onkologische Forschung vorangetrieben. Aus der Zusammenarbeit mit der University von Louiville und Jim Wittliff entstand ein sehr fruchtbares wissenschaftliches Netzwerk. Die Einführung der Hormonrezeptorbestimmung in Österreich durch dieses Labor war ein wichtiger Meilenstein. Neue diagnostische Wege wurden in Innsbruck beschritten, wie mit dem mikroskopischen Nachweisverfahren des Östrogenrezeptors.

Otto Dapunt war ein herausragender Operateur, mit einer klaren und systematischen Operationstechnik. Aber es war nicht nur das technische Geschick sondern vor allem die stets mit seiner Erfahrung und seinem Wissen geleitete Strategie einer situationsangepassten Operation, die beeindruckte. Der Berliner Geburtshelfer Ernst Bumm hat treffend gesagt: „Operation ist Handwerk, Indikation ist Wissenschaft.“ Das hat Otto Dapunt zu einem wissenschaftlichen Operateur gemacht.

Zahlreiche Habilitationen, Primariatsbesetzungen und Rufe auf Professuren erfolgten in der Ära Otto Dapunt. Zwei Perioden fungierte er als Dekan der medizinischen Universität. 1998 emeritierte Otto Dapunt ohne damit in den Ruhezustand zu treten. Er hat sich neue medizinische und künstlerische Ziele gesetzt.
Man wird der Person Otto Dapunt allein mit dem Curriculum vitae nicht gerecht. Die Auflistung seiner weit über 200 wissenschaftlichen Veröffentlichungen, der vielen Auszeichnungen und ehrenvollen Mitgliedschaften, wie bei der Society Pelvic Surgeons die weltweit nur 150 Mitglieder zählt, sind nur ein Teil. Mit seinem Wissen und hohen ethischen Grundsätzen hat er die Frauenheilkunde über Jahrzehnte geprägt. Er war nie nur technokratischer Gynäkologe sondern immer Frauenarzt mit hohem Verständnis von Ethik und Humanismus der stets den Menschen in den Mittelpunkt der Medizin gestellt hat.
[Christian Marth]

4.5. 10 Jahre wöchentlich frische Blumen für den Kreißsaal

BLUMENPARK Seidemann TIROL • SEIT 1902

Ein ganz ganz großes Danke an Erwin Seidemann, der 10 Jahre lang wöchentlich für unseren Kreißsaal frische Blumen zur Verfügung gestellt hat.

Der Blumenpark Seidemann ist die älteste Tiroler Gärtnerei in Familienbesitz und eine der ältesten Gärtnereibetriebe Österreichs.
Die eigene Gärtnerei ist seit über 100 Jahren das Herzstück seines Betriebes. Nach wie vor werden viele Pflanzen, Kräuter, Gräser und Stauden von seinen Gärtnermeistern von Hand gezüchtet. Seine Eigenproduktionen zeichnen sich durch besonders hohe Qualität aus und sind bestens an die klimatischen Gegebenheiten in Tirol angepasst.

4.6. Univ.-Prof.in Dr.in Bettina Toth

v.l. Ärztl. Direktorin Dr.in Alexandra Kofler, Univ.-Prof.in Dr.in Bettina Toth und Rektorin o.Univ.-Prof. in Dr.in Helga Fritsch

Seit 1. Oktober 2016 leitet Univ.-Prof.in Dr.in Bettina Toth die Innsbrucker Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie & Reproduktionsmedizin.

Die ehemalige leitende Oberärztin an der Universität Heidelberg will den guten Ruf der Innsbrucker Klinik weiter ausbauen. Die erfahrene Fachärztin setzt neue Akzente in der „First Love Ambulanz“, der Embryonenbeobachtung (Time Lapse Imaging) sowie mit der Einrichtung einer Frühgeburten-Sprechstunde. Die Reproduktionsimmunologie wird neuer Schwerpunkt.

4.7. Kunsttherapie

Dr.in Daria Daniaux ist Dipl. klinische und rehabilitative Kunsttherapeutin, Dipl. Mal- und Gestaltungstherapeutin, Lebens- und Sozialberaterin i.A. und hat im November 2015 unsere Maltherapie übernommen.

Wir denken in Bildern. Gefühle lassen sich im Gestaltungsprozess besser ausdrücken.
Der Einsatz von Farben und unterschiedlichen Mitteln der Malerei fördert seelische Entwicklungen und wirkt ausgleichend auf Körper, Geist und Seele.
Maltherapie ermöglicht, sich zu begegnen, besonders, wenn es noch keine Worte für das Erlebte gibt.

v.l. Assist.Prof. PD Dr. Daniel Reimer, Dr.in Daria Daniaux, Mag.a Rosemarie Roner, ao.Univ.-Prof. Dr.med.univ. Alain-Gustave Zeimet

Vernissage „Patientinnen malen für Patientinnen“ am 25.10.16

Gleichzeitig gedenken wir Margit Riedmann die über viele Jahre in bewährter Weise unsere Maltherapie betreut hat.

Du hast den Lebensgarten verlassen.
Doch deine Blumen blühen weiter.

Wir trauern um unsere liebe

Margit Riedmann

*** 20. 2. 1955 † 2. 6. 2016**

Wir verabschieden uns bei einem Begräbnisgottesdienst am Freitag, den 10. Juni um 13.30 Uhr in der Schutzengelkirche/Neu-Pradl.

Um 15.00 Uhr treffen wir uns auf dem Friedhof St. Martin in Schwaz und begleiten die Urne unserer lieben Margit zur letzten Ruhe.

Markus
Mario mit **Cornelia**
Emanuel mit **Sandra**
Reinhold
im Namen aller Verwandten und Freunde

Innsbruck und Schwaz, im Juni 2016.

Anstelle von Blumen und Kränzen bitten wir im Sinne unserer lieben Verstorbenen um eine Spende an den „Verein zur Krebsforschung in der Frauenheilkunde“, IBAN AT63 1600 0001 0025 4050, BTV Ibk, Kennwort: Margit Riedmann – Maltherapie

5. Klinisches Leistungsspektrum

Ambulanzen

Foto: G. Berger

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	35.721	36.785	37.443	33.682	31.407	-2.275	-6,8
Frequenzen	105.359	107.277	106.670	101.755	98.708	-3.047	-3,0
Leistungen	226.005	228.905	230.940	222.009	217.692	-4.317	-1,9

Im Jahr 2016 wurden in den Ambulanzen der Frauenheilkunde über 31.000 Patientinnen versorgt. Das ist zwar ein merklicher Rückgang im Vergleich zu den Vorjahren, die Zahl der Leistungen hat sich aber nur unwesentlich reduziert. Dem gegenüber nimmt die Komplexität der Untersuchungen bzw. der Krankheitsbilder kontinuierlich zu und somit auch der notwendige Zeitaufwand.

Stationen

Ein Team ist mehr als die Summe der Einzelnen. *Foto: G. Berger*

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Systemisierte Betten	111	111	111	111	111	0	0,0
Patientinnen stationär	5.531	5.282	5.449	5.532	5.395	-137	-2,5
Ø Belagsdauer [ab2011] (Tage)	4,5	4,4	4,2	4,2	4,3	0,1	1,1
Mitternachts-Auslastung (in %)	71,1	67,6	68,4	68,6	67,7	-0,9	-1,2
Tages-Auslastung (in %)	85,4	82,9	84,3	84,2	81,4	-2,8	-3,3
Patientinnen tagesklinisch	3.231	3.262	3.347	3.353	2.863	-490	-14,6
Stationäre Aufenthalte	9.762	9.928	10.233	10.162	9.362	-800	-7,9
LKF-Punkte (in 1.000)	23.222	23.098	24.516	25.164	24.130	-1.034	-4,1

2016 wurden 5.395 PatientInnen stationär betreut, ein leichter Rückgang im Vergleich zum Vorjahr, und ergibt eine Tagesauslastung von über 80%. Die Zahl der tagesklinischen Patientinnen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen (+56,3%), 2016 erstmals stagnierend.

Die Zahl der LKF-Punkte ist im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig, aufgrund des höheren Punktewertes konnten aber 2016 trotzdem nahezu die gleichen Einnahmen erzielt werden.

Einzugsgebiet

stationäre und tagesklinische PatientInnen

Einzugsgebiet	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Gesamt	**9.608**	**9.794**	**10.107**	**10.020**	**9.221**	**-799**	**-8,0**
Tirol	**9.196**	**9.414**	**9.638**	**9.553**	**8.866**	**-687**	**-7,2**
Imst	546	552	552	544	563	19	3,5
Innsbruck - Land	3.207	3.163	3.469	3.399	3.059	-340	-10,0
Innsbruck - Stadt	3.337	3.473	3.524	3.559	3.259	-300	-8,4
Kitzbühel	425	474	417	341	387	46	13,5
Kufstein	429	418	384	431	406	-25	-5,8
Landeck	97	114	125	157	142	-15	-9,6
Lienz	91	55	69	61	32	-29	-47,5
Reutte	82	125	67	61	63	2	3,3
Schwaz	982	1.040	1.031	1.000	955	-45	-4,5
restliches Österreich	**189**	**205**	**250**	**204**	**182**	**-22**	**-10,8**
Burgenland	1	0	1	1	1	0	0,0
Kärnten	14	13	8	14	23	9	64,3
Niederösterreich	11	12	7	6	4	-2	-33,3
Oberösterreich	17	45	60	36	19	-17	-47,2
Salzburg	19	30	34	55	64	9	16,4
Steiermark	6	10	11	4	13	9	225,0
Vorarlberg	111	79	97	72	54	-18	-25,0
Wien	10	16	32	16	4	-12	-75,0
Ausland	**223**	**175**	**219**	**263**	**173**	**-90**	**-34,2**
Deutschland	37	24	19	34	18	-16	-47,1
Südtirol/Italien	165	134	175	206	136	-70	-34,0
Sonstiges Ausland	21	17	25	23	19	-4	-17,4

Altersstruktur

stationäre und tagesklinische PatientInnen

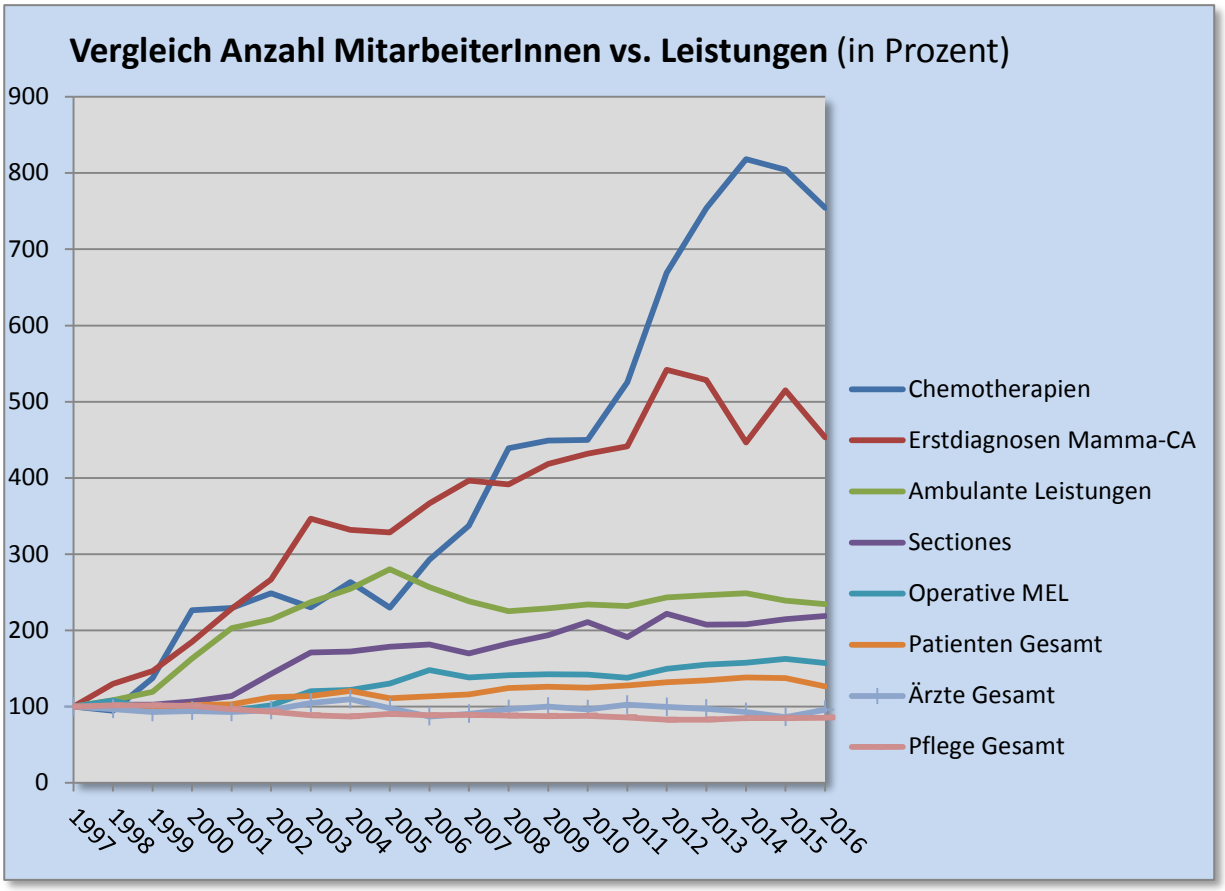
Lebensalter in Jahren	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Gesamt	**9.608**	**9.794**	**10.107**	**10.020**	**9.221**	**-799**	**-8,0 %**
Alter von 0 - 19	190	188	131	160	143	-17	-10,6 %
Alter von 20 - 29	1.692	1.593	1.692	1.709	1.685	-24	-1,4 %
Alter von 30 - 39	2.138	2.306	2.550	2.650	2.530	-120	-4,5 %
Alter von 40 - 49	1.597	1.756	1.679	1.591	1.395	-196	-12,3 %
Alter von 50 - 59	1.539	1.461	1.611	1.484	1.268	-216	-14,6 %
Alter von 60 - 69	1.249	1.337	1.158	1.000	1.012	12	1,2 %
Alter von 70 - 79	957	898	988	1.093	900	-193	-17,7 %
Alter 80 und älter	246	255	298	333	288	-45	-13,5 %

Die Gesamtzahl der Patientinnen bei Stationen, Einzugsgebiet und Altersstruktur variiert geringfügig, da hausintern teils nach beleistenden teils nach entlassenden Stationen zugeordnet wird.

MitarbeiterInnen

Foto: G. Berger

Die folgende Tabelle verdeutlicht den pflegerischen und ärztlichen Personalstand der Frauenklinik im Vergleich mit der Entwicklung der erbrachten Leistungen in den vergangenen Jahren.



Ärztinnen in Mutterschutz/Elternkarenz/Bildungskarenz/Auslandseinsatz

Samira Abdel Azim

Elisabeth D'Costa

Michaela Duggan-Peeer

Eva-Maria Edusei

Johanna Tiechl

Erlöse – Aufwand

	2012	2013	2014	2015	2016
Bundespersonalkosten in %	5,47	5,01	4,91	4,87	4,27
Landespersonalkosten in %	33,62	32,05	30,51	31,33	32,75
Sachkosten in %	26,23	27,72	28,60	29,80	28,20
Sekundärkosten in %	33,55	33,92	34,74	32,86	33,58
Gesamtkosten (Landespersonal-, Sach- u. Sekundärkosten, Umlagen, AfA)	**32.669.483**	**35.112.068**	**38.258.326**	**39.341.272**	**39.813.361**
Veränderung zum Vorjahr	9,6%	7,5%	9,0%	2,8%	1,2%
Gesamterlöse (Patienten- u. sonst. Erlöse, klin. Mehraufwand, int. Leistungsverrechn.)	**30.682.922**	**32.125.809**	**30.235.252**	**31.332.114**	**32.718.026**
Veränderung zum Vorjahr	31,5%	4,7%	-5,9%	3,6%	4,4%
Drittmitteleinnahmen	**657.194**	**715.288**	**946.916**	**2.090.084**	**1.858.197**

2012 und 2013 wurden Umlagen und AfA in die Sekundärkosten und somit auch in die Gesamtkosten mit einbezogen, ebenso die intern verrechenbaren Leistungen bei den Erlösen. Daher sind bei den Gesamtkosten diese Jahre nur bedingt vergleichbar mit den Folgejahren.

Der Medizinischen Bedarf 2016 (€ 7,801.086,--) beträgt 69,47 % der Sachkosten (€ 11.228.635,--). Vom Medizinischen Bedarf entfallen 80,92 % (€ 6,312.955,--) auf Medikamente. Von diesen entfallen 95,58 % (€ 6,034.043,--) auf Chemotherapeutika – seit 2007 ein anteiliger Anstieg um 19,39 %, aber um 342 % bei der absoluten Summe.

Die Gesamterlöse sind in den vergangenen drei Jahren jeweils wieder deutlich gestiegen; leider auch die Gesamtkosten – erfreulicherweise aber in geringerem Ausmaß.

Besonders erfreulich ist die hohe Summe an Drittmitteleinnahmen in den vergangenen Jahren.

5.1. Ambulanz|Sprechstunden

In der offiziellen Diktion gibt es je Klink nur eine Ambulanz, alle anderen werden als Sprechstunden bezeichnet. Die angeführten ÄrztInnen geben den aktuellen Stand (01.07.2017) der OberärztInnen wieder, die AssistentInnen wechseln ausbildungsbedingt halbjährlich.

5.1.1. Allgemeine Ambulanz

Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Sölder, OÄ Dr.in Alexandra Ciresa-König, OA Dr. Siegfried Fessler, OA Dr. Stephan Kropshofer, A. Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas Widschwendter
DGKP Regina Stadlmeir (Pflegeleitung für alle Ambulanzen und Sprechstunden)

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	8.929	8.897	9.175	9.152	8.580	-572	-6,3
Frequenzen	18.016	17.335	17.125	17.427	16.334	-1.093	-6,3
Leistungen	45.682	45.812	44.732	40.499	39.741	-758	-1,9

5.1.2. Urodynamik-Sprechstunde

OA Dr. Stefan Kropshofer
DGKP Anna Raml

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	460	428	464	405	406	1	0,2
Frequenzen	771	765	768	716	648	-68	-9,5
Leistungen	3.184	3.049	3.300	2.885	2.306	-579	-20,1

5.1.3. Endokrinologie-Sprechstunde

a.Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka, OÄ Dr.in Katharina Feil, OÄ Dr.in Verena Porto, Assoz.Prof.in PDin Dr.in Beata Seeber
DGKP Bernadette Mayr

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	2.500	2.513	2.605	2.695	2.640	-55	-2,0
Frequenzen	12.913	13.355	13.804	15.457	15.238	-219	-1,4
Leistungen	36.285	36.740	40.583	45.018	41.238	-3.780	-8,4

5.1.4. Schwangeren-Sprechstunde

OÄ Dr.in Angela Ramoni, Dr.in Hannah Welponer
DGKP Beatrice Wallasch

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	1.131	1.251	1.292	1.353	1.407	54	4,0
Frequenzen	2.827	2.978	3.147	2.904	3.063	159	5,5
Leistungen	14.764	15.968	16.929	15.887	16.468	581	3,7

5.1.5. Ultraschall|Fetalmedizin

Ass.-Prof. Dr. Alexander Alge, OÄ Dr.in Astrid Berger, OÄ Dr.in Irene Mutz-Dehbalaie
DGKP Susanne Viertl

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	2.303	1.900	1.380	1.210	1.245	35	2,9
Frequenzen	4.181	4.102	3.710	2.714	2.982	268	9,9
Leistungen	14.008	13.627	10.495	9.842	11.146	1.304	13,2

Die Komplexität von Ultraschalluntersuchungen hat in den vergangenen Jahren wesentlich zugenommen, sodass die durchschnittliche Dauer von ca. 20 auf ca. 40 Minuten pro Patientin gestiegen ist. Die kontinuierliche Steigerung der Leistungen bildet diesen Umstand ab. Fehlende Personalressourcen haben 2013 und 2014 allerdings zu einem Rückgang der Zahlen geführt.

5.1.6. Hebammen-, Entbindungs- u. Still-Sprechstunde

Leitende Hebamme: Dipl.Heb. Anna Harm

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	2.310	2.333	2.372	2.577	2.539	-38	-1,5
Frequenzen	5.742	5.646	5.677	5.653	5.392	-261	-4,6
Leistungen	31.308	29.902	31.261	32.559	33.127	568	1,7

5.1.7. BrustGesundheitZentrum-Sprechstunde

OA Dr. Daniel Egle, OÄ Dr.in Christine Brunner, OÄ Dr.in Theresa Czech
Alfred Wieser

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	3.230	3.513	3.712	3.966	4.155	189	4,8
Frequenzen	9.429	10.518	10.124	10.722	10.922	200	1,9
Leistungen	11.287	12.554	12.325	13.240	13.070	-170	-1,3

5.1.8. Onkologie-Sprechstunde

A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet, Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Abfalter, Assist.Prof. PD Dr. Daniel Reimer, OÄ Dr.in Anouk Wagener
DGKP Annemarie Kirchmair

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	2.213	2.749	2.477	1.978	1.740	-238	-12,0
Frequenzen	4.766	5.052	4.620	4.051	3.384	-667	-16,5
Leistungen	10.768	11.743	10.968	9.175	7.538	-1.637	-17,8

5.2. Spezialsprechstunden

5.2.1 Dysplasie/KVF

A. Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas Widschwendter, OÄ Dr.in Alexandra Ciresa-König
DGKP Regina Stadlmeir

5.2.2 Familiäre Malignome

OA Dr. Daniel Egle
DGKP Annemarie Kirchmair

5.2.3 HIV

OA Dr. Stephan Kropshofer
DGKP Regina Stadlmeir

5.2.4 Migrantinnen

Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Sölder, OÄ Dr.in Alexandra Ciresa-König
DGKP Regina Stadlmeir

Vreme prijema za imigrantkinje na klinici za ginekologiju i akušerstvo
Kadin kliniğinde göçmen kadinlar için muayene saatleri

mit muttersprachlicher Dolmetscherin

5.3. Labore

5.3.1. Morphologisches Labor

Ärztliche Leitung: **FA Dr. Afschin Soleiman**
Leitende BMA: BMA Martina Neuner

An Stelle der Aufschlüsselung in Patientinnen, Frequenzen und Leistungen wird für das Morphologische Labor eine Darstellung gewählt, in der die Anzahl der Untersuchungen je nach Methodik aufgeführt werden.

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Gynäkolog. Zytologie	28.303	29.215	29.971	24.057	21.083	-2.974	-12,4
Extragenitale Zytologie	426	379	424	412	416	4	1,0
Histologie - Fälle	3.949	3.860	3.887	3.882	3.846	-36	-0,9
Histologie - Schnitte	62.619	54.341	47.944	40.847	33.087	-7.760	-19,0
Schnellschnitte	525	436	290	265	297	32	12,1
Immunhistochemie	4.933	5.347	4.872	4.036	3.862	-174	-4,3

5.3.2. Labor für klinische Biochemie

Leitung: **Assoz.-Prof.in PDin Dr.in Mag.a Heidi Fiegl**

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patienten	3.709	3.950	4.121	4.296	4.142	-154	-3,6
Frequenzen	9.386	9.967	9.796	9.927	9.464	-463	-4,7
Leistungen	12.466	13.186	13.345	13.649	12.944	-705	-5,2

5.4. Physiotherapie

PTin Alice Hotter, PTin Laura Oelinger, PTin Patricia Kranewitter-Walch

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen	804	745	761	666	779	113	17,0
Frequenzen	3.139	2.924	3.116	2.322	2.915	593	25,5
Leistungen	4.664	4.224	4.733	2.915	3.481	566	19,4

5.5. Sozialarbeit

DSA^in Petra Hillebrand, DSA^in Dodo Mahnke, Mag.^a(FH) Barbara Wallnöfer

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Patientinnen insgesamt	**591**	**603**	**610**	**648**	**669**	**21**	**3,1**
Stationen/Ambulanz/Sprechstunden							
Tagesklinik	23	21	18	33	37	4	10,8
Kreißsaal	14	17	18	14	21	7	33,3
BGZ-Sprechstunde	35	31	37	46	45	-1	-2,2
Onkologie-Sprechstunde	10	13	22	15	19	4	21,1
Allgemeine Ambulanz	2	6	2	5	5	0	0,0
Schwangeren-Sprechstunde	39	40	47	44	71	27	38,0
Mutter-Kind-Station	107	188	154	162	162	0	0,0
Gyn 1	52	57	60	64	46	-18	-39,1
Gyn 2	119	97	92	84	49	-35	-71,4
Gyn 3	252	202	235	270	179	-91	-50,8
Leistungen							
Beratung	620	562	609	663	718	55	7,7
Pflegegeld	127	104	155	144	116	-28	-24,1
Organisation Pflege	50	60	70	53	63	10	15,9
Organisation Hebamme	25	39	35	30	14	-16	-114,3
Organisation Familien-/Heimhilfe	27	26	38	19	22	3	13,6
Beratung Angehöriger	90	126	157	134	132	-2	-1,5
Suche Heimplatz	2	9	6	13	13	0	0,0
Jugendwohlfahrt	55	55	59	55	71	16	22,5
Vermittlung in andere Beratungen	181	181	162	192	282	90	31,9
Sonstiges	526	419	472	639	717	78	10,9
Interna	35	42	44	40	41	1	2,4
Leistungen gesamt	**1.738**	**1.623**	**1.807**	**1.982**	**2.189**	**207**	**9,5**

Sonstiges: Wohnungssuche, Rezeptgebührenbefreiung, Pensionsanträge, Existenzsicherung, Spendengelder

Gesamtzahl der Patientinnen differiert auf Grund von Transferierungen im Vergleich mit der Gesamtzahl der einzelnen Stationen und Ambulanzen.

5.6. Fetalmedizin

ÄrztInnen: Ass.-Prof. Dr. Alexander Alge, OÄ Dr.in Astrid Berger, OÄ Dr.in Irene Mutz-Dehbalaie
DGKP Susanne Viertl

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Ersttrimestersonographie	1.386	1.089	700	628	609	-19	-3,1
Organschall (20 Wochenschall)	1.930	1.556	1.006	1.055	1.110	55	5,0
Fetale Echocardiographie (interdisziplinär)	187	164	117	180	174	-6	-3,4
Dopplersonographie	4.747	4.935	5.187	5.206	6.329	1.123	17,7
Wachstumskontrolle	6.689	7.624	7.865	7.525	7.899	374	4,7

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Chorionzottenbiopsie	75	89	63	60	56	-4	-7,1
davon pathologisch	11	12	7	12	10	-2	-20,0
Genetische Amniocentese	38	27	31	24	23	-1	-4,3
davon pathologisch	5	1	1	1	2	1	50,0
Chordocentese	5	1	2	5	11	6	54,5
Intrauterine Bluttransfusion	4	5	4	5	11	6	54,5
Punktion fetaler Organe	0	1	6	3	4	1	25,0

5.7. Geburten

ÄrztInnen: **OÄ Dr.in Angela Ramoni**, OÄ Dr.in Doris Bastl, OÄ Dr.in Magdalena Ritter
Leitende Hebamme: Dipl.Heb. Anna Harm

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Kinder gesamt	2.239	2.195	2.283	2.436	2.370	-66	-2,7
davon Mädchen	1.039	1.073	1.110	1.161	1.152	-9	-0,8
davon Buben	1.200	1.122	1.173	1.273	1.216	-57	-4,5
Geburten gesamt	2.144	2.133	2.202	2.346	2.288	-58	-2,5
Einlingsgeburten	2.054	2.070	2.124	2.259	2.205	-54	-2,4
Zwillingsgeburten	85	62	75	84	83	-1	-1,2
Drillingsgeburten	5	1	3	3	0	-3	-100,0
Anonyme Geburten	1	1	1	6	3	-3	-50,0
Frühgeburten (<37+0 SSW)	377	327	333	405	411	6	1,5
Frühgeburten in %	*16,8*	*14,9*	*14,6*	*16,6*	*17,3*	1	4,2
Geburtsgewicht < 2.500g	323	267	309	333	333	0	0,0
Geburtsgewicht < 1.500g	72	65	73	76	58	-18	-23,7
Sectiones gesamt	943	882	884	913	930	17	1,9
Sectiones in %	*42,2*	*40,2*	*38,7*	*37,5*	*39,2*	2	4,5
Sectio BEL	154	147	150	148	160	12	8,1
vag. BEL	2	1	0	1	0	-1	-100,0
Episiotomie Erstpara	157	156	130	98	94	-4	-4,1
Episiotomie Mehrpara	53	35	30	29	25	-4	-13,8
Wassergeburt	158	252	168	210	170	-40	-19,0
Ambulante Entbindung	35	30	38	45	41	-4	-8,9
PDA b. vag. Geb.	210	223	195	249	221	-28	-11,2
SPA b. Sectio	729	695	665	737	801	64	8,7
Vollnarkose b. Sectio	110	92	98	104	65	-39	-37,5
Na-pH < 7,20	320	384	367	475	450	-25	-5,3
Na-pH < 7,10	55	61	54	76	60	-16	-21,1
azidotisch u. deprimiert (Na-pH < 7,20 + APGAR 5 min < 7)	11	8	9	18	11	-7	-38,9
schwer azidotisch u. deprimiert (Na-pH < 7,10 + APGAR 5 min < 5)	1	1	2	1	0	-1	-100,0
Transferierung Kinderklinik	292	291	274	359	354	-5	-1,4
Mortalität gesamt	15	15	17	15	23	8	53,3
ante partum	7	9	7	12	15	3	25,0
sub partum	2	1	2	0	0	0	
bis 7. Tag	6	5	8	3	8	5	166,7

Im **Berichtsjahr 2015** haben 2.346 Mütter 2.436 Kinder geboren. Das ist die höchste Anzahl seit Jahren!
2015 wurden an unserer Klinik 84 Mal Zwillinge und 3 Mal Drillinge geboren.

Im **Berichtsjahr 2016** haben 2.288 Mütter 2.370 Kinder geboren. Das ist ein geringfügiger Rückgang, allerdings eine Steigerung um 25,1% in den vergangenen 10 Jahren.
2016 wurden an unserer Klinik 83 Mal Zwillinge.

Geborene insgesamt

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 absolut	15-16 in %
Österreich	78.952	79.330	81.722	84.381	87.675	3.294	3,8
Tirol	6.917	6.962	7.066	7.576	7.609	33	0,4

Alle Bundesländer verzeichneten 2016 steigende Geburtenzahlen. Den deutlichsten Anstieg verbuchte Vorarlberg (+5,8%), gefolgt von Niederösterreich (+5,7%), Oberösterreich (+5,6%), Kärnten (+4,8%) und Wien (+4,4%). Die übrigen Bundesländer registrierten jeweils geringere Zunahmen: Salzburg (+2,9%), Burgenland (+2,4%), Steiermark (+0,6%) und Tirol (+0,4%).
Österreichweit erfolgten im Jahr 2016 insgesamt 1.362 **Mehrlingsgeburten**: davon wurden 1.341 Mal Zwillinge und 19 Mal Drillinge und zwei Mal Vierlinge geboren.
Die österreichweite **Sectiorate** liegt bei 30%, in fetalmedizinischen Zentren naturgemäß wesentlich höher, so auch an der Frauenklinik Innsbruck (39,2%).
7% der Kinder in Österreich hatten ein **Geburtsgewicht** unter 2.500g, an der Frauenklinik, ebenfalls zentrumsbedingt, waren es 14,1%.
4,9% der Mütter sind **über 40 Jahre** alt.

Weitere Details (wie geburtshilfliche Anästhesie, etc.) finden Sie im Geburtenregister Tirol (www.iet.at).

5.8. Pflegestationen | Tageskliniken

5.8.1. Station Gynäkologie I (Sonderstation)

Ärztliche Leitung: **O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth**
Stationsärztin: Dr.in Jasmina Suljkanovic
Pflegeleitung: DGKP Eva Triendl

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 in %
Systemisierte Betten	20	20	20	20	20	0,0
Patientinnen	1.810	1.966	1.870	1.708	1.461	-14,5
Durchschnittl. Belagsdauer[ab2011] (Tage)	3,5	4,0	3,9	4,1	4,4	5,1
Mitternachts-Auslastung (in %)	55,7	57,4	56,0	54,5	55,8	2,4
Tages-Auslastung (in %)	80,0	84,1	81,5	77,9	76,0	-2,4

Von Jänner bis April 2010 war die Station umbaubedingt geschlossen, daher auch die entsprechend geringere Gesamtanzahl an Patientinnen.

5.8.2. Station Gynäkologie II (Operativ|Schwangere)

ÄrztInnen operativ: **OA Dr. Siegfried Fessler**, OÄ Dr.in Alexandra Ciresa-König, OA Dr. Stephan Kropshofer, Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Sölder, A. Univ.-Prof. Dr. Andreas Widschwendter
ÄrztInnen Schwangere: **OÄ Dr.in Angela Ramoni**
Stationsärztinnen: Dr.in Bettina Geiger-Wiedermann, Dr.in Michaela Rotter
Pflegeleitung: DGKP Carina Fiegl

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 in %
Systemisierte Betten	26,9	27	27	27	27	0,0
Patientinnen	1.851	1.789	1.959	2.012	2.094	4,1
Durchschnittl. Belagsdauer[ab2011] (Tage)	3,9	3,7	3,5	3,4	3,5	4,1
Mitternachts-Auslastung (in %)	67,3	61,1	62,0	60,9	63,6	4,5
Tages-Auslastung (in %)	85,2	78,5	81,3	80,4	83,7	4,1

5.8.3. Station Gynäkologie III (Onkologie|Mamma)

ÄrztInnen Onkologie:	**A. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet**, Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Abfalter, Assoz.Prof. PD Dr. Daniel Reimer, OÄ Dr.in Anouk Wagener
Stationsärztin:	Dr.in Petra Wiesbauer
ÄrztInnen Mamma:	**OA Dr. Daniel Egle**, OÄ Dr.in Christine Brunner, OÄ Dr.in Theresa Czech
Stationsärztin:	Dr. Florian Moritz
Pflegeleitung:	DGKP Monika Ladurner

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 in %
Systemisierte Betten	21	21	21	21	21	0,0
Patientinnen	1.128	1.008	1.188	1.072	1.064	-0,7
Durchschnittl. Belagsdauer[ab2011] (Tage)	5,2	5,2	4,8	5,1	5,1	0,0
Mitternachts-Auslastung (in %)	77,9	69,2	73,3	72	69,3	-3,6
Tages-Auslastung (in %)	91,8	82,2	88,3	85,6	82,8	-3,2

Wir gratulieren DGKP Kathrin Kratzer. Im November 2016 hat sie ihre Ausbildung im Rahmen des Führungskräfteentwicklungsprogramm der Tirol Kliniken sehr erfolgreich abgeschlossen.
v.l. PD Thomas Praxmarer, DGKP Kathrin Kratzer, SL Monika Ladurner, Pflegedir. Franz Mannsberger

5.8.4. Tagesklinik Gyn3

ÄrztInnen: **A. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet, OA Dr. Daniel Egle**
Stationsärztin: Dr.in Johanna Salzer, Dr.in Hildegard Wegscheider
Pflegeleitung: DGKP Monika Ladurner

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 in %
Systemisierte Betten	8	8	8	8	8	0,0
Patientinnen	2.362	2.418	2.388	2.413	1.893	-21,5
Tages-Auslastung (in %)	118,7	120,0	120,5	122,1	95,8	-21,5

5.8.5. Tagesklinik Gyn4

ÄrztInnen: **OA Dr. Siegfried Fessler**
Stationsärztin: FÄ Dr.in Veronika Kunczicky
Pflegeleitung: DGKP Maria-Luise Holzknecht

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 in %
Systemisierte Betten	6	6	6	6	6	0,0
Patientinnen	967	1.019	963	945	967	2,3
Tages-Auslastung (in %)	71,4	73,0	72,6	71,6	76,4	6,7

5.8.6. Geburtshilfe-Station

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 in %
Systemisierte Betten	7	7	7	7	7	0,0
Patientinnen	2.524	2.578	2.649	2.784	2.713	-2,6
Durchschnittl. Belagsdauer [ab2011] (Tage)	0,9	0,9	0,9	0.9	0.9	-0,0
Mitternachts-Auslastung (in %)	88,6	87,3	87,1	85,4	81,3	-4,9
Tages-Auslastung (in %)	99,0	98,4	98,2	96,6	91,8	-4,9

5.8.7. Mutter-Kind-Station (Wochenstation)

ÄrztInnen: **OA Dr. Hans-Peter Krause**
Stationsärztin: Dr.in Branka Firulovic
Pflegeleitung: Heb. Aurelia Föger

	2012	2013	2014	2015	2016	15-16 in %
Systemisierte Betten	22	22	22	22	22	0,0
Patientinnen	1.739	1.771	1.823	1.958	1.858	-5,1
Durchschnittl. Belagsdauer[ab2011] (Tage)	3,57	3,48	3,4	3,4	3,3	-0,4
Mitternachts-Auslastung (in %)	77,1	76,7	76,0	81,5	77,1	-5,4
Tages-Auslastung (in %)	97,6	97,3	97,7	104,8	99,1	-5,5

5.9. OP-Statistik

Gesamtzahl	2012	2013	2014	2015	2016
Patientinnen	4.268	4.382	4.491	4.583	4.529
operative Eingriffe	5.194	5.042	5.172	5.335	5.222
MEL*	6.543	6.776	6.893	7.109	6.864

*Anzahl der verrechenbaren operativen Leistungen nach LKF

5.9.1. Gynäkologische Onkologie

5.9.1.1. **OP bei Mammakarzinom**

	2012	2013	2014	2015	2016
Mastektomien ohne Simultanaufbau	49	77	106	142	124
Skin-Sparing Mastektomien mit Simultanaufbau	97	137	165	220	143
Tumorektomien - brusterhaltende Operationen	214	215	205	189	199
Sentinel Lymphonodektomien	232	182	218	226	287
Axilladissektionen	71	40	53	63	67
Nachresektionen	30	28	21	17	20
Revisionen	7	3	3	3	2

5.9.1.2. **OP bei Ovarialkarzinom**

	2012	2013	2014	2015	2016
Abdominelle Hysterektomien + Debulking + Lymphonodektomien	89	95	134	173	143

5.9.1.3. **OP bei Cervixkarzinom**

	2012	2013	2014	2015	2016
Wertheim, einschl. laparoskopisch assistiert (DaVinci)	7	6	11	21	9
Lymphknoten Staging	9	6	11	8	5
Probeexzisionen, Initiierung der Strahlentherapie	22	24	31	31	23

5.9.1.4. **OP bei Corpuskarzinom**

	2012	2013	2014	2015	2016
Abdominelle Hysterektomien	20	11	12	13	13
LAVH	15	12	11	15	20
Wertheim	2	5	2	3	1
Abrasiones (ohne weitere operative Therapie)	2	3	1	6	0

5.9.1.5. **OP bei Vulvakarzinom**

	2012	2013	2014	2015	2016
Vulvektomien	13	23	21	24	18

5.9.1.6. **Primäre Karzinome gesamt**

	2012	2013	2014	2015	2016
Primäre Mammakarzinome	325	317	268	309	272
Primäre Ovarialkarzinome	39	34	32	46	41
Primäre Cervixkarzinome	16	23	28	32	24
Primäre Corpuskarzinome	39	35	32	51	51
Primäre Vulvakarzinome	14	9	14	7	11
Primäre Karzinome gesamt	**433**	**418**	**374**	**445**	**397**

5.9.1.7. **Strahlentherapie**

	2012	2013	2014	2015	2016
HDR (high dose rate)	50	77	112	73	50
VR (Vaginalrohr)	156	91	147	123	128

5.9.2. Gutartige Indikationen

5.9.2.1. **Mamma**

	2012	2013	2014	2015	2016
Mamma PE	107	102	69	91	103

5.9.2.2. **Abdominale Operationen**

	2012	2013	2014	2015	2016
Laparotomie bei Adnextumor	40	29	71	70	86
Sterilisation post partum	123	100	118	127	125
Laparoskopie – diagnostisch (1-2 Einstiche)	112	86	60	80	68
Laparoskopische OP (3-4 Einstiche)	319	369	429	421	447
Laparoskopische Sterilisation	21	19	18	19	19
Abdominale totale Hysterketomie	37	31	56	56	56
Myomexstirpation offen	9	2	7	2	11
Sektionarbendehiszenz	3	2	1	0	1
OP eines Scheidenblindsackvorfalles	4	2	1	0	2
davon Sacropexie/ Laparoskopie (Da Vinci)	4	1	1	0	2

5.9.2.3. **Vaginale Operationen**

	2012	2013	2014	2015	2016
Vaginale totale Hysterektomie (vt)	81	100	104	82	108
Totale laparoskopische Hysterektomie (TLH)	42	32	35	54	48
Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH)	10	10	2	4	4
vt mit vorderer und hinterer Kolporraphie (vt + v + h)	41	70	64	67	63
vordere und hintere Kolporraphie / Prolift	5	18	11	8	18
Tension free vaginal tape (TVT)	0	3	3	6	2
Tension free vaginal tape (TVT -o)	38	41	48	48	35
Bulkamid	0	3	0	0	0
Hysteroskopie + fraktionierte Abrasio	563	599	636	584	611
Abrasio bei Abortus	228	130	111	110	101
Messer Konisation	5	4	13	10	9
LLETZ Konisation (Elektroschlinge)	177	178	207	201	197
Cerclage	19	22	22	18	23
Hysteroskopische Operation	158	181	204	192	180
davon Septumdissektion	19	16	14	9	10
davon Myomentfernung	23	34	25	24	28
davon Hydrothermablatio (HTA), Therma Choice	98	116	133	142	131
Kolpektomie	6	7	5	5	4
Vulva PE	101	109	95	96	83
Laser	144	98	82	72	73
Marsupialisation	42	38	42	42	38

5.9.2.4. **Revisionen**

	2012	2013	2014	2015	2016
Bauchdecke	5	2	0	1	1
Intraabdominal	4	2	1	1	2
Mamma	4	3	3	3	2
Vulva/Vagina	7	6	1	4	2
Nachblutung nach Konisation	3	4	2	6	1
Gesamt	**23**	**17**	**7**	**15**	**8**

5.9.3. Geburtshilfe

	2012	2013	2014	2015	2016
Sectio	610	568	585	559	587
Re–Sectio	253	254	227	280	279
Sectio-Hysterektomie	3	0	1	2	0
Sectio Gesamt	**866**	**822**	**813**	**841**	**866**
Nachtastung	62	70	60	80	64
Manuelle Plazentalösung	86	79	61	53	21
Dammriss III./IV. Grades	46	35	32	45	50

Die obigen Sectio-Zahlen beim Pkt 5.9.3. beziehen sich auf die Anzahl der sektionierten Mütter. Die weiter oben unter Pkt. 5.7.angegebene Zahl bei Sectio gibt die Anzahl der Kinder an!

6. Qualität ist uns wichtig!

6.1. Patientinnen-Zufriedenheit

(Dipl. Kffr. (FH) Cornelia Kirst, Strateg. Qualitätsmanagement)

Die Rückmeldungen unserer Patientinnen sind für uns sehr wichtig, da sie uns die Gelegenheit bieten, Fehler zu beheben und gut funktionierende Bereiche noch zu verbessern. Hier ist die Entwicklung der vergangenen 5 Jahre dargestellt.

Bei der stationären Aufnahme bekommt jede Patientin einen standardisierten Fragebogen, den sie bei der Entlassung anonym wieder abgeben kann. Die Rücklaufquote (R) errechnet sich aus der Anzahl der ausgewerteten Fragebögen (N) im Vergleich zur Gesamtzahl der stationären Patientinnen (Entlassungen pro Jahr, ggf. mehrfache Aufenthalte pro Monat werden nur einmal gezählt).

Die ersten drei Spalten nach Station und Jahr betreffen die MitarbeiterInnen direkt an der Klinik:

- Pflege (Schwestern, PflegehelferInnen, Hebammen),
- ÄrztInnen und
- Weitere Berufe (SozialarbeiterIn, PsychologIn, PhysiotherapeutInnen,..)
- Küche betrifft im Wesentlichen die Zufriedenheit mit dem Essen,
- Technik die Ausstattung der Zimmer (Nasszelle, Radio, elektr. Betten etc.).

In diesen fünf Spalten gilt: je niedriger der Wert, umso geringer der Kritikanteil.

In den Spalten „Ges. Zufr.“ und „Empf“ (grau unterlegt) werden die beiden Zusammenfassenden Fragen „Wie zufrieden sind Sie mit dem Aufenthalt in unserem Krankenhaus?“ und „Würden Sie unser Krankenhaus bei Bedarf weiter empfehlen?“ dargestellt. Hier wird NICHT der Kritikanteil sondern die Häufigkeitsanteil der jeweils bestmöglichen Antwort auf der 4-stufigen Skala dargestellt – „sehr zufrieden“ bzw. „Ja“.

Station	Jahr	Pflege	Ärzt-Innen	Weit. Berufe	Küche	Org. & Techn.	Ges. Zufr. „sehr“ **	Empf. „ja“ **	N	R
Gyn I	2012	4,7	3,5	1,1	25,6	2,8			225	17%
	2013	4,0	1,9	1,1	13,2	3,2	87,3%	93,7%	191	14%
	2014	3,8	1,9	1,4	27,4	2,3	94,0%	97,6%	189	14%
	2015	2,6	2,4	1,3	35,9	4,0	93,0%	93,1%	180	15%
	2016	3,6	2,0	1,5	32,9	4,7	93,1%	97,7%	228	19%
Gyn II	2012	3,2	2,8	0,7	18,2	3,3			382	23%
	2013	2,1	2,1	0,5	10,1	2,8	93,3%	95,2%	355	22%
	2014	2,2	3,0	1,3	22,0	3,7	92,5%	97,0%	376	21%
	2015	2,6	4,2	1,1	23,9	4,4	91,7%	95,2%	388	22%
	2016	2,6	3,2	1,0	24,2	4,5	89,5%	95,7%	363	19%

Station	Jahr	Pflege	Ärzt-Innen	Weit. Berufe	Küche	Org. & Techn.	Ges. Zufr. „sehr“ **	Empf. „ja“ **	N	R
Gyn III	2012	3,3	2,4	1,3	21,6	4,8			234	28%
	2013	2,4	2,1	1,0	10,5	4,3	92,8%	97,4%	216	27%
	2014	2,4	2,1	1,4	27,6	3,1	91,6%	96,3%	218	24%
	2015	2,8	3,6	1,5	30,4	7,0	91,0%	95,8%	201	25%
	2016	3,1	3,9	1,6	30,3	7,7	89,2%	90,4%	170	20%
Mutter-Kind	2012	6,4	4,8	0,8	23,4	2,2			509	30%
	2013	5,3	3,0	1,2	14,1	2,2	77,7%	90,6%	399	24%
	2015	6,6	5,1	1,1	30,4	6,4	76,9%	88,8%	918	49%
	2016	6,2	4,4	4,8	27,0	5,1	80,0%	89,0%	1107	63%
	2014	5,8	5,0	1,1	31,2	3,0	74,7%	88,1%	432	25%
Geburtshilfe	2012	6,8	8,5	1,4	21,3	3,6			30	12%
	2013	5,0	4,0	0,7	10,4	3,2	67,9%	89,3%	37	13%
	2014	6,0	5,3	1,7	17,3	3,1	81,0%	87,3%	71	26%
	2015	4,5	3,4	0,4	20,1	2,5	85,7%	95,0%	23	8%
	2016	6,2	8,6	0,0	33,0	1,4	92,8%	100,0%	14	5%
Gyn IV Tagesklinik	2014	3,8	3,5	1,0	14,8	4,8	86,3%	92,9%	206	24%
	2015	3,4	3,7	1,0	15,5	4,9	89,1%	92,3%	197	23%
	2016	4,3	4,6	1,1	16,6	5,1	87,2%	91,0%	207	24%

Legende:
Kritikanteil: in % - je niedriger, desto besser
***** für diese Fragen wird nicht der Kritikanteil dargestellt, sondern der Anteil der jeweils bestmöglichen Antwort***
N: Anzahl der abgegebenen Fragebögen
R: Rücklaufquote

In Summe können aus obigen Zahlen folgende Tendenzen abgeleitet werden:

- Auf der Mutter-Kind-Station sehr gute Verbesserung des Rücklaufes.
- Kaum gravierende Verbesserungen/Verschlechterungen bis auf die Beurteilung der Küche und tendenziell alle Beurteilungen zur Geburtshilfestation.
- Gesamtzufriedenheit verbessert auf Gyn I und Geburtshilfestation, Gyn II und Gyn III halten die sehr hohe Gesamtzufriedenheit, Mutter-Kind-Station „gleichbleibend niedrig“ – mit Sicherheit ein Zeichen für die ständige Überbelegung.
- Die niedrige Rücklaufquote in der Geburtshilfe ist bedingt durch die kurze Liegedauer und üblicherweise anschließendem Wechsel in den Kreißsaal und dann auf die Mutter-Kind-Station.

Zu erwähnen ist jedenfalls auch, dass es bei den monatlichen Auswertungen immer auch viele sehr positive, extra angeführte Rückmeldungen gibt, in denen viele MitarbeiterInnen aus allen Berufsgruppen sehr lobend erwähnt werden. Dafür an dieser Stelle ein besonderes Danke!

6.2. Qualitätsentwicklung und klinisches Risikomanagement

6.2.1. Allgemeines zum klinischen Risikomanagement

Klinik	kRM-Prozess in Umsetzung seit (Monat/Jahr)	kRM-Prozess integriert in Management-System seit …	CIRS in Umsetzung seit (Monat/Jahr)
Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	12/2011	12/2011 (BrustGesundheit-Zentrum und Labore)	11/2007 (klinikinternes Fehlermeldesystem)

6.2.2. Umsetzung des klinischen Risikomanagements

Anzahl kRM	… davon ausgebildete kRM	… davon kRM in Ausbildung befindlich	Anzahl kRM-B	… davon ausgebildete kRM-B	… davon in Ausbildung befindlich	Anzahl Mitglieder Risiko-/Qualitäts-team	Anzahl Sitzungen Risiko-/Qualitäts-team
4	4	0	3	3	0	12	11*

Funktion (kRM bzw. kRM-B)	Name
kRM	OA Dr. Otto Huter
	OÄ Dr.in Alexandra Ciresa-König
	DKP Marie-Christine Höfle-Specht
	Mag. Franz Preishuber
kRM-B	Heb. Barbara Mühlbacher
	Heb. Elisabeth Lederer-Kofler
	DKP Monika Ladurner

*Anzahl der Sitzungen des Risiko-/Qualitätsteams:

a. Risiko/Fehlermanagement
   Die Fehlermeldungen wurden im Jahr 2016 im Team behandelt, abgearbeitet und im Rahmen von quartalsweisen, einstündigen Montagskonferenzen der gesamten Klinik vorgestellt und entsprechende Maßnahmen beschlossen. Vor jedem Treffen fanden mit den Prozessverantwortlichen des Fehlermanagements und der RisikomanagerInnen Vorbesprechungen statt.
b. Qualitätsmanagement
   - Jeweils quartalsweise Besprechungen QM
     - dezentral im Rahmen der BV II sowie
     - zentral LKI-weit
   - BrustGesundheitZentrum: 4 Qualitätszirkel pro Jahr + 4 M&M-Konferenzen gemensam mit den affiliierten Partnern
   - Morphologisches Labor: im Rahmen der Dienstbesprechungen (wöchentlich)
   - Biochemisches Labor: im Rahmen der Dienstbesprechungen (zweiwöchentlich)

6.2.3. Umsetzung Fehlermelde- und Lernsystem – CIRS

An dieser Stelle werden Daten zur laufenden Umsetzung eines CIRS berichtet.

Anzahl der Meldungen im CIRS	***Mögliche Ereignisse ohne Risiko für Personen***	***Mögliche Ereignisse mit Risiko für Personen***	***Aufgetretene Ereignisse mit Risiko für Personen***	***Aufgetretene Ereignisse ohne Risiko für Personen***	***Summe***
Meldungen neu *im vergangenen Jahr*	18	15	18	19	70
… *davon* ***Meldungen*** *derzeit* ***in Bearbeitung***	-	3	2	1	6
… davon ***Meldungen*** *mit Maßnahmen* ***abgeschlossen***	18	12	16	18	64
Anzahl der ***Maßnahmen***	12	23	23	23	81
… davon Anzahl der ***Maßnahmen in Bearbeitung***	-	6	4	2	12
… davon Anzahl ***wirksame Maßnahmen***	12	17	19	21	69
Anzahl der an die KoFü weitergeleiteten Meldungen	-	-	2	-	2

Welche Faktoren haben die Ereignisse beeinflusst? (Anzahl Ereignisse je Faktor)

Faktor	***Anzahl Meldungen***
Kommunikation	11
Ausbildung und Training	3
Persönliche Faktoren des Mitarbeiters	10
Teamfaktoren	1
Ressourcen	2
Ablauforganisation	30
Patientenfaktoren	-
Technische Geräte	4
Kontext der Institution	-
Medikation	1
Sonstige	10

7. Forschung

7.1. Publikationen Gynäkologie u. Geburtshilfe

2015

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. Aigmueller, T.; Bader, W.; Beilecke, K.; Elenskaia, K.; Frudinger, A.; Hanzal, E.; Helmer, H.; Huemer, H.; van der Kleyn, M.; Koelle, D.; Kropshofer, S.; Pfeiffer, J.; Reisenauer, C.; Tammaa, A.; Tamussino, K.; Umek, W.: Management of 3rd and 4th Degree Perineal Tears after Vaginal Birth. German Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics (AWMF Registry No. 015/079, October 2014).
   GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE. 2015; 75(2); 137-144.

2. Biedermann, Maurus; Barp, Laura; Kornauth, Christoph; Wuerger, Tanja; Rudas, Margaretha; Reiner, Angelika; Concin, Nicole; Grob, Koni: Mineral oil in human tissues, Part II: Characterization of the accumulated hydrocarbons by comprehensive two-dimensional gas chromatography.
   SCIENCE OF THE TOTAL ENVIRONMENT. 2015; 506(S); 644-655.

3. Boesch, Maximilian; Zeimet, Alain G.; Rumpold, Holger; Gastl, Guenther; Sopper, Sieghart; Wolf, Dominik: Drug Transporter-Mediated Protection of Cancer Stem Cells From Ionophore Antibiotics.
   STEM CELLS TRANSLATIONAL MEDICINE. 2015; 4(9); 1028-1032.

4. Brennan, Donal J.; Hackethal, Andreas; Mann, Kristy P.; Mutz-Dehbalaie, Irene; Fiegl, Heidi; Marth, Christian; Obermair, Andreas: Serum HE4 detects recurrent endometrial cancer in patients undergoing routine clinical surveillance.
   BMC CANCER. 2015; 15(S); 33.

5. Colombo, N.; Creutzberg, C.; Amant, F.; Bosse, T.; González-Martín, A.; Ledermann, J.; Marth, C.; Nout, R.; Querleu, D.; Mirza, MR.; Sessa, C.; ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group [Zeimet, AG.]: ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer: Diagnosis, treatment and follow-up.
   RADIOTHERAPY AND ONCOLOGY. 2015; 117(3); 559-581.

6. Fotopoulou, Christina; Kraetschell, Robert; Dowdy, Sean; Fujiwara, Keiichi; Yaegashi, Nobuo; Larusso, Domenica; Casado, Antonio; Mahner, Sven; Herzog, Thomas J.; Kehoe, Sean; Vergote, Ignace; Miller, David Scott; Marth, Christian; Fujii, Shingo; Sehouli, Jalid: Surgical and systemic management of endometrial cancer: an international survey.
   ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2015; 291(4); 897-905.

7. Gnant, M.; Mlineritsch, B.; Stoeger, H.; Luschin-Ebengreuth, G.; Knauer, M.; Moik, M.; Jakesz, R.; Seifert, M.; Taucher, S.; Bjelic-Radisic, V.; Balic, M.; Eidtmann, H.; Eiermann, W.; Steger, G.; Kwasny, W.; Dubsky, P.; Selim, U.; Fitzal, F.; Hochreiner, G.; Wette, V.; Sevelda, P.; Ploner, F.; Bartsch, R.; Fesl, C.; Greil, R.; Austrian Breast & Colorectal Canc: Zoledronic acid combined with adjuvant endocrine therapy of tamoxifen versus anastrozol plus ovarian function suppression in premenopausal early breast cancer: final analysis of the Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group Trial 12.
   ANNALS OF ONCOLOGY. 2015; 26(2); 313-320.

8. Gnant, M.; Pfeiler, G.; Dubsky, PC.; Hubalek, M.; Greil, R.; Jakesz, R.; Wette, V.; Balic, M.; Haslbauer, F.; Melbinger, E.; Bjelic-Radisic, V.; Artner-Matuschek, S.; Fitzal, F.; Marth, C.; Sevelda, P.; Mlineritsch, B.; Steger, GG.; Manfreda, D.; Exner, R.; Egle, D.; Bergh, J.; Kainberger, F.; Talbot, S.; Warner, D.; Fesl, C.; Singer, CF.; Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group [Volgger, B.; Taucher, S.; Angerer-Dengg, M.; Baumgartner, E.; Brantner, C.; Braun, S.; Brunner, C.; Ciresa-König, A.; Engleder, N.; Faltner, B.; Grubinger, E.; Hofstetter, G.; Huemer, D.; Krause, HP.; Mayr, S.; Miglar, S.; Moser, T.; Nehoda, R.; Net, N.; Ramoni, A.; Reimer, D.; Rotter, M.; Schaffenrath, H.; Schneitter, A.; Strobl, EM.; Tiechl, J.; Tomovski, C.; Wagener, A.; Weger, C.; Windbichler, G.; Zeimet, A.; Albertini, C.; Eder, J.; Ennemoser, V.; Feichter, C.; Galitz, C.; Kluckner, A.; Popo-

vic, D.; Riegler, C.; Singer, G.; Ulmer, J.; Wieser, A.; Wipplinger, C.; Hohenegg, I.; Holzner, P.; Insam, T.; Riml, B.; Wagner, E.; Lechner, M.]: Adjuvant denosumab in breast cancer (ABCSG-18): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial.
LANCET. 2015; 386(9992); 433-443.

9. Hofer, Philipp; Neururer, Sabrina; Hauffe, Helga; Insam, Thomas; Zeilner, Anette; Göbel, Georg: Semi-automated evaluation of biomedical ontologies for the biobanking domain based on competency questions.
STUDIES IN HEALTH TECHNOLOGY AND INFORMATICS. 2015; 212; 65-72.

10. Huefner, K.; Oberguggenberger, A.; Kohl, C.; Geisler, S.; Gamper, E.; Meraner, V.; Egeter, J.; Hubalek, M.; Beer, B.; Fuchs, D.; Sperner-Unterweger, B.: Levels in neurotransmitter precursor amino acids correlate with mental health in patients with breast cancer.
PSYCHONEUROENDOCRINOLOGY. 2015; 60(S); 28-38.

11. Jahn, B.; Rochau, U.; Kurzthaler, C.; Hubalek, M.; Miksad, R.; Sroczynski, G.; Paulden, M.; Kluibenschaedl, M.; Krahn, M.; Siebert, U.: Cost effectiveness of personalized treatment in women with early breast cancer: the application of OncotypeDX and Adjuvant! Online to guide adjuvant chemotherapy in Austria.
SPRINGERPLUS. 2015; 4(S); 752.

12. Karlsen, Mona A.; Hogdall, Estrid V. S.; Christensen, Ib J.; Borgfeldt, Christer; Kalapotharakos, Grigorios; Zdrazilova-Dubska, Lenka; Chovanec, Josef; Lok, Christianne A. R.; Stiekema, Anna; Mutz-Dehbalaie, Irene; Rosenthal, Adam N.; Moore, Elizabeth K.; Schodin, Beth A.; Sumpaico, Walfrido W.; Sundfeldt, Karin; Kristjansdottir, Bjorg; Zapardiel, Ignacio; Hogdall, Claus K.: A novel diagnostic index combining HE4, CA125 and age may improve triage of women with suspected ovarian cancer - An international multicenter study in women with an ovarian mass.
GYNECOLOGIC ONCOLOGY. 2015; 138(3); 640-646.

13. Mahner, S.; Meier, W.; du Bois, A.; Brown, C.; Lorusso, D.; Dell'Anna, T.; Cretin, J.; Havsteen, H.; Bessette, P.; Zeimet, AG.; Vergote, I.; Vasey, P.; Pujade-Lauraine, E.; Gladieff, L.; Ferrero, A.: Carboplatin and pegylated liposomal doxorubicin versus carboplatin and paclitaxel in very platinum-sensitive ovarian cancer patients: results from a subset analysis of the CALYPSO phase III trial.
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER. 2015; 51(3); 352-358.

14. **(•)** Marth, Christian; du Bois, Andreas; Schauer, Christian; du Bois, Andreas; Casado, Antonio; Vergote, Ignace; del Campo, Jose Maria; Goudopoulou, Athina; Pujade-Lauraine, Eric; Bruchim, Ilan; Colombo, Nicoletta; Pignata, Sandro; Ledermann, Jonathan; Chekerov, Radoslav; Raza Mirza, Mansoor; Westermann, Anneke; Glasspool, Ros; Taskiran, Cagatay; Fehr, Mathias; Cibula, David: The European Network for Gynaecological Oncological Trial Groups Charta for Privileged Partnership.
INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER. 2015; 25(6); 1094-1095.

15. **(•)** Marth, Christian; Hubalek, Michael; Petru, Edgar; Polterauer, Stephan; Reinthaller, Alexander; Schauer, Christian; Scholl-Firon, Tonja; Singer, Christian F.; Zschocke, Johannes; Zeimet, Alain G.: AGO Austria recommendations for genetic testing of patients with ovarian cancer.
WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2015; 127(15-16); 652-654.

16. Saraff, Vrinda; Schneider, Johanna; Colleselli, Valeria; Ruepp, Monika; Rauchenzauner, Markus; Neururer, Sabrina; Geiger, Ralf; Hoegler, Wolfgang: Sex-, age-, and height-specific reference curves for the 6-min walk test in healthy children and adolescents.
EUROPEAN JOURNAL OF PEDIATRICS. 2015; 174(6); 837-840.

17. Seeber, Andreas; Braicu, Ioana; Untergasser, Gerold; Nassir, Mani; Fong, Dominic; Botta, Laura; Gastl, Guenther; Fiegl, Heidi; Zeimet, Alain; Sehouli, Jalid; Spizzo, Gilbert: Detection of soluble EpCAM (sEpCAM) in malignant ascites predicts poor overall survival in patients treated with catumaxomab.
ONCOTARGET. 2015; 6(28); 25017-25023.

18. Singer, C. F.; Tea, M. K.; Pristauz, G.; Hubalek, M.; Rappaport, C.; Riedl, C. C.; Helbich, T. H.: Clinical Practice Guideline for the prevention and early detection of breast and ovarian cancer in women from HBOC (hereditary breast and ovarian cancer) families.
WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2015; 127(23-24); 981-986.

19. Staudigl, Christine; Concin, Nicole; Grimm, Christoph; Pfeiler, Georg; Nehoda, Regina; Singer, Christian F.; Polterauer, Stephan: Prognostic Relevance of Pretherapeutic Gamma-Glutamyltransferase in Patients with Primary Metastatic Breast Cancer.
PLOS ONE. 2015; 10(4); UNSP e0125317.

20. Teschendorff, Andrew E.; Lee, Shih-Han; Jones, Allison; Fiegl, Heidi; Kalwa, Marie; Wagner, Wolfgang; Chindera, Kantaraja; Evans, Iona; Dubeau, Louis; Orjalo, Arturo; Horlings, Hugo M.; Niederreiter, Lukas; Kaser, Arthur; Yang, Winnie; Goode, Ellen L.; Fridley, Brooke L.; Jenner, Richard G.; Berns, Els M. J. J.; Wik, Elisabeth; Salvesen, Helga B.; Wisman, G. Bea A.; van der Zee, Ate G. J.; Davidson, Ben; Trope, Claes G.; Lambrechts, Sandrina; Vergote, Ignace; Calvert, Hilary; Jacobs, Ian J.; Widschwendter, Martin: HOTAIR and its surrogate DNA methylation signature indicate carboplatin resistance in ovarian cancer.
GENOME MEDICINE. 2015; 7(S); 108.

21. Torre, Daniel Dalla; Burtscher, Doris; Edlinger, Michael; Soelder, Elisabeth; Widschwendter, Andreas; Rasse, Michael; Puelacher, Wolfgang: Comparison of the prevalence of human papilloma virus infection in histopathologically confirmed premalignant oral lesions and healthy oral mucosa by brush smear detection.
ORAL SURGERY ORAL MEDICINE ORAL PATHOLOGY ORAL RADIOLOGY. 2015; 119(3); 333-339.

22. van Dam, PA.; Tomatis, M.; Marotti, L.; Heil, J.; Wilson, R.; Rosselli Del Turco, M.; Mayr, C.; Costa, A.; Danei, M.; Denk, A.; Emons, G.; Friedrichs, K.; Harbeck, N.; Kiechle, M.; Koheler, U.; Kuemmel, S.; Maass, N.; Marth, C.; Prové, A.; Kimmig, R.; Rageth, C.; Regolo, L.; Salehi, L.; Sarlos, D.; Singer, C.; Sohn, C.; Staelens, G.; Tinterri, C.; Ponti, A.; eusomaDB Working Group:; eusomaDB Working Group [Daniaux, M.]: The effect of EUSOMA certification on quality of breast cancer care.
EUROPEAN JOURNAL OF SURGICAL ONCOLOGY. 2015; 41(10); 1423-1429.

23. **(•)** Volgger, Birgit; Zeimet, Alain G.; Reinthaller, Alexander; Petru, Edgar; Schauer, Christian; Klein, Michaela; Sevelda-Schwarzgruber, Ursula; Bogner, Gerhard; Wolfram, Gerhard; Marth, Christian: Carboplatin and Nonpegylated Liposomal Doxorubicin in Primary Advanced or Recurrent Endometrial Cancer A Phase 2 Trial Conducted by AGO Austria.
INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER. 2015; 25(2); 257-262.

Zeitschriftenaufsatz (Review)

24. Daniaux, Martin; De Zordo, Tobias; Santner, Wolfram; Amort, Birgit; Koppelstaetter, Florian; Jaschke, Werner; Dromain, Clarisse; Oberaigner, Willi; Hubalek, Michael; Marth, Christian: Dual-energy contrast-enhanced spectral mammography (CESM).
ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2015; 292(4); 739-747.

25. Lirk, P.; Fiegl, H.; Weber, N. C.; Hollmann, M. W.: Epigenetics in the perioperative period.
BRITISH JOURNAL OF PHARMACOLOGY. 2015; 172(11); 2748-2755.

26. Petru, Edgar; Singer, Christian F.; Polterauer, Stephan; Galid, Arik; Schauer, Christian; Klocker, Johann; Seifert, Michael; Reinthaller, Alexander; Benedicic, Christoph; Hubalek, Michael; Hefler, Lukas; Marth, Christian; Scholl-Firon, Tonja; Bogner, Gerhard; Zeimet, Alain-Gustave: Prophylactic long-acting granulocyte-colony stimulating factors (G-CSF) in gynecologic malignancies: an oncologic expert statement.
WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2015; 165(19-20); 387-394.

27. Vergote, Ignace B.; Marth, Christian; Coleman, Robert L.: Role of the folate receptor in ovarian cancer treatment: evidence, mechanism, and clinical implications.
CANCER AND METASTASIS REVIEWS. 2015; 34(1); 41-52.

Zeitschriftenbeitrag (Editorial-Material)

28. Bartsch, Rupert; Fitzal, Florian; Hubalek, Michael; Knauer, Michael; Untch, Michael: The Role of CDK 4/6 Inhibitors in Breast Cancer Treatment.
BREAST CARE. 2015; 10(5); 340-343.

29. Stepan, H.; Herraiz, I.; Schlembach, D.; Verlohren, S.; Brennecke, S.; Chantraine, F.; Klein, E.; Lapaire, O.; Llurba, E.; Ramoni, A.; Vatish, M.; Wertaschnigg, D.; Galindo, A.: Implementation of the sFlt-1/PIGF ratio for prediction and diagnosis of pre-eclampsia in singleton pregnancy: implications for clinical practice.
ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY. 2015; 45(3); 241-246.

2016

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. **(•)** Azim, Samira Abdel; Duggan-Peer, Michaela; Sprung, Susanne; Reimer, Daniel; Fiegl, Heidi; Soleiman, Afschin; Marth, Christian; Zeimet, Alain G.: Clinical impact of L1CAM expression measured on the transcriptome level in ovarian cancer.
ONCOTARGET. 2016; 7(24); 37205-37214.

2. Baessler, K.; Algmueller, T.; Albrich, S.; Anthuber, C.; Finas, D.; Fink, T.; Fuenfgeld, C.; Gabriel, B.; Henscher, U.; Hetzer, F. H.; Huebner, M.; Junginger, B.; Jundt, K.; Kropshofer, S.; Kuhn, A.; Loge, L.; Nauman, G.; Peschers, U.; Pfiffer, T.; Schwandner, O.; Strauss, A.; Tunn, R.; Viereck, V.: Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016).
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE. 2016; 76(12); 1287-1300.

3. Boesch, Maximilian; Zeimet, Alain G.; Fiegl, Heidi; Wolf, Barbara; Huber, Julia; Klocker, Helmut; Gastl, Guenther; Sopper, Sieghart; Wolf, Dominik: High prevalence of side population in human cancer cell lines.
ONCOSCIENCE. 2016; 3(3-4); 85-87.

4. Borena, Wegene; Gruenberger, Margarethe; Widschwendter, Andreas; Kraxner, Karl Heinz; Marth, Elisabeth; Mayr, Peter; Meier, Joerg; Ruth, Norman; Guerrero, Aida Tort; Marth, Christian; Holm-von Laer, Dorothee: Pre-vaccine era cervical human papillomavirus infection among screening population of women in west Austria.
BMC PUBLIC HEALTH. 2016; 16(S); 889.

5. **(•)** Colleselli, V.; Nell, T.; Bartosik, T.; Brunner, C.; Ciresa-Koenig, A.; Wildt, L.; Marth, C.; Seeber, B.: Marked improvement in the success rate of medical management of early pregnancy failure following the implementation of a novel institutional protocol and treatment guidelines: a follow-up study.
ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2016; 294(6); 1265-1272.

6. Colombo, N.; Creutzberg, C.; Amant, F.; Bosse, T.; González-Martín, A.; Ledermann, J.; Marth, C.; Nout, R.; Querleu, D.; Mirza, MR.; Sessa, C.; ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group [Zeimet, AG.]: ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up.
ANNALS OF ONCOLOGY. 2016; 27(1); 16-41.

7. Dalla Torre, D.; Burtscher, D.; Soelder, E.; Widschwendter, A.; Rasse, M.; Puelacher, W.: The impact of sexual behavior on oral HPV infections in young unvaccinated adults.
CLINICAL ORAL INVESTIGATIONS. 2016; 20(7); 1551-1557.

8. Dold, Catherine; Urbiola, Carles Rodriguez; Wollmann, Guido; Egerer, Lisa; Muik, Alexander; Bellmann, Lydia; Fiegl, Heidelinde; Marth, Christian; Kimpel, Janine; von Laer, Dorothee: Application of interferon modulators to overcome partial resistance of human ovarian cancers to VSV-GP oncolytic viral therapy.
MOLECULAR THERAPY ONCOLYTICS. 2016; 3(S); UNSP 16021.

9. Forbes, JF.; Sestak, I.; Howell, A.; Bonanni, B.; Bundred, N.; Levy, C.; von Minckwitz, G.; Eiermann, W.; Neven, P.; Stierer, M.; Holcombe, C.; Coleman, RE.; Jones, L.; Ellis, I.; Cuzick, J.; IBIS-II investigators [Ramoni, A.; Muller, B.]: Anastrozole versus tamoxifen for the prevention of locoregional and contralateral breast cancer in postmenopausal women with locally excised ductal carcinoma in situ (IBIS-II DCIS): a double-blind, randomised controlled trial.
LANCET. 2016; 387(10021); 866-873.

10. Foukakis, Theodoros; von Minckwitz, Gunter; Bengtsson, Nils-Olof; Brandberg, Yvonne; Wallberg, Birgitta; Fornander, Tommy; Mlineritsch, Brigitte; Schmatloch, Sabine; Singer, Christian F.; Steger, Guenther; Egle, Daniel; Karlsson, Eva; Carlsson, Lena; Loibl, Sibylle; Untch, Michael; Hellstrom, Mats; Johansson, Hemming; Anderson, Harald; Malmstrom, Per; Gnant, Michael; Greil, Richard; Mobus, Volker; Bergh, Jonas; Swedish Breast Canc Grp; German Breast Grp; Austrian Breast Colorectal Canc: Effect of Tailored Dose-Dense Chemotherapy vs Standard 3-Weekly Adjuvant Chemotherapy on Recurrence-Free Survival Among Women With High-Risk Early Breast Cancer A Randomized Clinical Trial.
JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. 2016; 316(18); 1888-1896.

11. Kammerer, Sarah; Sokolowski, Armin; Hackl, Hubert; Platzer, Dieter; Jahn, Stephan Wenzel; El-Heliebi, Amin; Schwarzenbacher, Daniela; Stiegelbauer, Verena; Pichler, Martin; Rezania, Simin; Fiegl, Heidelinde; Peintinger, Florentia; Regitnig, Peter; Hoefler, Gerald; Schreibmayer, Wolfgang; Bauernhofer, Thomas: KCNJ3 is a new independent prognostic marker for estrogen receptor positive breast cancer patients.
ONCOTARGET. 2016; 7(51); 84705-84717.

12. Kerschbaumer, Johannes; Freyschlag, Christian F.; Stockhammer, Guenter; Taucher, Susanne; Maier, Hans; Thome, Claudius; Seiz-Rosenhagen, Marcel: Hormone-dependent shrinkage of a sphenoid wing meningioma after pregnancy: case report.
JOURNAL OF NEUROSURGERY. 2016; 124(1); 137-140.

13. Klein, Evelyn; Schlembach, Dietmar; Ramoni, Angela; Langer, Elena; Bahlmann, Franz; Grill, Sabine; Schaffenrath, Helene; van der Does, Reinhard; Messinger, Diethelm; Verhagen-Kamerbeek, Wilma D. J.; Reim, Manfred; Hund, Martin; Stepan, Holger: Influence of the sFlt-1/PlGF Ratio on Clinical Decision-Making in Women with Suspected Preeclampsia.
PLOS ONE. 2016; 11(5); e0156013.

14. Kurzeder, Christian; Bover, Isabel; Marme, Frederik; Rau, Joern; Pautier, Patricia; Colombo, Nicoletta; Lorusso, Domenica; Ottevanger, Petronella; Bjurberg, Maria; Marth, Christian; Barretina-Ginesta, Pilar; Vergote, Ignace; Floquet, Anne; del Campo, Josep M.; Mahner, Sven; Bastiere-Truchot, Lydie; Martin, Nicolas; Oestergaard, Mikkel Z.; Kiermaier, Astrid; Schade-Brittinger, Carmen; Polleis, Sandra; du Bois, Andreas; Gonzalez-Martin, Antonio: Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Phase III Trial Evaluating Pertuzumab Combined With Chemotherapy for Low Tumor Human Epidermal Growth Factor Receptor 3 mRNA-Expressing Platinum-Resistant Ovarian Cancer (PENELOPE).
JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. 2016; 34(21); 2516-+.

15. Mirza, M. R.; Monk, B. J.; Herrstedt, J.; Oza, A. M.; Mahner, S.; Redondo, A.; Fabbro, M.; Ledermann, J. A.; Lorusso, D.; Vergote, I.; Ben-Baruch, N. E.; Marth, C.; Madry, R.; Christensen, R. D.; Berek, J. S.; Dorum, A.; Tinker, A. V.; du Bois, A.; Gonzalez-Martin, A.; Follana, P.; Benigno, B.; Rosenberg, P.; Gilbert, L.; Rimel, B. J.; Buscema, J.; Balser, J. P.; Agarwal, S.; Matulonis, U. A.; ENGOT-OV16 NOVA Investigators: Niraparib Maintenance Therapy in Platinum-Sensitive, Recurrent Ovarian Cancer.
NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. 2016; 375(22); 2154-2164.

16. Monk, Bradley J.; Poveda, Andres; Vergote, Ignace; Raspagliesi, Francesco; Fujiwara, Keiichi; Bae, Duk-Soo; Oaknin, Ana; Ray-Coquard, Isabelle; Provencher, Diane M.; Karlan, Beth Y.; Lhomme, Catherine; Richardson,

Gary; Rincon, Dolores Gallardo; Coleman, Robert L.; Marth, Christian; Brize, Arija; Fabbro, Michel; Redondo, Andres; Bamias, Aristotelis; Ma, Haijun; Vogl, Florian D.; Bach, Bruce A.; Oza, Amit M.: Final results of a phase 3 study of trebananib plus weekly paclitaxel in recurrent ovarian cancer (TRINOVA-1): Long-term survival, impact of ascites, and progression-free survival-2.
GYNECOLOGIC ONCOLOGY. 2016; 143(1); 27-34.

17. Nassir, Mani; Guan, Jun; Luketina, Hrvoje; Siepmann, Timo; Rohr, Irena; Richter, Rolf; Castillo-Tong, Dan Cacsire; Zeillinger, Robert; Vergote, Ignace; Van Nieuwenhuysen, Els; Concin, Nicole; Marth, Christian; Hall, Christina; Mahner, Sven; Woelber, Linn; Sehouli, Jalid; Braicu, Elena Ioana: The role of HE4 for prediction of recurrence in epithelial ovarian cancer patients-results from the OVCAD study.
TUMOR BIOLOGY. 2016; 37(3); 3009-3016.

18. **(•)** Notaro, Sara; Reimer, Daniel; Duggan-Peer, Michaela; Fiegl, Heidi; Wiedermair, Annamarie; Roessler, Julia; Altevogt, Peter; Marth, Christian; Zeimet, Alain Gustave: Evaluating L1CAM expression in human endometrial cancer using qRT-PCR.
ONCOTARGET. 2016; 7(26); 40221-40232.

19. **(•)** Notaro, Sara; Reimer, Daniel; Fiegl, Heidi; Schmid, Gabriel; Wiedemair, Annamarie; Roessler, Julia; Marth, Christian; Zeimet, Alain Gustave: Evaluation of folate receptor 1 (FOLR1) mRNA expression, its specific promoter methylation and global DNA hypomethylation in type I and type II ovarian cancers.
BMC CANCER. 2016; 16(S); 589.

20. Oberguggenberger, Anne; Sztankay, Monika; Morscher, Raphael Johannes; Sperner-Unterweger, Barbara; Weber, Ingrid; Hubalek, Michael; Kemmler, Georg; Zschocke, Johannes; Martini, Caroline; Egle, Daniel; Duenser, Martina; Gamper, Eva; Meraner, Verena: Psychosocial outcomes and counselee satisfaction following genetic counseling for hereditary breast and ovarian cancer: A patient-reported outcome study.
JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH. 2016; 89(S); 39-45.

21. **(•)** Poelsler, Laura; Fiegl, Heidi; Wimmer, Katharina; Oberaigner, Willi; Amberger, Albert; Traunfellner, Pia; Morscher, Raphael J.; Weber, Ingrid; Fauth, Christine; Wernstedt, Annekatrin; Sperner-Unterweger, Barbara; Oberguggenberger, Anne; Hubalek, Michael; Marth, Christian; Zschocke, Johannes: High prevalence of BRCA1 stop mutation c.4183C > T in the Tyrolean population: implications for genetic testing.
EUROPEAN JOURNAL OF HUMAN GENETICS. 2016; 24(2); 258-262.

22. Potz, F. L.; Tomasch, G.; Polterauer, S.; Laky, R.; Marth, C.; Tamussino, K.: Incidental (Prophylactic) Salpingectomy at Benign Gynecologic Surgery and Cesarean Section: a Survey of Practice in Austria.
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE. 2016; 76(12); 1325-1329.

23. **(•)** Preyer, Oliver; Johansen, Dorthe; Holly, Jessica; Stocks, Tanja; Pompella, Alfonso; Nagel, Gabriele; Concin, Hans; Ulmer, Hanno; Concin, Nicole: gamma-Glutamyltransferase and Breast Cancer Risk Beyond Alcohol Consumption and Other Life Style Factors - A Pooled Cohort Analysis.
PLOS ONE. 2016; 11(2); e0149122.

24. Querleu, Denis; Planchamp, Francois; Chiva, Luis; Fotopoulou, Christina; Barton, Desmond; Cibula, David; Aletti, Giovanni; Carinelli, Silvestro; Creutzberg, Carien; Davidson, Ben; Harter, Philip; Lundvall, Lene; Marth, Christian; Morice, Philippe; Rafii, Arash; Ray-Coquard, Isabelle; Rockall, Andrea; Sessa, Cristiana; van der Zee, Ate; Vergote, Ignace; du Bois, Andreas: European Society of Gynaecologic Oncology Quality Indicators for Advanced Ovarian Cancer Surgery.
INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER. 2016; 26(7); 1354-1363.

25. Reif, P.; Brezinka, C.; Fischer, T.; Husslein, P.; Lang, U.; Ramoni, A.; Zeisler, H.; Klaritsch, P.: Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG).
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE. 2016; 76(12); 1279-1286.

26. Rohr, Irena; Zeillinger, Robert; Heinrich, Michaela; Concin, Nicole; Vergote, Ignace; Nassir, Mani; Mahner, Sven; Van Nieuwenhuysen, Els; Trillsch, Fabian; Cacsire-Tong, Dan; Chekerov, Radoslav; Sehouli, Jalid; Braicu, Elena I.: Role of IGF-I in Primary Ovarian Cancer - A Study of the OVCAD European Consortium.
ANTICANCER RESEARCH. 2016; 36(3); 1015-1022.

27. **(•)** Schmid, Gabriel; Notaro, Sara; Reimer, Daniel; Abdel-Azim, Samira; Duggan-Peer, Michaela; Holly, Jessica; Fiegl, Heidi; Roessler, Julia; Wiedemair, Annemarie; Concin, Nicole; Altevogt, Peter; Marth, Christian; Zeimet, Alain Gustave: Expression and promotor hypermethylation of miR-34a in the various histological subtypes of ovarian cancer.
BMC CANCER. 2016; 16(S); 102.

28. Schuler, F.; Baumgartner, F.; Klepsch, V.; Chamson, M.; Mueller-Holzner, E.; Watson, C. J.; Oh, S.; Hennighausen, L.; Tymoszuk, P.; Doppler, W.; Villunger, A.: The BH3-only protein BIM contributes to late-stage involution in the mouse mammary gland.
CELL DEATH AND DIFFERENTIATION. 2016; 23(1); 41-51.

29. Sehouli, J.; Chekerov, R.; Reinthaller, A.; Richter, R.; Gonzalez-Martin, A.; Harter, P.; Woopen, H.; Petru, E.; Hanker, L. C.; Keil, E.; Wimberger, P.; Klare, P.; Kurzeder, C.; Hilpert, F.; Belau, A. K.; Zeimet, A.; Bover-Barcelo, I.; Canzler, U.; Mahner, S.; Meier, W.: Topotecan plus carboplatin versus standard therapy with paclitaxel plus carboplatin (PC) or gemcitabine plus carboplatin (GC) or pegylated liposomal doxorubicin plus carboplatin (PLDC): a randomized phase III trial of the NOGGO-AGO-Study Group-AGO Austria and GEICO-ENGOT-GCIG intergroup study (HECTOR).
ANNALS OF ONCOLOGY. 2016; 27(12); 2236-2241.

30. Vergote, Ignace; Banerjee, Susana; Gerdes, Anne-Marie; van Asperen, Christi; Marth, Christian; Vaz, Fatima; Ray-Coquard, Isabelle; Stoppa-Lyonnet, Dominique; Gonzalez-Martin, Antonio; Sehouli, Jalid; Colombo, Nicoletta: Current perspectives on recommendations for BRCA genetic testing in ovarian cancer patients.
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER. 2016; 69(S); 127-134.

31. **(•)** Volgger, B. M.; Windbichler, G. H.; Zeimet, A. G.; Graf, A. H.; Bogner, G.; Angleitner-Boubenizek, L.; Rohde, M.; Denison, U.; Sliutz, G.; Fuith, L. C.; Fuchs, D.; Marth, C.: Long-term significance of urinary neopterin in ovarian cancer: a study by the Austrian Association for Gynecologic Oncology (AGO).
ANNALS OF ONCOLOGY. 2016; 27(9); 1740-1746.

32. **(•)** Wolf, Barbara; Goebel, Georg; Hackl, Hubert; Fiegl, Heidi: Reduced mRNA expression levels of NFE2L2 are associated with poor outcome in breast cancer patients.
BMC CANCER. 2016; 16(S); 821.

Zeitschriftenaufsatz (Review)

33. Boesch, Maximilian; Sopper, Sieghart; Zeimet, Alain G.; Reimer, Daniel; Gastl, Guenther; Ludewig, Burkhard; Wolf, Dominik: Heterogeneity of Cancer Stem Cells: Rationale for Targeting the Stem Cell Niche.
BIOCHIMICA ET BIOPHYSICA ACTA-REVIEWS ON CANCER. 2016; 1866(2); 276-289.

34. Colombo, Nicoletta; Creutzberg, Carien; Amant, Frederic; Bosse, Tjalling; Gonzalez-Martin, Antonio; Ledermann, Jonathan; Marth, Christian; Nout, Remi; Querleu, Denis; Mirza, Mansoor Raza; Sessa, Cristiana; ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Conse: ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer Diagnosis, Treatment and Follow-up.
INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER. 2016; 26(1); 2-30.

35. Colombo, Nicoletta; Hardy-Bessard, Anne-Claire; Ferrandina, Gabriella; Marth, Christian; Romero, Ignacio: Experience with trabectedin plus pegylated liposomal doxorubicin for recurrent platinum-sensitive ovarian cancer unsuited to platinum rechallenge.
EXPERT REVIEW OF ANTICANCER THERAPY. 2016; 16(S1); 11-19.

36. Daniaux, M.; Auer, T.; De Zordo, T.; Junker, D.; Santner, W.; Hubalek, M.; Jaschke, W.; Aigner, F.: Strain Elastography of Breast and Prostata Cancer: Similarities and Differences.
ROFO-FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIET DER RONTGENSTRAHLEN UND DER BILDGEBENDEN VERFAHREN. 2016; 188(3); 253-258.

37. Stope, M. B.; Koensgen, D.; Burchardt, M.; Concin, N.; Zygmunt, M.; Mustea, A.: Jump in the fire - heat shock proteins and their impact on ovarian cancer therapy.
CRITICAL REVIEWS IN ONCOLOGY HEMATOLOGY. 2016; 97(S); 152-156.

Zeitschriftenbeitrag (Editorial-Material)

38. Steger, Guenther; Bartsch, Rupert; Fridrik, Michael A.; Gampenrieder, Simon P.; Marth, Christian: Denosumab in the Treatment of Breast Cancer Patients with Bone Metastasis.
BREAST CARE. 2016; 11(5); 363-365.

7.2. Publikationen Endokrinologie

2015

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. **(•)** Friedl, F.; Riedl, D.; Fessler, S.; Wildt, L.; Walter, M.; Richter, R.; Schuessler, G.; Boettcher, B.: Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: an Austrian perspective.
ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2015; 292(6); 1393-1399.

2. Kocher, Florian; Lunger, Fabian; Pircher, Andreas; Hilbe, Wolfgang; Fiegl, Michael: NSCLC without Antineoplastic Treatment: Incidence, Characteristics, and Outcome as Outlined in the TYROL Study.
ONCOLOGY. 2015; 89(5); 255-261.

3. Lees, CC.; Marlow, N.; van Wassenaer-Leemhuis, A.; Arabin, B.; Bilardo, CM.; Brezinka, C.; Calvert, S.; Derks, JB.; Diemert, A.; Duvekot, JJ.; Ferrazzi, E.; Frusca, T.; Ganzevoort, W.; Hecher, K.; Martinelli, P.; Ostermayer, E.; Papageorghiou, AT.; Schlembach, D.; Schneider, KT.; Thilaganathan, B.; Todros, T.; Valcamonico, A.; Visser, GH.; Wolf, H.; TRUFFLE study group: 2 year neurodevelopmental and intermediate perinatal outcomes in infants with very preterm fetal growth restriction (TRUFFLE): a randomised trial.
LANCET. 2015; 385(9983); 2162-2172.

4. Leyendecker, G.; Bilgicyildirim, A.; Inacker, M.; Stalf, T.; Huppert, P.; Mall, G.; Boettcher, B.; Wildt, L.: Adenomyosis and endometriosis. Re-visiting their association and further insights into the mechanisms of auto-traumatisation. An MRI study.
ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2015; 291(4); 917-932.

5. **(•)** Winkler-Crepaz, K.; Ayuandari, S.; Ziehr, S. C.; Hofer, S.; Wildt, L.: Fertility preservation in cancer survivors.
MINERVA ENDOCRINOLOGICA. 2015; 40(2); 105-118.

Zeitschriftenbeitrag (Editorial-Material)

6. **(•)** Brezinka, C.: Re: High-intensity focused ultrasound applied to the placenta using a toroidal transducer: a preliminary ex-vivo study.
ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY. 2015; 45(3); 248-U134.

7. Lees, Christoph C.; Marlow, Neil; van Wassenaer-Leemhuis, Aleid; Arabin, Birgit; Bilardo, Caterina M.; Brezinka, Christoph; Calvert, Sandra; Derks, Jan B.; Diemert, Anke; Duvekot, Johannes J.; Ferrazzi, Enrico; Frusca, Tiziana; Ganzevoort, Wessel; Hecher, Kurt; Martinelli, Pasquale; Ostermayer, Eva; Papageorghiou, Aris T.; Schlembach, Dietmar; Schneider, K. T. M.; Thilaganathan, Baskaran; Todros, Tullia; Valcamonico, Adria-

na; Visser, Gerard H. A.; Wolf, Hans; TRUFFLE Study Grp: 2 Year Neurodevelopmental and Intermediate Perinatal Outcomes in Infants With Very Preterm Fetal Growth Restriction (TRUFFLE): A Randomised Trial.
OBSTETRICAL & GYNECOLOGICAL SURVEY. 2015; 70(9); 555-557.

2016

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. **(•)** Ayuandari, Sarrah; Winkler-Crepaz, Katharina; Paulitsch, Monika; Wagner, Cora; Zavadil, Claudia; Manzl, Claudia; Ziehr, Stephanie C.; Wildt, Ludwig; Hofer-Tollinger, Susanne: Follicular growth after xenotransplantation of cryopreserved/thawed human ovarian tissue in SCID mice: dynamics and molecular aspects.
JOURNAL OF ASSISTED REPRODUCTION AND GENETICS. 2016; 33(12); 1585-1593.

2. **(•)** Colleselli, V.; Nell, T.; Bartosik, T.; Brunner, C.; Ciresa-Koenig, A.; Wildt, L.; Marth, C.; Seeber, B.: Marked improvement in the success rate of medical management of early pregnancy failure following the implementation of a novel institutional protocol and treatment guidelines: a follow-up study.
ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2016; 294(6); 1265-1272.

3. **(•)** Dewanto, Agung; Dudas, Jozsef; Glueckert, Rudolf; Mechsner, Sylvia; Schrott-Fischer, Anneliese; Wildt, Ludwig; Seeber, Beata: Localization of TrkB and p75 receptors in peritoneal and deep infiltrating endometriosis: an immunohistochemical study.
REPRODUCTIVE BIOLOGY AND ENDOCRINOLOGY. 2016; 14(S); 43.

4. Kocher, Florian; Lunger, Fabian; Seeber, Andreas; Amann, Arno; Pircher, Andreas; Hilbe, Wolfgang; Fiegl, Michael: Incidental Diagnosis of Asymptomatic Non-Small-Cell Lung Cancer: A Registry-Based Analysis.
CLINICAL LUNG CANCER. 2016; 17(1); 62-+.

5. **(•)** Lunger, Fabian; Vehmas, Anni P.; Fuernrohr, Barbara G.; Sopper, Sieghart; Wildt, Ludwig; Seeber, Beata: Opiate receptor blockade on human granulosa cells inhibits VEGF release.
REPRODUCTIVE BIOMEDICINE ONLINE. 2016; 32(3); 316-322.

6. Reif, P.; Brezinka, C.; Fischer, T.; Husslein, P.; Lang, U.; Ramoni, A.; Zeisler, H.; Klaritsch, P.: Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG).
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE. 2016; 76(12); 1279-1286.

7. Visser, GH.; Bilardo, CM.; Derks, JB.; Ferrazzi, E.; Fratelli, N.; Frusca, T.; Ganzevoort, W.; Lees, C.; Napolitano, R.; Todros, T.; Wolf, H.; Hecher, K.; TRUFFLE group investigators [Brezinka, C.]: The TRUFFLE study; fetal monitoring indications for delivery in 310 IUGR infants with 2 year's outcome delivered before 32 weeks of gestation.
ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY. 2016; [Epub ahead of print];

Zeitschriftenaufsatz (Review)

8. Stute, P.; Neulen, J.; Wildt, L.: The impact of micronized progesterone on the endometrium: a systematic review.
CLIMACTERIC. 2016; 19(4); 316-328.

7.3. Laufende Studien

Im Folgenden werden nur Studien aufgelistet, bei denen die PatientInneneinbringung offen ist, weitere noch laufende Studien mit bereits geschlossener PatientInneneinbringung finden Sie auf unserer homepage www.frauenklinik.at sowie auch abgeschlossene.

7.3.1Mamma-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
ABCSG 18	Randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte, Multizentrische Phase 3 Studie zur Bestimmung des Behandlungseffekts von Denosumab bei Patientinnen mit nicht metastasierendem Mammakarzinom während einer Aromatase-Inhibitor Therapie	OA Egle
ABCSG 22R - Registerstudie	Registrierung von prämenopausalen Patientinnen mit einem hormonsensitiven Mammakarzinom unter bestehender Therapie mit Nolvadex® und Zoladex®	Prof. Marth
ABCSG 28 - POSYTIVE	Primäre Operation bei synchron metastasiertem invasivem Brustkrebs, eine prospektiv randomisierte multizentrische Studie zur Evaluierung der lokalen Therapie	OA Egle
ABCSG 32	Multizentrische randomisierte Phase-II-Studie für neoadjuvantes Trastuzumab + Docetaxel mit und ohne Bevacizumab und Trastuzumab + Docetaxel + nichtpegyliertes liposomal verkapseltes Doxorubicin (NPLD) mit und ohne Bevacizumab bei HER2-positivem frühem Mammakarzinom.	OA Egle
ABCSG 34	Prospektive, offene, randomisierte Phase-II-Studie einer therapeutischen Impfung gegen Krebs (L-BLP25, Stimuvax ®) in der präoperativen Behandlung von Frauen mit primärem Brustkrebs	Prof. Marth
ABCSG 39 - APHINITY	Randomisierter, multizentrischer, doppelblinder, Placebokontrollierter Vergleich von Chemotherapie + Trastuzumab + Plazebo mit Chemotherapie + Trastuzumab + Pertuzumab als adjuvante Therapie bei Patienten mit operalem HER2-positivem primärem Mammakarzinom	Prof. Marth
AGO R01 Brustkrebs in der Schwangerschaft	Breast cancer in Pregnancy Prospektive und Retrospektive Registerstudie der German Breast Group (GBG) zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms in der Schwangerschaft	Prof. Marth
TANIA	Phase 3, randomisiert. Wirksamkeit und Sicherheit bei Lokalrezidiv oder metastasiertem Mammakarzinom. nach first-line-Chemotherapie + Avastin in der Rezidivsituation (mind. 4 Zy Avastin 15mg/kg bzw. 6 Zy Avastin 10mg/kg in 1. Linie).	Prof. Marth
PERUSE	Multizentrische, offene, einärmige Studie über Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und einem Taxan in der first-line-Behandlung von Patienten mit HER2-positivem fortgeschrittenem (metastatischem oder lokal rezidiertem) Mammakarzinom	OA Egle
Belle 3	Randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Phase-III-Studie von BKM120 in Kombination mit Fulvestrant bei postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor-positivem, HER2-negativem, AI-behandeltem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs mit Progression während oder nach Behandlung mit mTOR-Inhibitoren.	OA Egle
NIS Abraxane	Einsatz von nab-Paclitaxel (Abraxane®) beim metastasierten Mammakarzinom unter Praxisbedingungen	OA Egle

7.3.2. Gyn. Onkologie-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfärztIn
AGO 36 SHAPE CX5	This is a multi-centre, international, prospective, randomized phase III trial of radical hysterectomy and pelvic node dissection versus simple hysterectomy and pelvic node dissection in patients with previously untreated, low-risk cervical cancer.	Prof. Zeimet
AGO 37 ITIC 2	Topical Imiquimod versus Conization to Treat Cervical Intraepithelial Neoplasia: Randomised Controlled, Noninferiority Trial	Prof. Widschwendter
AGO 38 Thrombosestudie	Inzidenz von Thrombosen in Patientinnen mit einem gynäkologischen Malignom: eine prospektive Observationsstudie	Prof. Marth
AGO 42 PITVIN	Primary Imiquimod Treatment versus Surgery for Vulvar Intraepithelial Neoplasia – PITVIN. A Multicenter Randomized Controlled Trial	Prof. Marth
AGO 46 INOVATYON	Phase III international, randomized study of trabectedin plus pegylated liposomal doxorubicin (PLD) versus carboplatin plus PLD in patients with ovarian cancer progressing within 6-12 months of last platinum	Prof. Marth
AGO 47 PAOLA-1	Randomisierte doppelblinde Phase-III-Studie mit Olaparib vs. Placebo bei Patientinnen mit fortgeschrittenem (FIGO IIIb-IV) hochgradig serösem oder endometrioidem Ovarial-, Tuben- oder Peritonealkarzinom, vorbehandelt mit der Standard-First-Line-Therapie mit Platin-Taxol und Bevacizumab in der Chemotherapie sowie in der Erhaltungstherapie	Prof. Marth
AGO 50 JAVELIN	Eine multizentrische, randomisierte Open-Label-Studie der Phase III mit Avelumab (MSB0010718C) als Monotherapie oder in Kombination mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin im Vergleich zu pegyliertem liposomalem Doxorubicin als Monotherapie bei Patientinnen mit Platin-resistentem/refraktärem Ovarialkarzinom	Prof. Marth
EN2 (EORTC 55102)	A phase II trial of postoperative chemotherapy or no further treatment for patients with node-negative stage I-II intermediate or high risk endometrial cancer	Prof. Marth
AGO 36 SHAPE CX5	This is a multi-centre, international, prospective, randomized phase III trial of radical hysterectomy and pelvic node dissection versus simple hysterectomy and pelvic node dissection in patients with previously untreated, low-risk cervical cancer.	Prof. Zeimet
AGO 37 ITIC 2	Topical Imiquimod versus Conization to Treat Cervical Intraepithelial Neoplasia: Randomised Controlled, Non-inferiority Trial	Prof. Widschwendter
AGO 38 Thrombosestudie	Inzidenz von Thrombosen in Patientinnen mit einem gynäkologischen Malignom: eine prospektive Observationsstudie	Prof. Marth
AGO 42 PITVIN	Primary Imiquimod Treatment versus Surgery for Vulvar Intraepithelial Neoplasia – PITVIN. A Multicenter Randomized Controlled Trial	Prof. Marth

7.3.3. Gynäkologie-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfärztIn
PITVIN	Primäre Imiquimod Therapie versus Chirurgie in der Behandlung der Vulvären Intraepithelialen Neoplasie (VIN)	Prof. Widschwendter OÄ Ciresa-König

7.3.4. Geburtshilfe-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfärztIn
Biodatenbank	Gewinnung von Erkenntnissen bezüglich Präeklampsie bzw. das HELLP Syndrom durch den Aufbau einer langfristig angelegten Biodatenbank, aus dessen zukünftiger Auswertung Forschungsprojekte hervorgehen sollen, wie etwa der Ermittlung neuer Marker zur Früherkennung.	OÄ Ramoni Assoz.Prof. Fiegl Dr. Krause Dr. Schröcksnadel
Substituierte Schwangere	Eine kleine Gruppe von substituierten Frauen setzt sich aus Schwangeren und Müttern kleiner Kinder zusammen (ca. 5 - 10 Personen pro Jahr). Auf Grund der besonderen Lebensumstände dieser Mütter ist von einem erhöhten Risiko für deren Kinder auszugehen (hinsichtlich ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung). Die bekannte Grundproblematik von Kindern aus suchtbelasteten Familien tritt hier verschärft auf.	OÄ Ramoni
CRB Austria Trial (Cook ballon)	Erfolgsrate bei Geburtseinleitung am Termin mittels Doppelballon-Einleitungskatheter verglichen mit Dinoproston Vaginal Insert Prospektiv multizentrisch-randomisierte Studie	OÄ Ramoni Dr. Schaffenrath Dr. Ritter
ESA – Eisen Studie Austria	Erhebung des Eisenmangels und der Eisenmangelanämie bei schwangeren Frauen und Evaluierung des Zusammenhanges zu einem schlechten mütterlichen und kindlichen Outcome: Eine prospektive Querschnitts-und Longitudinalstudie in Österreich	OÄ Ramoni Dr. Schaffenrath
TRUFFLE 2	Feasibility Study	OÄ Berger OÄ Ramoni FÄ Neubauer A.-S. Sonnauer

7.3.5. Fetalmedizin-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfärztIn
Sensitivität und Spezifität des single line sign in der Diagnostik der fetalen Spina bifida in der 11+3 bis 13+6 SSW	In dieser Studie wird untersucht, wie verlässlich die Spina bifida in der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche durch die in der Fossa posterior darstellbaren Veränderungen diagnostiziert werden kann.	PD Scheier

7.3.6. Endokrinologische Studien

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
Visado	Im Rahmen dieser Studie erhalten junge Frauen zwischen 12 und 18 jahren mit Endometriose ein hormonelles Medikament über ein Jahr.	OÄ Böttcher Dr.in Winkler
PDC 3111	In dieser klinischen Studie wird ein neues Medikamet zur Behandlung von Regelschmerzen untersucht. Es erfolgt zunächst eine Voruntersuchung. Am ersten Zyklustag wird das Medikament oder ein Placebo verabreicht. Gleichzeitig erfolgen Blutabnahme und eine Messung des Drucks in der Gebärmutter. Nachuntersuchung nach einer Woche.	OÄ Böttcher Dr.in Winkler
Medical Management of Early Pregnancy Failure	in collaboration with University of Pennsylvania	PDin Seeber Dr.in Colleselli

7.3.7. Studienpatientinnen

neu eingebrachte Patientinnen	2012	2013	2014	2015	2016	Gesamt eingebracht seit 2002/2003
Mamma-Studien	*384	*173	*104	98	104	**1.780**
Gyn. Onkologie-Studien	*75	11	*47	44	134	**820**
Geburtshilfe- u. Fetalmedizin-Studien	*43	*153	0	0	9	**1.893**
Gesamt neu eingebracht pro Jahr	**502**	**337**	**151**			
Gesamtsumme aller in Studien eingebrachten Patientinnen seit 2003						**4.495**

* inklusive Fragebogenstudien bzw. Nicht-Interventionelle Studien

7.4. Präklinische Projekte

Projekttitel	ProjektleiterIn
GANNET53 (EU-Forschungsprojekt)	Prof.in Concin
Aluminium-Studie (Kooperationsprojekt) bei Mammakarzinompatientinnen	Prof.in Concin
Identifikation molekularer Marker zur Detektion von zirkulierenden Tumorzellen bei Ovarialkarzinompatientinnen. (Kooperationsprojekt)	Prof.in Concin
Biomarkerstudie zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms (Kooperationsprojekt)	Prof.in Concin
Die Bedeutung des präoperativen Gamma-Glutamyltransferase Wertes beim Mammakarzinom	Prof.in Concin
Identification of Diagnostic Biomarkers in Endometrial Cancer	Assoz. Prof.in Fiegl
Entwicklung neuer Behandlungsstrategien des Cisplatin-resistenten Ovarialkarzinoms (Kooperationsprojekt)	Assoz. Prof.in Fiegl
XIAP als potentielles, neues Target bei der Behandlung des Cisplatin-resistenten Ovarialkarzinoms (Kooperationsprojekt)	Assoz. Prof.in Fiegl
Validation of a DNA-methylation based signature in cervical cancer (Kooperationsprojekt)	Assoz. Prof.in Fiegl
Performance evaluation of VeriStrat test and development of a new mass spectrometry-based test for prediction of benefit from endocrine therapy treatment in patients with breast cancer (Kooperationsprojekt)	Assoz. Prof.in Fiegl
Analysen von BRCA1/2 Mutationen und anderen genetischen und epigenetischen Veränderungen beim Ovarialkarzinom (Kooperationsprojekt).	Prof. Marth Assoz. Prof.in Fiegl A. Prof. Zeimet
PD-1 und PD-L1 mRNA Expression beim Ovarialkarzinom.	Prof. Marth, Assoz. Prof.in Fiegl
Pilotstudy: The immunome and antigenome of triple-negative breast cancer (Kooperationsprojekt)	Prof. Marth Assoz. Prof.in Fiegl
Tumormarker HE4	OÄ Mutz-Dehbalaie
Oncotyrol 2.1.2: Prognostic & Predictive Biomarker Identification in Female Malignancies	Prof. Marth, Assoz. Prof.in Fiegl
HELLP Biobank	OÄ Ramoni Dr. Krause Dr. Schröcksnadel
HPV	A. Prof. Widschwendter
Oncotyrol 2.1.8: Identification and targeting of ovarian cancer stem cells	A. Prof. Zeimet Ass. Prof. Reimer
L1CAM Expression	A. Prof. Zeimet
Expressionsanalysen verschiedener Marker beim Ovarialkarzinom	A. Prof. Zeimet

8. Lehre

8.1. Lehrangebot

Die geburtshilflich-gynäkologische Klinik (Hauptvorlesung) wird von Prof. Marth, für den Bereich „gynäkologische Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin“ von Prof. Wildt/Prof.in Toth und den akademischen MitarbeiterInnen der Abteilung gehalten. Darüber hinaus bieten die Abteilungen Spezialvorlesungen und Praktika an.

Titel der Lehrveranstaltung	VortragendeR
Geburtshilflich gynäkologische Klinik (Hauptvorlesung)	Marth
Modul 2.02: Medizinische Wissenschaften	Fiegl
Modul 2.07: Endokrines System: Gyn. Endokrinologie/Zwischenklinik	Wildt
Modul 2.11: PKGU zu Modul 2.07: Endokrines System	Sölder
Modul 2.23: Haut und Schleimhaut	Marth
Modul 2.28: PKGU zu Modul 2.23: Haut und Schleimhaut	Sölder
Modul 2.30: Tumore	Marth, Zeimet
Modul 2.32: Werdendes Leben	Brezinka
Modul 2.37: PKGU zu Modul 2.32: Werdendes Leben	Abfalter, Sölder
Modul 3.13: Gynäkologie und Geburtshilfe	Berger, Brezinka, Concin, Marth, Reimer, Wildt
• Modul 3.13: Klinische Fähigkeiten und Fertigkeiten in Gynäkologie und Geburtshilfe • Modul 3.21/3.22: Wahlfach I; Gynäkologie und Geburtshilfe • Geburtshilfliches gynäkologisches Praktikum • Geburtshilfliches Internat	Abdel Azim, Abfalter, Alge, Berger, Brezinka, Brunner, Colleselli, Czech, Engleder, Fiegl, Holly, Krause, Mutz-Dehbalaie, Reimer, Schaffenrath, Schmid, Seeber, Shihab, Sölder, Strobl E, Tiechl, Widschwendter, Zeimet
Modul MM 5.2 Labside-teachning	Fiegl
Molecular Oncology Special Lectures: Tumor Pathology and Clinical Oncology (KF)	Fiegl
Journal Club Molecular Oncology (VS)	Fiegl
Epigenetics	Fiegl
PM2 Oncoscience (612400): Theoretische und praktische Grundlagen - Vorlesung	Fiegl
WM1 Genetik-Epigenetik-Genomik: Theoretische und praktische Grundlagen - Vorlesung	Fiegl
WM1 Genetik-Epigenetik-Genomik: Laborpraktikum	Fiegl
WM1 Genetik-Epigenetik-Genomik: Seminar	Fiegl
WM1 Genetik-Epigenetik-Genomik: Journal Club	Fiegl
Onkologisches Kolloquium	Marth
Gentherapie und Immuntherapie in der gynäkologischen Onkologie	Zeimet
Literaturkolloquium Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Wildt
Spezielle Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Wildt
Ringvorlesung Gendermedizin	Marth, Wildt

Titel der Lehrveranstaltung	Anzahl StundentInnen				
	2012	2013	2014	2015	2016
Gynäkologisches Praktikum	540	593	599	692	737
FamulantInnen	36	37	35	45	41
KPJ-StudentInnen	24	22	36	43	38

8.2. Habilitation|Dissertation|Diplomarbeit

2015|2016 wurden folgende Habilitation, Dissertationen und Diplomarbeiten an der Frauenheilkunde fertiggestellt:

Name (alphab.)	**BetreuerIn**	**Titel**
2015		
Geiger, Sabrina	Ziehr S.	Beeinflussung der Schilddrüsenfunktion durch die ovarielle Stimulation im Rahmen der assistierten Reproduktion : retrospektive Analyse der ART-Zyklen von 2009 bis 2012 an der Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Hofer, Christiane	Czech Th.	Schwangerschaftsverlauf nach Sterilitätsbehandlung
Hähling, Kristina	Ziehr S.	IVF-Zyklen: Vergleich des Outcomes nach Kryokonservierung von Embryonen mit dem nach Stimulation
Seiwald, Stefanie	Marth C.	Handelt es sich bei den Sterilisationskonzepten Fimbriektomie und Salpingektomie um präventive Methoden gegen die Entstehung eines Ovarialkarzinoms?: eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie
Tsybulyak, Iryna	Seeber B.	Dynamics of anti-Müllerian hormone during ovarian stimulation
2016		
Abu Roumyeh, Yousef	Wildt L.	Wiederholter Spontanabort - Diagnostik und Therapie in der heutigen Gynäkologie
Ehrensberger, Johannes	Seeber B.	Analyse der Auswirkung des Polyzystischen Ovar-Syndroms auf das Ovarielle Hyperstimulationssyndrom
Grabmer, Sabrina	Böttcher B.	Schmerzaktivierung bei Patientinnen mit Dysmenorrhoe eine Pilotstudie
Horling, Lukas	Wildt L.	Evaluation der endokrinen Funktion von kryokonserviertem humanem Ovarialgewebe nach Xenotransplantation mittels ELISA, Vaginalzytologie und Follikelklassifikation
Jaschke, Nikolai	Seeber B.	Beta Endorphin und das Polycystische Ovar Syndrom - Untersuchung humaner Follikelflüssigkeiten
Kurz, Susanne	Böttcher B.	Unterschiede in psychologischen Scores bei Patientinnen mit Dysmenorrhoe und gesunden Probandinnen
Lapshenkova, Alexandra	Hubalek, M.	Doppelte Blockade mit Trastuzumab und Pertuzumab beim HER2+ Mammakarzinom in der Neoadjuvanz
Leitner, Katharina	Tiechl J.	Ultraschalluntersuchung der Fossa posterior zur Diagnose der Spina bifida im Ersttrimester-Screening
Nell, Tina	Seeber B.	Evaluierung des (neuen) Protokolls zur medikamentösen Behandlung einer gestörten Frühschwangerschaft
Peter, Christina	Wildt L.	Einfluss von oralen Kontrazeptiva auf den Knochenstoffwechsel in der Adoleszenz
Pfuner, Jakob	Wildt L.	Subjektive Schmerzwahrnehmung bei Dysmenorrhoe - Teil einer klinischen Pilotstudie
Thoma, Christina	Egle D.	Bedeutung einer bestehenden LVSI bei neoadjuvant behandelten Mammakarzinompatientinnen mit pCR
Wagner, Cora Marthe	Wildt L.	Histologische und immunhistochemische Untersuchungen an kryokonserviertem Ovarialgewebe nach Xenotransplantation

9. Fortbildungen

9.1. Montagskonferenzen

2015

Datum	ReferentIn	Titel
26.01.15	Mag. G. Ceusters, Vita34	Einführung Nabelschnurblutabnahme
02.02.15	G. Windbichler	Salpingektomie vs Fimbriektomie
09.02.15		
16.02.15		
23.02.15	D. Egle	Rekonstruktive OP's beim Mammakarzinom
02.03.15	C. Marth	Lynch-Syndrom
09.03.15	O. Huter | F. Preishuber	Fehlermanagement
16.03.15	C. Brezinka	Sectionarbe
23.03.15	C. Brezinka	Mütterliche Todesfälle
13.04.15	Prof. Pavlic | Mag. Trawöger | A. Ciresa-König | Sozialarb.Gyn.	Stuprum - praktisches Vorgehen im Haus
20.04.15	C. Brezinka	Kontrastmittel-Ultraschall
27.04.15	Opferschutzgruppe LKI, Prof.in A. Lampe | Mag. Trawöger | P. Hillebrand | D. Mahnke	Häusliche Gewalt, Opferschutz
04.05.15	C. Brezinka	Das geschädigte Kind bei der sehr späten Sectio
18.05.15	Prof.Dr.P. Jansen-Dür	Established and novel protein biomarkers for early detection of cervical cancer cells
08.06.15	L.Wildt	Social freezing of oocytes - hype or hope
15.06.15	O. Huter | F. Preishuber	Fehlermanagement
22.06.15	C. Brezinka	Übersicht zu rezenten Haftungsfällen
29.06.15	Dr.in K. Pierer Dr.in M. Augl	Ärzteausbildung neu Organisationsentwicklung Gyn-Ambulanzen
27.07.15	L. Wildt	Möglichkeiten und Grenzen der Präimplantationsdiagnostik
03.08.15	I. Mutz-Dehbalaie	Diagnostik der thromboembolischen Ereignisse in der Schwangerschaft
10.08.15	S. Miglar	Präeklampsie-Screening
17.08.15	OA M. Thaler | Prof. G. Putz | A. Ramoni	Nachlese Simulationstraining - Verbesserungen
31.08.15	L.Wildt	Schwangerschaft bei androgenitalem Syndrom
28.09.15	Mag.a Renate Erhart/MUI	Robotrec
02.11.15	C. Brezinka	Auslagerung Frauenklinik n.Seefeld 1944-1945
16.11.15	H. Fiegl	Vielversprechende, neue prädiktive Tests beim Ovarialkarzinom
30.11.15	Dr. Berktold/Sektion Hygiene	Krankenhaushygiene-Richtlinien zu MRE/Vorgehen im OP
14.12.15	O. Huter | F. Preishuber	Fehlermanagement
21.12.15	C. Marth	Onko-Update

2016

Datum	ReferentIn	Titel
11.01.16	O. Huter | F. Preishuber	Fehlermanagement Q4, Teil2
18.01.16	C. Marth	Immuntherapie "hope or hype?"
01.02.16		Hearings Endokrinologie
08.02.16	H. Fiegl	Kurzvorstellung der SOP zur Gewebesammlung für molekulargenetische Testungen
15.02.16	D. Bercin, Düsseldorf	Diagnose von Frühwehen
22.02.16	Dr.in M. Augl | C. Marth | A. Ciresa-König | F. Preishuber	Ambulanz-Organisationsentwicklung - Ergebnisse Workshop
29.02.16	Prof. M. Sarcletti/Hautklinik	Sexually transmitted diseases
07.03.16	Dr. C. Leitner/Med 5	Management chemotherapie-induzierter Neutropenie
14.03.16	O. Huter | F. Preishuber	Fehlermanagement
21.03.16	F. Preishuber	Dienstfreistellungsantrag
25.04.16	Sofia Cotreras Arias	Frauenheilkunde in Mexiko
02.05.16	E. D'Costa	Vasa praevia
09.05.16	A. Ramoni	Livopan: Theorie und Praxis
23.05.16	S. Fessler J. Holly	Sentinel-Lymphknoten mit Fluoreszenz (Fa.Storz) Was kann die Pille?
30.05.16	Dr. P. Wöckinger/Pädiatrie	Neugeborenenreanimation
13.06.16	O. Huter | F. Preishuber	Fehlermanagement
04.07.16	C. Marth	DCIS
11.07.16	Hr.Bartl/Fa. KCI	Präsentation: VAC-System
18.07.16	A. Berger	Einleitung bei T+7?
25.07.16	A. Shihab	Listerien-Studie
01.08.16	T. Praxmarer	Matrix-Vorstellung
12.09.16	Fr. Cipoletti/Fa.Angelini O. Huter	Feminella hereditum-Nahrungsergänzung Risikomanagement Evaluierung
19.09.16	Dr.in Fuchs | Mag.a Strieder/Ärztekammer	Ärzteausbildung neu
03.10.16	D. Reimer	Vorstellung der onkologischen SOP's
17.10.16	Prim. H. Schennach/Blutbank	Optimal Blood Use am LKI
24.10.16	C.Walch	Antiemese
07.11.16	M. Duggan-Peer A. Berger	Arabinpessar Einleitung bei T+7
14.11.16	G. Schmid	Brustkrebs und Knochengesundheit
21.11.16	O. Huter	Fehlermanagement Teil 1
28.11.16	Ing. MMag. C. Stark	Elga
05.12.16	M. Carlotta	Are Chlamydia und Gonorrhea testing results needed prior IUD placement to prevent pelvic infections?
19.12.16	O. Huter | F. Preishuber	Fehlermanagement

9.2. Fach-Fortbildungen

2015

Datum|Ort	Titel	
13.01.15 Innsbruck	Neues von SABCS	
28.02.15 Wien	Bonding bei Sectio	
16.03.15 Innsbruck	Senologisches Lunchmeeting	
23.03.15 Innsbruck	Onkologisches Kolloquium	
24.03.15 Innsbruck	Krebs – bekämpfen oder überlis-ten?	
25.04.15 Fügen	Sommerfortbildung	
29.04.15 Innsbruck	Science and Cases - ABCSG	
19.05.15 Innsbruck	HER 2 Frühjahrsgespräche	

02.06.15 Innsbruck	Das neue Fortpflanzungsmedizigesetz	
08.- 10.06.15 Innsbruck	1. interdisziplinäres Kreißsaalsimulationstraining	
16.06.15 Innsbruck	xact – the medical update	
29.6.15 Innsbruck	Onco-Cafe	
23.- 25.07.15 München	OEGGG-Tagung	
17.09.15 Mils b I	Aktuelle Therapie des Mammakarzinoms in Tirol	
30.09.15 Kitzbühel	Krebstherapie: Körper und Seele integrieren	
08.10.15 Innsbruck	Antiangiogenese in der gyn. Onkologie	
10.10.15 Bozen	Projekt Diplompatientin 8. Brustkrebs-Akademie	
15.10.15 Innsbruck	Kinderwunsch – Krebserkrankung – psychoonkol. Aspekte	
16.- 17.10.15 Salzburg	Onkologie Symposium	

04.11.15 Innsbruck	HER 2 Meeting	
14.11.15 Wien	aeb-Tagung: Versagen&Gelingen	
21.11.15 Salzburg	post-5th OCCC und -GCIG	
25.11.17 Wien	Taxane beim Mammakarzinom	
27.- 28.11.15 Längenfeld	Winterfortbildung	

2016

Datum|Ort	Titel	
08.02.16 Innsbruck	Neues aus San Antonio	
25.02.16 Innsbruck	Geburtshilfliche PDA	
16.03.16 Innsbruck	Senologisches Lunchmeeting Fertilitätsprotektion beim Mammakarzinom	
04.04.16 Innsbruck	Update Eribulin	
06.04.16 Innsbruck	Erkrankte Mütter - wenn die Versorgerin ausfällt	

22.04.16 Elixhausen	Gynäkolog. Malignome	
11.05.16 Innsbruck	Senologisches Lunchmeeting Studienübersicht- Mammakarzinom	
18.06.16 Fügen	Sommerfortbildung	
08.-10.09.16 Loas	20. Onkologischer Alpengipfel	
13.09.16 Innsbruck	Science and Cases	
20.09.16 Innsbruck	HER Meeting	
05.10.16 Innsbruck	Senologisches Lunchmeeting Immunoonkologie beim Mammakarzinom	
13.10.16 Innsbruck	Stillen in Tirol	
15.10.16 Bozen	Projekt Diplompatientin 9. Brustkrebs-Akademie	
09.11.16 Innsbruck	Senologisches Lunchmeeting Ausgesuchte senologische Fallbe- richte	

10.11.16 Innsbruck	36. Radiologie-Update Mammad-iagnostik	
11.-12.11.16 Innsbruck	Notfallsymposium	
22.11.16 Innsbruck	Wandlung der Schilddrüse – Schwerpunkt Fertilität	
26.11.16 Längenfeld	Winterfortbildung	
03.12.16 Golling	post-IGCS-meeting	
19.12.16 Innsbruck	Update zu TAKO-Empfehlungen	

10. Pressespiegel

2015

Datum	Titel	Medium
01.15	Neuigkeiten aus San Antonio 2014	Gyn Aktiv
27.01.15	Luca ist ein Sonntagskind	Tiroler Tageszeitung
29.01.15	Kinder der Liebe und Medizin	Tiroler Tageszeitung
02.15	Tabuthema Sex: Störungen bleiben oft unbehandelt	Krebs:hilfe!
02.15	Zwei in Einem	Das Medizinprodukt
02.15	Erstmaliger OS-Benefit beim fortgeschrittenen Zervixkarzinom führt zu neuer Standardtherapie	Jatros
02.15	Kostenfreies Brustkrebs-Früherkennungsprogramm	Hallo
02.15	Teamübung Geburtsnotfälle	Hallo
05.02.15	Kramsach hat neuen Bürger	Tiroler Tageszeitung
19.02.15	HPV	You Tube
03.15	Es ist spannend, an der medizinischen Forschung beteiligt zu sein!	ABCSG Inside
03.15	Fertilität bei Tumorpatientinnen	Gyn Aktiv
03.15	Gibt es noch eine Indikation zur Axilladissektion?	Gyn Aktiv
03.15	Fistelbildung	Gyn Aktiv
03.15	Das Ovarialkarzinom-Rezidiv	Zentrum für Tumorerkrankung
03.15	Thromboserisiko bei oralen Kontrazeptiva	Gyn Aktiv
10.03.15	Der Dritte im Bunde	Tiroler Tageszeitung
10.03.15	Doppeltes Babyglück	Tiroler Tageszeitung
12.03.15	„Social Freezing“ wird überschätzt	Tiroler Tageszeitung
24.03.15	Daniel ist der große Bruder	Tiroler Tageszeitung
04.15	Uterusruptur in der Frühschwangerschaft	Medizin für die Frau
04.15	Hoher Stellenwert von Trabectedin bei BRCA1-positivem Ovarialkarzinom	Gyn Aktiv
04.15	13. Österreichischer Kongress	AGO
04.15	Pflege Onkologie Netzwerk (PON)- zwei erfolgreiche Jahre im Rückblick	Hallo
01.04.15	Protein mit großer Aussagekraft	Tiroler Tageszeitung
08.04.15	Ario mit der Löwenmähne	Tiroler Tageszeitung
18.04.15	Mutter werden das ist schwer	Tiroler Tageszeitung
28.04.15	Willkommen lieber David	Tiroler Tageszeitung
05.15	Eierstockkrebs darf keine stille Krankheit bleiben	Welttag Eierstockkrebs
05.15	Die Evidenz für Europa	Medizin für die Frau
05.15	Ratgeber	Gyn Aktiv
5.05.15	Zielgerichtete Therapie bei Eierstockkrebs möglich	Die Presse
20.05.15	Gefahr Eierstockkrebs	ORF Tirol
06.15	Xact-the medical update	Education 01
06.15	Urodynamik	eco-nova
02.06.15	Hilfe für die Blase und das Ich	Tiroler Tageszeitung
03.06.15	Ein Hoch auf Josephine	Tiroler Tageszeitung
11.06.15	Baby-Freude am Bauernhof	Tiroler Tageszeitung
11.06.15	Simulationdtraining	Tiroler Tageszeitung
22.06.15	Willkommen, liebe Miriam	Tiroler Tageszeitung
23.06.15	Familienglück mit Johanna	Tiroler Tageszeitung
07.15	Mehr als ein Verhütungsmittel	Gesund leben
01.07.15	Julian ist angekommen	Tiroler Tageszeitung
2.07.15	Hilfe für die Blase	Tiroler Tageszeitung

Datum	Titel	Medium
22.07.15	Weniger Geburtsschmerzen „auf Knopfdruck“	science.orf.at
29.07.15	Verzaubert von der süßen Lina	Tiroler Tageszeitung
04.08.15	Todesanzeige: Dr. med Wolfang Lechner	Tiroler Tageszeitung
10.08.15	Prinzessin Emma ist da	Tiroler Tageszeitung
17.08.15	Was gegen Übelkeit hilft	Kurier
21.08.15	Annalina ist ein Sonnenschein	Tiroler Tageszeitung
23.08.15	In der Regel keine Schmerzen mehr	Tiroler Tageszeitung
30.08.15	Keine Angst vor der schweren Geburt	Tiroler Tageszeitung
02.09.15	Ein besonderes Jahrgangstreffen	Tiroler Tageszeitung
02.09.15	Das jüngste Haie-Mitglied trägt den Namen Alessio	Tiroler Tageszeitung
10.09.15	Todesanzeige: Stefanie Wopfner	Tiroler Tageszeitung
28.09.15	Medizinisch gut betreut	Tiroler Tageszeitung
29.09.15	Harm Stille Geburt	Ö1
3.10.15	Lotusgeburt/Plazentaessen	Tiroler Tageszeitung
4.10.15	Der neue Hype um den Mutterkuchen	Tiroler Tageszeitung
07.10.15	Eierstockkrebs: Innovative Therapie	Tiroler Tageszeitung
08.10.15	Erlebnispädagogischer Tag	Hallo
13.10.15	Familie wartet auf Mattheo	Tiroler Tageszeitung
30.11.15	Jasmina hat sich Zeit gelassen	Tiroler Tageszeitung
12.15	Kampfansage an HP-Viren	Tiroler Tageszeitung
01.12.15	Laura ist die jüngste Zirlerin	Tiroler Tageszeitung
04.12.15	Leonie ist da	Tiroler Tageszeitung
21.12.15	Das schönste Geschenk	Tiroler Tageszeitung

2016

Datum	Titel	Medium
14.01. 16	Baby- Verwechslung ausgeschlossen	Tiroler Tageszeitung
18.01.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
01.16	Innovation Therapie des Ovalkarzinoms	Gynäkologie Malignome/AGO
01.16	Ovalkarzinom- Vielversprechende prädiktive Testsysteme	Jatros
02.02.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
04.02.16	Wenn’s auf die Leber schlägt	Tiroler Tageszeitung
16.02. 16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
24.02.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
11.03.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
03.16	And the winner is …	Magazin der tirol-kliniken
03.16	Neue Klinikdirektorin	Magazin der tirol-kliniken
03.16	Die Kraft der Kraivität	Magazin der tirol-kliniken
03.16	ExpertInnenvideos auf tirol-kliniken.at	Magazin der tirol-kliniken
03.16	Zervixkarzinomscreening neu	Gyn-Aktiv
03.16	Ovarialkarzinom- Protektion mit der Pille	Gyn-Aktiv
03.16	Dysmenorrhö bei Adoleszentinnen	Gyn-Aktiv
03.16	Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt	Gyn-Aktiv
03.16	Eisen in der Schwangerschaft	Gyn-Aktiv
03.16	Standarttherapie mit hochrelevanten Benefits bei richtigem Einsatz	Gyn-Aktiv
03. 16	Die AGO- Preise 2016	Gyn-Aktiv
12.04.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
21.04.16	Weniger Frauen bei Vorsorge	Tiroler Tageszeitung
29.04.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
04.16	25.Jahrestagung 2016 - Jubiläum We are the World	AGO Chronicles (Extraausgabe)
05.16	Neue Strategien in der Therapie von gynäkologischen	Gyn-Aktiv

Datum	Titel	Medium
	Tumoren	
05.16	Aktuelle AGO-Studien	Gyn-Aktiv
12.05.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
19.05.16	Mehr als nur Händchen halten	Tiroler Tageszeitung
19.05.16	Das letzte Mal schwanger	Tiroler Tageszeitung
06.16	Highlights vom IGCS 2016	Gyn-Aktiv
02.06.16	Hormone für mehr Lebensqualität	Tiroler Tageszeitung
02.06.16	Neue Leitlinie für Zervixvorsorge	Ärzte Woche
13.06.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
15.06.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
21.06.16	Ärztegeneration Y: Geschlechterkampf light	Der Standard
22.06.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
23.06.16	Erste Geburt nach Erbgut- Analyse	Tiroler Tageszeitung
23.06.16	Flucht neuer Prüfstein für Ärztinnen	Die Presse
22.07.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
28.07.16	Benjamins Frühstart ins Leben	Tiroler Tageszeitung
28.07.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
17.08.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
18.08.16	Der Wickeln mit den Pucken	Tiroler Tageszeitung
09.16	Asylwerberinnen	20er
08.09.16	Hormon-Trend mit Risiken	Tiroler Tageszeitung
13.09.16	Fortbildung: Breast Cancer: Science and Cases	Austrian Breast & Control Cancer Study Group
15.09.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
15.10.16	9. Brustkrebs- Akademie Diplompatientin	mamazone
31.10.16	Unnötig zum Patientin gemacht	Tiroler Tageszeitung
03.11.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
10.11.16	A. Ramoni – Bestattung „Frühe Wochen“	Tirol Heute
15.11.16	Selbstuntersuchung der Brust	Gesund in Tirol
16.11.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
17.11.16	Vorstellung neue Endokrino-Klinikdirektorin B. Toth	Tirol Heute
18.11.16	All-inclusive für die Frau	Tiroler Tageszeitung
19/20.11.16	Kinderwunsch: Wenn Fruchtbarkeit ein Problem ist	Der Standard
22.11.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
01.12.16	Baby des Tages	Tiroler Tageszeitung
12.16	Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt	Thema

Obige Liste stellt nur einen Auszug der Pressemeldungen dar.
Es folgen auf den nächsten Seiten beispielhaft ausgewählte Beiträge.

Ratgeber

Ratgeber

1 x im Monat
Selbstuntersuchung
1 x jährlich
Kontrolle beim Frauenarzt

Selbstuntersuchung der Brust:
Eine Anleitung

In der Früherkennung von Brustkrebs spielt die regelmäßige Kontrolle beim Facharzt eine Schlüsselrolle. Frauen können jedoch auch selbst dazu beitragen, Veränderungen frühzeitig festzustellen: durch die Selbstuntersuchung.

Was ist Brustkrebs?
Täglich bilden sich in unserem Körper über einen kontrollierten Prozess neue Zellen, zum Beispiel im Muskel-, Organ- und Knochengewebe, in den Drüsen oder im Blut. Das geschieht über die Zellteilung. Vereinfacht gesagt, verdoppeln sich die Mutterzellen und bilden Tochterzellen, die dieselben Erbinformationen enthalten. Passiert dieser Vorgang unkontrolliert, können diese Zellen eine Geschwulst (Tumor) bilden.

Während gutartige Tumoren nicht in das benachbarte Gewebe wachsen, dringen bösartige Tumoren weiter ins Gewebe ein. Es kann zur Bildung von Tochtergeschwulsten (Metastasen) kommen. „Beim Brustkrebs, auch Mammakarzinom genannt, entsteht die bösartige Veränderung der Zellen meist in den Milchdrüsengängen, seltener auch Milchdrüsenläppchen" erklärt Daniel Egle, Leiter des Brustgesundheitzentrums der Innsbrucker Klinik. „Diesen bösartigen Tumoren gehen meist Vorstufen voraus, die in Frühuntersuchungs-Programmen erkannt und operativ behandelt werden können, um die Entstehung eines invasiven Tumors zu verhindern." Ist das nicht der Fall, kann es zu einer Verbreitung der Tumorzellen über die Blutbahnen und Lymphgefäße in andere Körperregionen kommen. Bei Brustkrebs sind vor allem die Lymphknoten in der Achselhöhle betroffen, aber auch die Lunge, Leber, Knochen und seltener das Gehirn.

Welche Unterarten gibt es?
„Brustkrebs ist nicht gleich Brustkrebs", sagt der Experte. „Von Patientin zu Patientin kann die Erkrankung verschieden aussehen. Ausschlaggebend dafür sind sowohl individuelle Faktoren als auch die Art des Krebses." Grob lassen sich die Mammakarzinome drei großen Gruppen zuordnen, die sich in der Entstehung und Behandlung unterscheiden. Erstens die hormonabhängige Gruppe, deren Wachstum von den weiblichen Geschlechtshormonen Östrogen und Progesteron abhängt. „Vereinfacht gesagt braucht diese Krebsart Hormone, um wachsen zu können", erklärt Egle. „Mit einer Antihormontherapie ist der hormonabhängige Tumor relativ gut behandelbar. Dabei entzieht man den Tumorzellen sozusagen den Nährboden, um ein weiteres Wachstum zu stoppen."

Zweitens die HER 2 positiven Mammakarzinome, worauf 15 bis 20 Prozent der Brustkrebserkrankungen zurückzuführen sind. Dahinter steckt ein Wachstumsfaktor-Rezeptor, der normalerweise für das Wachstum von Körperzellen – auch der Brustdrüse – zuständig ist, sich aber auch auf Brustkrebszellen befinden kann. „Zur gezielten Behandlung wird eine Antikörperimmuntherapie mit einer Chemotherapie kombiniert. Diese Methode hat sich in den letzten Jahren zunehmend als wirksam herausgestellt. Die Heilungschancen sind gut." Die dritte Gruppe ist unter dem Namen triple negativ (TNBC Triple Negative Breast Cancer) zusammengefasst und im Moment noch die am wenigsten erforschte und gezielt behandelbare. Sie betrifft zehn bis 15 Prozent aller Patientinnen. „Zur Behandlung hilft im Moment nur die Chemotherapie, weshalb eine Früherkennung besonders wichtig ist", so Daniel Egle.

Wann besteht ein erhöhtes Risiko?
Die Krebsforschung hat herausgefunden, dass die weiblichen Hormone in der Entstehung von Brustkrebs eine entscheidende Rolle spielen. Daher gelten Faktoren wie Kinderlosigkeit oder eine späte Geburt des ersten Kindes, eine früh einsetzende Menstruation sowie eine spät eintretende Menopause als risikoerhöhend. Auch Übergewicht, mangelnde Bewegung, erhöhter Alkoholkonsum, Rauchen und Stress, der über einen längeren Zeitraum andauert, können die Entstehung einer Krebserkrankung begünstigen. Weiters gilt die genetische Veranlagung als Risikofaktor. Bekannt ist bisher, dass die Gene BRCA1 und BRCA2 (aus dem Englischen für Breast Cancer) die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an Brustkrebs zu erkranken. „Eine auffällige Familienanamnese kann auf eine vererbbare Brustkrebserkrankung hinweisen", sagt Egle. Besteht der Verdacht, gibt es die Möglichkeit, sich einer genetischen Untersuchung zu unterziehen. „Unabdingbar ist in diesem Zusammenhang eine ausführliche Beratung durch den Facharzt."

Ratgeber

Wie häufig ist die Erkrankung?
Das Mammakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In Österreich erkranken jährlich 4.600 Frauen an Brustkrebs. In Tirol sind es zwischen 300 bis 400 Neuerkrankungen pro Jahr. Somit erkrankt jede neunte Frau in Tirol im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Die Hauptgruppe der Betroffenen bilden Frauen zwischen 50 und 70 Jahren, eher selten sind Fälle bei unter 30-Jährigen. „Wer heute an Brustkrebs erkrankt, hat in der Regel gute Heilungschancen – vorausgesetzt der Tumor wird frühzeitig erkannt", so Egle.

Was sind die Vorteile einer Selbstuntersuchung?
„Frauen kennen in der Regel ihren Körper am besten und nehmen Veränderungen im Normalfall auch als erstes wahr", weiß der Experte. „Die Selbstuntersuchung der Brust führt zwar nicht zu einer massiven Steigerung der Früherkennungsrate, aber zu einer bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit."

Tumoren lassen sich ab einer Größe von ein bis eineinhalb Zentimetern als Knötchen ertasten. Werden Veränderungen entdeckt, sollte man sich umgehend an den Frauenarzt wenden. „Man sollte nicht aus Angst vor der Diagnose den Arztbesuch hinausschieben", sagt Egle. „Sehr häufig handelt es sich um gutartige Veränderungen: Drei von vier Knoten erweisen sich als flüssigkeitsgefüllte Bläschen im Gewebe, Verdickungen des Bindegewebes oder als Verhärtungen des Fettgewebes."

Ab wann sollte man sich selbst untersuchen und wie oft?
Der Brustkrebs-Experte rät Frauen ab 30, sich einmal im Monat am besten drei bis vier Tage nach der Regelblutung selbst zu untersuchen. „Am einfachsten ist es, sich unter der Dusche oder beim Eincremen selbst abzutasten, da die Haut dann gleitfähiger ist."

EVA SCHWEIGHOFER

Zur Person:
Dr. Daniel Egle
ist Oberarzt an der Innsbrucker Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Department: Frauenheilkunde.

SELBSTUNTERSUCHUNG:
Bei welchen Anzeichen sollte man einen Facharzt aufsuchen?

- Dellen, Veränderung in Form und Größe der Brust
- Ziehen, Spannen oder Brennen in der Brust
- Knotenbildung oder Verhärtung des Gewebes
- Eingeschränkte Beweglichkeit der Brust
- Hautveränderungen oder Rötungen
- Neuauftreten von eingezogenen Brustwarzen
- Blutiger Ausfluss aus der Brustwarze
- Tastbare Lymphknoten in der Achselhöhle

Hier findet man Beratung:
BrustGesundheitZentrum Tirol, Zentrum für Diagnostik und Therapie von Brusterkrankungen
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck
Tel.: +43 50 504-23075
E-Mail: lk.fr.bruststambulanz@tirol-kliniken.at
www.brustzentrum-tirol.tirol-kliniken.at

Schritt für Schritt

Die Selbstuntersuchung der Brust ist eine Kombination aus Betrachten und Abtasten.

1. **Mit nacktem Oberkörper vor den Spiegel stellen,** Hände in die Hüfte stemmen und Brüste inspizieren. Achten sollte man dabei auf Veränderungen der Größe, Form, Hautoberfläche der Brüste und Brustwarzen.

2. **Arme hochheben.** Die Brüste sollten der Bewegung folgen. Form und Größe der Brüste von vorne und beiden Seiten betrachten. Auf Dellen, Verwölbungen und Hauteinziehungen achten.

3. **Die Brust in Vierteln einteilen** und beim oberen, äußeren Viertel mit dem Abtasten beginnen. Die linke Brust mit der rechten Hand abtasten, die rechte mit der linken. Dabei jeweils mit der anderen Hand die zu untersuchende Brust abstützen. Zum Abtasten die Endglieder der Finger (nicht die Handfläche) verwenden und in kreisenden Bewegungen einen leichten Druck auf die Brust ausüben. Jedes Viertel auf diese Weise untersuchen und dabei auf nur schwer zu verschiebendes Gewebe achten.

4. **Die Brustwarze** zwischen Zeigefinger und Daumen leicht zusammendrücken und darauf achten, ob Flüssigkeit austritt.

5. **Einen Arm heben** und mit der gegenüberliegenden Hand die Lymphknoten in der Achselhöhlen untersuchen. Normalerweise sollten Lymphknoten nicht tastbar sein. Auf Verhärtungen oder Knoten achten. Untersuchung auf der anderen Seite wiederholen.

6. **Bei gesenktem Arm** Tastuntersuchung der Achselhöhle auf beiden Seiten wiederholen und dabei auf Veränderungen im Vergleich zur letzten Untersuchung achten.

Baby des Tages

Mama Claudia Trügler mit ihrem Baby Luca. Foto: Zimmermann

Luca ist ein Sonntagskind

Innsbruck, Thaur – Über ein Sonntagskind mit dem Namen Luca freuen sich Mama Claudia Trügler und Papa Patrick Schönfelder aus Thaur. Mama Claudia schenkte in der Innsbrucker Klinik Luca (48 cm, 3485 g) das Leben. Es ist das erste Kind der jungen Familie. *(zip)*

Wertvolle onkologische Forschungsförderung

Im Rahmen des traditionellen Onkologischen Kolloquiums vergab die Österreichische Krebshilfe Tirol am 29.11. die diesjährigen Dissertations-Förderungspreise und Forschungsprojekt-Förderungen. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, Präsident der Österreichischen Krebshilfe-Krebsgesellschaft Tirol, freute sich, acht neue Forschungsprojekte und vier Dissertationen unterstützen zu können.

Forschungsvorhaben und Dissertationen in den Bereichen Früherkennung und Behandlung von Tumorerkrankungen sowie grundlegender Fragen der Kontrolle des Zellwachstums werden von der Österreichischen Krebshilfe-Krebsgesellschaft Tirol jährlich mit einer bedeutenden Summe unterstützt. Auf

Deutlich aufgetriebener Uterus, flüssigkeitsgefüllt mit teilweise soliden Anteilen, bei einer 32-jährigen Patientin mit metastasiertem Mammakarzinom unter laufender palliativer Chemotherapie

Brunner Caroline, Ramoni Angela, Brantner Christine, Marth Christian, Egle Daniel, Hubalek Michael
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck

Frauenheilkunde Innsbruck

Einleitung:

Eine Schwangerschaft während einer Chemotherapie stellt für die betroffene Patientin und die behandelnden Ärzte eine große Herausforderung dar. Aus der (neo)adjuvanten Situation gibt es reichlich Erfahrung über die Auswirkung von Chemotherapeutika auf den Fetus (1,2,3). Wir berichten über den sehr seltenen Fall einer Geminigravidität einer 32-jährigen Patientin mit weit fortgeschrittenem Mammakarzinom unter palliativer Chemotherapie.

Fallbericht:

Die junge Frau wird nach dem Abstillen 10/12 an der Brustambulanz der Frauenklinik vorstellig, da sie einen Knoten in der linken Mamma getastet hat. Der 45 mm große Tumor erweist sich als ein **triple negatives Mammakarzinom**, Ki67: 80%. Das Staging ergibt keinen Hinweis auf eine Metastasierung.

- **Neoadjuvante Chemotherapie** (ABCSG-Studie 34; 4 Zyklen Epirubicin/ Cyclophosphamid, 4 Zyklen Docetaxel, +/- Stimuvax)
- 05/13: **Nipple-sparing Mastektomie mit Simultanrekonstruktion** mit Eigengewebe (DIEP-Lappen) links und **Axilladissektion** links
- Tumorstadium : ypT2 N0 M0 L0/V0
- 09/13: CT - **Pulmonale Filisierung**, Beginn der pall. Therapie mit **Capecitabine**
- Patientin wechselt auf ihren Wunsch die betreuende Abteilung
- 10/13: **Tumorprogression** - Umstellung auf **Vinorelbine**
- 01/14: **Neuerliche Progressio** - Umstellung auf **Eribulin**
- 03/14: Staging-CT: **neuerlicher Progress** in Lunge und Cerebrum, neue Lebermetastasen sowie ein **„deutlich aufgetriebener Uterus mit einem Querdurchmesser von 9 cm, zentral**

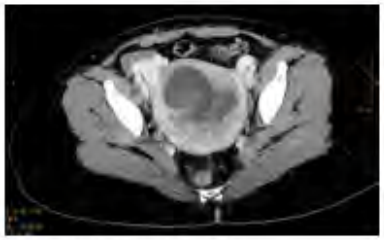


Abb.1.: Staging-CT vom 26.03.2014

Abb.2.: 22+3. SSW, Organultraschall der MCDA Gemini

Hilfe für die Blase und das Ich

Nach der Geburt haben viele Mütter Probleme mit dem Beckenboden. Die Folge: Blasenschwäche. Mit Beckenbodentraining lässt sie sich aber gut in den Griff bekommen.

Von Miriam Hotter

Innsbruck – Viele Frauen leiden stumm. Wer eine Blasenschwäche hat, möchte nicht darüber reden. Dabei sind die Betroffenen nicht allein: Etwa eine von vier Frauen leidet unter Inkontinenz, das heißt, sie kann ihren Urin nicht halten. Auf Tirol umgerechnet sind rund 100.000 Frauen betroffen.

„Schwangerschaften sind eine enorme Belastung für die Muskulatur des Beckenbodens."

Stephan Kropshofer (Beckenbodenexperte) Foto: Hotter

Warum deutlich mehr Frauen als Männer (etwa jeder zehnte) mit Inkontinenz kämpfen, liegt laut Stephan Kropshofer in der Natur der Sache. „Schwangerschaften sind eine enorme Belastung für die Muskulatur des Beckenbodens", erklärt der Koordinator des Beckenbodenzentrums an der Frauenklinik in Innsbruck. Der Beckenboden kontrolliert, wann wir Harn lassen oder unseren Darm entleeren. Ist der Beckenboden geschwächt, kann dies zu ungewolltem Harnverlust führen.

In manchen Situationen fällt es Müttern besonders schwer, ihren Urin zu halten: beim Lachen, Niesen oder schweren Heben zum Beispiel. „In diesem Fall spricht man von einer Belastungsinkontinenz. Diese ist mit 60 Prozent die häufigste Form der Inkontinenz", sagt Kropshofer. Bei der Dranginkontinenz hingegen verspüren die Betroffenen einen so starken und plötzlichen Harndrang, dass sie es nicht mehr bis zur Toilette schaffen. „Früher sagte man ‚überaktive Blase' dazu."

Wenn die Blase ständig drückt – Inkontinenz kommt vor allem nach der Schwangerschaft häufig vor. Foto: iStock

Inkontinenz ist kein unlösbares Problem. Gezieltes Beckenbodentraining kann Betroffenen helfen, die Beschwerden in den Griff zu bekommen. „Bei 45 bis 50 Prozent hilft dieses Training schon so gut, dass sie keinen Harnverlust mehr haben", sagt Kropshofer.

Alice Hotter, Physiotherapeutin an der Frauenklinik Innsbruck, führt häufig Übungen mit frischgebackenen Müttern durch. „In der Regel beginnt die Rückbildungsgymnastik acht Wochen nach der Geburt. Bei einem Kaiserschnitt sind es zwölf Wochen", erklärt sie. Die Mütter besuchen den Kurs einmal pro Woche für ein halbes Jahr.

„Das Problem am Anfang ist, dass viele Frauen gar kein Bewusstsein für ihren Beckenboden haben", sagt die Physiotherapeutin. „Sie wissen nicht, wo er liegt, geschweige denn, wie sie ihn anspannen können."

Bevor das Training beginnt, gilt es also, sich seines Beckenbodens bewusst zu werden. Die Beckenbodenmuskulatur spannt sich zwischen den Schambeinknochen und der Spitze des Steißbeins und funktioniert wie eine Hängematte – sie sorgt dafür, dass Gebärmutter, Scheide, Blase und andere Organe im Becken stabil sind und nicht „unten rausfallen".

Die Übungen kreisen vorwiegend um das Wechselspiel zwischen Anspannung und Entspannung der Beckenbodenmuskulatur. „Viele Frauen fragen, ob es nicht eine Broschüre mit Tipps gibt, oder sie schauen sich Übungen im Internet an. Doch das ist vergebliche Mühe", meint Hotter. Denn niemand würde kontrollieren, ob die Übungen richtig durchgeführt werden.

Außerdem bedeute Beckenbodentraining nicht nur, die Muskulatur zu stärken –

„Nach der Schwangerschaft sollten solche Übungen zum Pflichtprogramm werden."

Alice Hotter (Physiotherapeutin) Foto: Hotter

sondern sie im Alltag auch zu entlasten. Das sind spezielle Hebetechniken, die den Druck vom Beckenboden nehmen, oder das richtige Aufstehen aus dem Bett. „Nach der Schwangerschaft sollten solche Übungen zum Pflichtprogramm werden." Wer nach sechs Monaten keine Besserung spürt, der muss sich häufig einer OP unterziehen. Bei der am häufigsten durchgeführten Variante legt der Arzt ein Kunststoffband unter die Harnröhre. Bei Belastung wird die Harnröhre durch dieses Band unterstützt.

Wer schon vor der Schwangerschaft den Beckenboden trainiert, dem bleibt eine OP, die immer – wenn auch mit geringen – Risiken verbunden ist, zu einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit erspart.

Mehr Informationen gibt es unter *www.beckenbodenzentrum-innsbruck.at* oder 050504/22622 täglich von 12 bis 13 Uhr

Damit alles wie geschmiert läuft

Blutungen, Fruchtwasserembolie, Baby-Querlage: Drei Tage lang übten Klinik-Ärzte aus mehreren Fachrichtungen und mit modernstem Equipment für den Ernstfall bei der Geburt.

Von Irene Rapp

Üben für den Ernstfall: Das Stoffbaby wird per Kaiserschnitt geholt (oben). Kollegen können das Geschehen im Nebenraum mitverfolgen (unten rechts). Sie haben die Übung initiiert: Gynäkologin Elisabeth D'Costa und Anästhesist Markus Thaler (unten links).

Innsbruck – Die Hektik ist spürbar. Eine schwangere Frau wird in den Klinik-OP geschoben – Hebammen, Gynäkologen und Anästhesisten stehen bereit. An der Wand zeigt ein Monitor die Herzschläge des ungeborenen Kindes, dann muss alles schnell gehen. Knappe Kommandos schwirren hin und her, wenige Sekunden später wird das Kind aus dem Bauch der Mutter genommen.

Blut ist dabei keines geflossen, dafür haben im Nebenraum Kollegen das Geschehen mitverfolgt. Denn die schwangere Frau war gar nicht schwanger, sondern hatte einen künstlichen Stoff-Bauch mit darin enthaltenem Stoff-Baby umgeschnallt.

Drei Tage lang wurde an der Klinik für den medizinischen Ernstfall geübt, was werdende Mütter betrifft – in verschiedensten Szenarien. „Schwangerschaftsvergiftung, Fruchtwasserembolie, ein eklamptischer Anfall, Fehllagen des Babys oder massive Blutungen nach der Entbindung", weiß Angela Ramoni, Oberärztin an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, dass nicht immer alles wie geschmiert läuft.

An die 2300 Kinder kommen pro Jahr in der Klinik zur Welt, Tendenz steigend. In 10 % der Fälle gibt es einen Notfall. An beinahe jedem zweiten Tag sei daher das Personal aus unterschiedlichsten Fachrichtungen gefragt, wenn die Geburt Probleme macht – von der Hebamme über den Gynäkologen bis zum Anästhesisten.

„Für Notfallsituationen wird zwar immer wieder geübt, aber bei den aktuellen Simulationstrainings gibt es doch Neuerungen: Erstmals wurde ein externes Team an die Klinik geholt, welches mit uns die unterschiedlichsten Szenarien durchspielt. Und zweitens sind erstmals Vertreter mehrerer Fachrichtungen gemeinsam bei einer solchen Übung mit dabei", sagt Oberarzt Markus Thaler von der Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin.

Gemeinsam mit der Gynäkologin Elisabeth D'Costa hat er die Schulung initiiert, der technische Aufwand dafür ist enorm: So befinden sich etwa im Übungs-OP mehrere Kameras, damit die Kollegen im Nebenraum alles mitverfolgen können. Gleichzeitig wird für die Nachbesprechung alles aufgezeichnet. Neben der Frau mit dem Stoffbauch gibt es noch eine lebensgroße Puppe, die alle Stücke spielt. Sie weint und blutet aus verschiedenen Körperöffnungen, redet und kann geschallt werden. Kostenpunkt des künstlichen Patienten: 500.000 Euro.

Insgesamt hat das deutsche Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum für die vom Tiroler Gesundheitsfonds finanzierte Notfallübung Materialien im Wert von mehreren hunderttausend Euro an die Klinik gebracht. „80 Leute wurden in den vergangenen Tagen geschult", erzählt Thaler.

Interessant: Trotz der Übungssituation „bekommt man einen schnelleren Puls, weil man nicht weiß, welches Notfallszenario vorgegeben wird und weil alles so realistisch ist", erzählt Ramoni.

Stichwort Stress: Die Vermittlung von medizinischem Fachwissen ist nicht Hauptziel der Simulationsübungen.

> *„Das Arbeiten im Team in einer höchst angespannten Situation soll verbessert werden."*
>
> Markus Thaler, Anästhesist

„Vielmehr soll das Arbeiten im Team in einer höchst angespannten Situation verbessert werden", sagt Thaler.

Bei den Nachbesprechungen gilt es daher u. a. zu klären, welche Arbeitsschritte gut und welche weniger gut liefen. Und wie man sicher und effektiv miteinander sprechen muss, um zum besten Ergebnis zu kommen.

Gerade Kommunikation ist on ist das Um und Auf", hat auch Oberarzt Patrick Braun die Erfahrung gemacht, der Anästhesist war einer der Übungsteilnehmer. Die Anästhesisten kommen u. a. bei Notfallkaiserschnitten zum Einsatz – Situationen, wo jede Sekunde zählt.

„Von der Alarmierung bis zum Zeitpunkt, wo das Baby dem Bauch der Mutter entnommen wird, dauert es im Schnitt zehn Minuten" sagt Markus Thaler. Rund 40-mal pro Jahr sind an der Klinik Notfallkaiserschnitte erforderlich – sie haben wie bei den anderen geburtlichen Notfälle auch zum Glück ei-

Interview: Zulassungserweiterung für Bevacizumab

Erstmaliger OS-Benefit beim fortgeschrittenen Zervixkarzinom führt zu neuer Standardtherapie

Seit April 2015 ist der VEGF-Antikörper Bevacizumab (Avastin®) in Kombination mit einer Standard-Chemotherapie (Paclitaxel plus Cisplatin oder Paclitaxel plus Topotecan) nun auch für die Behandlung des persistierenden, rezidivierenden oder metastasierenden Zervixkarzinoms zugelassen. Wir haben mit Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, Innsbruck, über theoretische und praktische Aspekte der Therapie gesprochen.

C. Marth, Innsbruck

Wie verhält sich die Epidemiologie des Zervixkarzinoms in Österreich?

C. Marth: Das Zervixkarzinom ist ein Tumor, dessen Häufigkeit dank des Screenings in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen ist. Allerdings beobachten wir derzeit eine Abflachung der Kurve, in den letzten Jahren hat keine wesentliche Reduktion der Erkrankungsrate mehr stattgefunden, was daran liegen dürfte, dass die angewendeten Screening-Maßnahmen nicht mehr verbesserungsfähig sind. In Österreich treten 400 Neuerkrankungen pro Jahr auf. In den nächsten Dekaden kann man mit einem deutlichen Rückgang der Erkrankungshäufigkeit durch die HPV-Impfung rechnen.

Laut Statistik sind 2011 über 150 Frauen an einem Zervixkarzinom gestorben. Auch hier ist die Kurve in den letzten Jahren deutlich flacher geworden. Allerdings muss man sagen, dass immer noch eine größere Zahl von Frauen an einem Zervixkarzinom stirbt als im Straßenverkehr. Das ist

Wie ist es hierzulande um die Früherkennung bestellt?

C. Marth: Die Früherkennung basiert auf dem jährlich entnommenen Pap-Abstrich. Dabei handelt es sich um eine außerordentlich effiziente Maßnahme. In allen Ländern, in denen sie eingeführt wurde, konnte eine dramatische Senkung der Inzidenz und damit letztlich auch der Mortalität gezeigt werden. Wie man allerdings einschränkend festhalten muss, ist der Pap-Abstrich eigentlich keine optimale Früherkennungsmethode. Für die Zukunft kann man erwarten, dass er durch andere Verfahren abgelöst oder ergänzt werden wird. Wir denken hier vor allem an den HPV-Test, dessen Sensitivität um ein Vielfaches höher ist als jene des Pap.

Auf welchen Daten gründet die Zulassung von Avastin® beim Zervixkarzinom?

C. Marth: In der GOG-0240-Studie wurden Patientinnen mit rezidivierem von vier Armen zugeordnet: Die Chemotherapie erfolgte in den Armen I und II mit Paclitaxel plus Cisplatin und in den Armen III und IV mit Paclitaxel plus Topotecan.[1] Zusätzlich erhielten die Teilnehmerinnen der Arme II und IV Bevacizumab. Die Zugabe von Bevacizumab zu beiden Chemotherapien bewirkte einen signifikanten Überlebensvorteil von fast vier Monaten (16,8 vs. 12,9 Monate; p=0,0132; Abb. 1). Progressionsfreies Überleben (HR: 0,67; p=0,002) und Ansprechraten (+33%; p=0,008) nahmen unter der Kombination ebenfalls signifikant zu.

Mit GOG-0240 liegt erstmals eine Studie zum Zervixkarzinom vor, die eine Verlängerung des Gesamtüberlebens zeigt. Dies kommt einem wichtigen Fortschritt gleich. Einerseits führt uns die Studie vor Augen, dass die Wahl der Chemotherapie keine große Bedeutung hat, da es zwischen den Schemen keine wesentlichen Unterschiede gab. Auf der anderen Seite weisen die Daten auf die wichtige Rolle der Angiogenese

JAMA | Original Investigation

Effect of Tailored Dose-Dense Chemotherapy vs Standard 3-Weekly Adjuvant Chemotherapy on Recurrence-Free Survival Among Women With High-Risk Early Breast Cancer

A Randomized Clinical Trial

Theodoros Foukakis, MD; Gunter von Minckwitz, MD; Nils-Olof Bengtsson, MD; Yvonne Brandberg, PhD; Birgitta Wallberg, MD; Tommy Fornander, MD; Brigitte Milneritsch, MD; Sabine Schmatloch, MD; Christian F. Singer, MD; Günther Steger, MD; Daniel Egle, MD; Eva Karlsson, MD; Lena Carlsson, MD; Sibylle Loibl, MD; Michael Untch, MD; Mats Hellström, MSc; Hemming Johansson, MSc; Harald Anderson, PhD; Per Malmström, MD; Michael Gnant, MD; Richard Greil, MD; Volker Möbus, MD; Jonas Bergh, MD; for the Swedish Breast Cancer Group (SweBCG), the German Breast Group (GBG), and the Austrian Breast & Colorectal Cancer Study Group (ABCSG)

IMPORTANCE Standard dosing of chemotherapy based on body surface area results in marked interpatient variation in pharmacokinetics, toxic effects, and efficacy. Whether tailored dosing can improve outcomes is unknown, as is the role of dose-dense adjuvant chemotherapy.

OBJECTIVE To determine whether tailored dose-dense adjuvant chemotherapy improves the outcomes of early breast cancer compared with a standard 3-weekly chemotherapy schedule.

Supplemental content

CME Quiz at jamanetworkcme.com

Teamübung Geburtsnotfälle

JOHANNES SCHWAMBERGER

Notfallübungen sind ein fixer Bestandteil aller Bereiche in jedem Haus der **tirol kliniken**. In dieser Dimension und Interdisziplinarität wie kürzlich im Untergeschoß der Frauen- und Kopfklinik hat es allerdings noch keine Simulation gegeben.

Im Rahmen einer dreitägigen Simulationsübung wurden an der Innsbrucker Klinik alle erdenklichen Notfälle bei einer Geburt anhand von Puppen durchgespielt.

Die Technik für die Notfallübung kam vom Simulationszentrum der Universität Tübingen.

Die Initiative ist von Dr. Markus Thaler, Oberarzt an der Anästhesie in Innsbruck, ausgegangen. Er hat gemeinsam mit Dr. Ramoni und Dr. D'Costa von der Innsbrucker Gynäkologie die dreitägige Simulationsübung organisiert. Hebammen, GynäkologInnen, AnästhesistInnen und Pflege haben vom 8.-10. Juni, gemeinsam an Simulationspuppen jeden erdenklichen Notfall durchgespielt. Die Technik kam dabei vom Simulationszentrum der Universität Tübingen. Der Fokus lag bei den simulierten Szenarien allerdings weniger bei den medizinischen Entscheidungen und der tatsächlichen Behandlung. Viel mehr wurden die Koordination, die Kommunikation, die Abläufe im OP und das logistische Drumherum realistisch nachgestellt. Alle TeilnehmerInnen wurden gefilmt und konnten in der Nachbesprechung selbst beurteilen, was gut gelaufen ist und wo nachgebessert werden kann. Denn wichtig ist auch, neben möglichen Verbesserungen, auch einmal von objektiver Stelle zu hören, was bereits besonders gut läuft. „In der Luftfahrt ist eine regelmäßige gemeinsame Crew-Weiterbildung seit Jahrzehnten fester Bestandteil der Arbeitsroutine und verpflichtend für Pilotinnen und Piloten. Derartige Trainings werden in Zukunft auch in der Medizin zu einem fixen Teil der Aus- und Weiterbildung werden," sind Elisabeth D'Costa und Markus Thaler überzeugt.

ABCSGinside im Gespräch mit Ines Lanner (zuvor Obleitner), ABCSG-Studienkoordinatorin und Study Nurse an der Innsbrucker Frauenklinik.

Frau Lanner, bevor wir anfangen, möchte ich Ihnen noch herzlich zu Ihrer Hochzeit gratulieren, die Ende Juli stattgefunden hat!

Vielen Dank!

Wie lange arbeiten Sie schon als Study Nurse?

Noch nicht gar so lange, seit 1. Oktober 2013.

Was wollten Sie als Kind werden?

Tierärztin. Ich habe dann aber eine Ausbildung zur Geigenlehrerin gemacht, allerdings ist es in Tirol schwierig, eine geeignete Stelle zu finden.

Warum haben Sie sich für diesen Job entschieden bzw. wie kamen Sie dazu, klinische Studien zu betreuen?

Das war eigentlich Zufall. Ich war auf der Suche nach einem Job und habe erfahren, dass jemand in der Studienzentrale gesucht wird. Und ich dachte, das wäre etwas für mich.

Welche (persönlichen, fachlichen) Voraussetzungen sollte man mitbringen, um als Study Nurse zu arbeiten?

Belastbarkeit, Flexibilität, genaues Arbeiten, Organisationstalent, strukturiertes Arbeiten – etwas, das ich gut kann –, gute Englischkenntnisse. Medizinisches Wissen ist natürlich von großem Vorteil, außerdem Teamfähigkeit und Einfühlungsvermögen.

Was schätzen Sie an dem Job?

Es wird nie langweilig, weil jede Studie, jede Patientin und jeder „Fall" anders ist und etwas Neues bringt. Außerdem ist es spannend, an der medizinischen Forschung beteiligt zu sein.

Was könnte Ihrer Meinung nach besser laufen?

Der Beruf „Study Coordinator" sollte als solcher anerkannt und definiert werden. Also auch mit einer eigenen Ausbildung und einer angemessenen Bezahlung. Und mehr Ärztinnen und Ärzte an unserem Brustgesundheitszentrum wären gut, damit sie auch mehr Zeit für unser Studienteam haben und wir nicht immer so „lästig" sein müssen, z. B. beim Einholen von Unterschriften.

Wie würden Sie die Zusammenarbeit im Innsbrucker Studienteam beschreiben?

Wir haben ein tolles Team, in dem jeder auf jeden zählen kann. Außerdem ist auch Platz für Späße und Humor – besonders wenn es stressig ist, ist das dann nämlich ganz wichtig für die Moral.

Baby des Tages

David in den Armen von Mama Katharin Augustinovic. Foto: Zimmermann

Willkommen, lieber David

Innsbruck, Reith i. A. – Über den süßen Familienzuwachs freuen sich Mama Katharin und Papa Mario Augustinovic und der kleine Luca (3) aus Reith im Alpbachtal. Mama Katharin schenkte Baby David in der Innsbrucker Klinik mit 3080 Gramm und 51 Zentimetern das Leben. *(zip)*

Baby des Tages

Veronika und Benedikt Koller mit Aaron und Miriam. Foto: Tanja Klaz

Willkommen, liebe Miriam

Innsbruck, Mieders – Etwas früher als geplant hat die kleine Miriam in der Klinik Innsbruck am 8. Juni 2015 das Licht der Welt erblickt. Ihre ersten Daten: 50 Zentimeter lang und 3180 Gramm schwer. Mit den Eltern Veronika und Benedikt Koller aus Mieders freut sich der große Bruder Aaron (3). *(TT)*

Die AGO-Preise 2015

Die AGO setzt mit hoch dotierten Preisen, die alljährlich bei der Jahrestagung überreicht werden, wichtige Akzente zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Auch der international renommierte Wertheim-Preis der AGO Austria wird im Rahmen der Jahrestagung verliehen.

Redaktion: Peter Lex

Wertheim-Preis

Die Verleihung des international hoch angesehenen Ernst-Wertheim-Preises ist einer der Programmhöhepunkte der AGO-Jahrestagungen. Der von der Firma Roche gestiftete Preis richtet sich an ForscherInnen, die sich mit ihrem Lebenswerk auf dem Gebiet der gynäkologischen Onkologie verdient gemacht haben. Der heurige Preisträger, *Dr. Rengaswamy Sankaranarayanan* **(Abb. 1)**, ist Facharzt für Radioonkologie mit Postdoc-Ausbildung an der Universität Pittsburgh und der Universität Cambridge. Nach mehreren Jahren Erfahrung in klinischer Onkologie und Krebsbekämpfung in Indien nahm Dr. Sankaranarayanan im Jahr 1993 seine Arbeit bei der International Agency for Research on Cancer (IARC) in Lyon, Frankreich, auf. Derzeit ist er Sonderberater für Krebsbekämpfung sowie Leiter des Bereiches Früherkennung & Prävention (EDP) und Leiter der Screening Group (SCR) des IARC.

Dr. Rengaswamy Sankaranarayanan engagiert sich für Forschung, Ausbildung, Programmentwicklung und technische Unterstützung bei der frühzeitigen Erkennung und Bekämpfung von Krebs, vor allem Brust-, Gebärmutterhals-, Darm- und Mundkrebs in Ländern mit geringen und mäßigen Ressourcen. Er hielt als Fakultätsmitglied mehr als 40 internationale Lehrveranstaltungen zu den Themen Screening auf Gebärmutterhalskrebs, Kolposkopie, Diagnose und Behandlung der Zervix-Neoplasie, Krebsregister-Epidemiologie und Krebsbekämpfung. Er ist auch Autor von mehr als 240 Publikationen in internationalen „peer-reviewed" Fachzeitschriften und seine Handbücher zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs wurden in mehrere Sprachen übersetzt.

Abb. 1: Wertheim-Preis 2015 an Dr. Rengaswamy Sankaranarayanan

Young Scientist Award

Heuer wurde zum 3. Mal der für den gesamten deutschsprachigen Raum ausgeschriebene „Young Scientist Award", für eine herausragende in den letzten drei Jahren publizierte wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der gynäkologischen Onkologie und Senologie vergeben. Der von der Firma GlaxoSmithKline/Novartis gesponserte Preis, der mit 10.000 Euro dotiert ist, wurde *Dr. med. Fabian Trillsch*, Facharzt für Gynäkologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, aufgrund seiner hervorragenden wissenschaftlichen Arbeiten zum Borderline-Karzinom des Ovars zuerkannt.

Fabian Trillsch war federführend in die größte bislang vorliegende Analyse der AGO Deutschland (ROBOT-Study) zum Borderline-Karzinom involviert. Aus dieser Studie entstanden 4 wissenschaftliche Publikationen, bei denen der Preisträger als Erstautor fungierte und die in hoch angesehenen internationalen Journalen erschienen sind.

Abb. 2: Überreichung des Janssen Cilag Fellowship 2015 an Priv.-Doz. Dr. Veronika Seebacher durch Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet (li.) und AGO-Präsident Univ.-Prof. Dr. Christian Marth (re.)

Janssen Cilag Fellowship

Das Janssen Cilag Fellowship 2015 der AGO Österreich wurde an *Priv.-Doz. Dr. Veronika Seebacher* von der Abteilung für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien, verliehen **(Abb. 2)**. Veronika Seebacher, seit Oktober 2014 habilitiert, hat sich während der letzten Jahre der Untersuchung von Prognoseparametern bei Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen gewidmet. Um ihre Subspezialisierung in gynäkologischer Onkologie zu intensivieren, wird sie an einem der renommiertesten Krebszentren Europas, dem Institut Gustave Roussy in Villejuif/Paris bei Prof. Philippe Morice einen Auslandsaufenthalt antreten.

Zur Unterstützung dieser Weiterbildung haben die Juroren Frau Dozentin Seebacher das AGO Janssen Cilag Fellowship einstimmig zuerkannt.

GYN-AKTIV-Preis

Heuer erstmals vergeben wurde der vom Medmedia Verlag gestiftete GYN-AKTIV-

Baby des Tages

Maria Jenewein mit ihren Zwillingen Hannah und Sophie. Foto: Zimmermann

Doppeltes Babyglück

Innsbruck – Familienglück im Doppelpack für Maria und Erwin Jenewein aus Innsbruck. Mama Maria schenkte Hannah (2780 g, 48 cm) und Sophie (2345 g, 44 cm) am 5.3. in der Innsbrucker Klinik das Leben. Omas und Opas aus Navis und Kolsassberg freuen sich doppelt. *(zip)*

Positionspapier der OEGGG

Zervixkarzinomscreening neu

Im Herbst 2015 wurde von der HPV Task Force der OEGGG in mehreren Diskussionsrunden ein Positionspapier zum neuen Zervixkarzinomscreening erarbeitet. Die HPV Task Force stellte eine Zusammenarbeit von Vertretern der Universitätskliniken, der OEGGG, der AGO und von Vertretern der Standesvertretung dar (*HPV Task Force der OEGGG: Braune G., Fiedler T., Hefler L., Joura E., Kölbl H., Marth C., Reinthaller A., Tamussino K., Zeimet A.*). Dieses Positionspapier beschreibt die wissenschaftlichen Grundlagen, welche zur Überlegung eines HPV-basierten Screenings geführt haben. Im Weiteren wird dargelegt, welche Punkte bei einer Implementierung der HPV-Testung in Österreich bedacht werden sollten und welchen Gruppen eine HPV-Vorsorgeuntersuchung angeboten werden sollte. Abschließend werden die Bedingungen, die ein HPV-Test erfüllen muss, und die weitere Abklärung eines positiven HPV-Tests beschrieben.

Das Positionspapier der HPV Task Force wurde kürzlich publiziert[1] kann auf der Homepage der OEGGG eingesehen werden[2].

Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas Widschwendter
Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Medizinische Universität Innsbruck

Positionspapier der OEGGG

Die zytologische Vorsorge („Pap-Test") hat in Österreich die Inzidenz des Zervixkarzinoms um zwei Drittel reduziert. Aufgrund der eingeschränkten Sensitivität sind weitere Verbesserungen mit der zytologischen Vorsorgeuntersuchung nur schwer zu erzielen (Mayrand, 2007). Um eine weitere Reduktion des invasiven Zervixkarzinoms zu erreichen, empfiehlt die WHO zwei Strategien, ein HPV-Impfprogramm und die primäre HPV-Testung (WHO-Guidelines 2014).

chend ASCUS) und zur Nachsorge nach Konisationen empfohlen. Die Vorteile der HPV-Testung sind die hohe Sensitivität und der exzellente negative Vorhersagewert. Der Vorteil der Zytologie ist hingegen die hohe Spezifität.

In europäischen Ländern mit einem Vorsorgeprogramm wurde gezeigt, dass die unmittelbaren Karzinomvorstufen (CIN 3) durch den HPV-Test besser und schneller als mit zytologischem Screening erkannt werden (ARTISTIC, NTCC,

Baby des Tages

Melanie Rudig und Hansjörg Geisler mit Hannes. Foto: Zimmermann

Baby-Freude am Bauernhof

Wattenberg – Über einen Stammhalter freuen sich Mama Melanie Rudig und Papa Hansjörg Geisler. Mama Melanie schenkte in der Innsbrucker Klinik Baby Hannes mit 50 cm und 2355 g das Licht der Welt. Hannes wird auf dem Bauernhof am Wattenberg aufwachsen und kann sich bald über ein eigenes Pferd freuen. *(zip)*

Primäres HPV-Screening

Die Evidenz für Europa

Die Zytologie war in den letzten Jahrzehnten eine der erfolgreichsten Screeninguntersuchungen, wenn nicht die erfolgreichste. Trotz des großen Erfolges hat die Zytologie einige Limitationen. Die Sensitivität der Zytologie, höhergradige zervikale Läsionen zu erkennen, liegt zwischen 60 und 80%. Des Weiteren besteht eine hohe Intra- und Interobserver-Variabilität in der Beurteilung des zytologischen Abstriches. Der HPV-Test als möglicher Screeningtest für die Früherkennung des Zervixkarzinoms und seiner Vorstufen wurde in den letzten 10 Jahren ausführlich evaluiert. In Europa wurden zu dieser Thematik vier große Studien publiziert.

A. Wenzl/Frauenklinik Innsbruck

SWEDESCREEN-Studie[1]

In dieser schwedischen Studie wurden insgesamt 12.500 Frauen im Alter von 32 bis 38 Jahren untersucht. Die eine Gruppe erhielt nur den zytologischen Abstrich, die andere Gruppe zusätzlich noch einen HPV-Test als Screeninguntersuchung. Das Follow-up betrug im Median 4,1 Jahre. In der ersten Screeningrunde wurde in jener Gruppe, bei der der HPV-Test verwendet wurde, eine signifikant höhere Detektionsrate an höhergradigen zervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN2+) beobachtet. In der zweiten Screeningrunde wurden in der HPV-Testgruppe signifikant weniger CIN2+-Läsionen entdeckt. Insgesamt bestand jedoch kein Unterschied in der Detektionsrate von CIN2+, wenn man beide Screeningrunden zusammennimmt.

ARTISTIC-Studie[2]

Die britische ARTISTIC-Studie hatte ein ähnliches Design wie die SWEDESCREEN-Studie. Auch hier wurde der HPV-Test + Zytologie mit Zytologie alleine als Screeningtest verglichen. Das Altersspektrum war mit 20–64 Jahren breiter. Insgesamt wurden von 3 Jahren durchgeführt wurden. In der ersten Screeningrunde gab es keinen Unterschied zwischen den zwei Gruppen. In der zweiten Screeningrunde wurden in der Gruppe mit der alleinigen Zytologie mehr CIN3+-Läsionen entdeckt. Beide Screeningrunden zusammengenommen, ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Screeningmethoden.

POBASCAN

In der ni
den 40.00
56 Jahren
der zwei
die zweite
run durch
ARTISTIC
zweiten S
schied zwi
Methoden
runden zu
gnifikante
onsrate v
Läsionen.

NTCC-Stud

Die italie
Frauen di

Inkludiert wurden Frauen zwischen 25 und 60 Jahren. In dieser Studie konnte erstmals eine signifikante Reduktion der invasiven Zervixkarzinome in der HPV-getesteten Gruppe gezeigt werden. Diese Reduktion bestand sowohl in der zweiten Screeningrunde als auch in beiden Screeningrunden zusammen.

Ronco-Studie[3]

Ovarialkarzinom

Vielversprechende prädiktive Testsysteme

Die Therapieoptionen beim Ovarialkarzinom wurden in den letzten Jahren um einige neue Wirkstoffe erweitert. Um das Ansprechen auf diese Therapeutika, aber auch auf klassische Chemotherapieschemata vorherzusagen, wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt. Dabei wurde eine Vielzahl von Merkmalen zur Einschätzung der voraussichtlichen Wirkung der Behandlungsformen beschrieben. Im Folgenden werden einige ausgewählte Studien dazu vorgestellt.

H. Feigl, Innsbruck

Chemosensitivitäts- und Chemoresistenztests

Seit mehreren Jahrzehnten werden In-vitro-Testsysteme entwickelt, um das Ansprechen von Tumorzellen auf verschiedene Chemotherapeutika zu messen und daraus direkte Konsequenzen für personalisierte Therapiekonzepte abzuleiten. Eine Vielzahl dieser Tests wurde klinisch evaluiert. Beim Ovarialkarzinom wurde unter anderem der sog. ChemoFx®-Test (Precision Therapeutics, Inc.) intensiv untersucht. Bei diesem zellkulturbasierten Test wird das Ansprechen als sog. Medikamentenwirkungsscore („drug-response score") dargestellt, welcher in drei Kategorien unterteilt wird (sensitiv, intermediär, resistent). In mehreren prospektiven Beobachtungsstudien wurde die prädiktive Wertigkeit dieses Tests bei Patientinnen mit primärem, aber auch bei Patientinnen mit rezidiviertem Ovarialkarzinom analysiert.[1–3] So wurden kürzlich in einer Studie von Rutherford et al 262 Patientinnen mit rezidiviertem Ovarialkarzinom hinsichtlich ihres Ansprechens auf verschiedene Chemotherapieoptionen untersucht.[1] Die der Patientin verschriebene Therapie wurde dabei allerdings abhängig von der klinischen Einschätzung des behandelnden Onkologen ausgewählt, der hinsichtlich des ChemoFx®-Testergebnisses verblindet war. Im Rahmen der Studie wurde gezeigt, dass jene Patientinnen, die mit einer testsensitiven Therapie behandelt worden waren, ein medianes progressionsfreies Überleben (PFS) von 8,8 Monaten zeigten, wohingegen Patientinnen, welche eine nicht testsensitive Therapie erhalten hatten, ein im Vergleich signifikant kürzeres medianes PFS von nur 5,9 Monaten zeigten.[1] Krivak et al untersuchten im Rahmen einer prospektiven, multizentrischen Beobachtungsstudie die prädiktive Wertigkeit dieses Tests beim primären Ovarialkarzinom.[3] Dabei wurde das Therapieansprechen in Gewebeproben von 276 Patientinnen mit fortgeschrittenen Tumoren (FIGO-Stadium III/IV) analysiert, welche initial mit einer Platin-Taxan-Therapie behandelt worden waren. Patientinnen, deren Tumor laut Testergebnis resistent auf eine Carboplatin-Therapie war, hatten ein erhöhtes Risiko für eine Progression im Vergleich zu Patientinnen mit (laut Testergebnis) nicht resistenten Tumoren (mediane PFS: 11,8 vs. 16,6 Monate; HR: 1,71; 95% CI: 1,12–2,62).[3]

Trotz dieser vielversprechenden Ergebnisse muss angemerkt werden, dass bei all diesen Studien die Therapieauswahl nicht auf Basis des ChemoFx®-Tests getroffen wurde, weswegen der Einfluss auf das klinische Ergebnis nicht direkt bestimmt werden kann.

KeyPoints

- Es bedarf noch weiterer prospektiver Validierungsstudien, um Chemosensitivitäts-/Chemoresistenztests oder molekulare Signaturen zur Prädiktion des Therapieansprechens beim Ovarialkarzinom heranziehen zu können.
- Sowohl der zellkulturbasierte ChemoFx®-Test als auch andere derartige Tests sind bislang nicht in die medizinischen Leitlinien für die Behandlung von Ovarialkarzinompatientinnen aufgenommen worden.
- Der „BRACAnalysis CDx™"-Test (Myriad Genetics, Inc.) ist zurzeit der einzige zugelassene prädiktive Test zur Auswahl eines Therapeutikums bei Ovarialkarzinom.

Eisen in der Schwangerschaft

Bedarfsdeckung aus der Nahrung: Die vollständige Deckung des Eisenbedarfs in der Schwangerschaft ist auch bei bewusster Ernährung kaum möglich.
Westliche Mischkost enthält mit 6 mg Fe/1.000 kcal relativ viel Eisen. Es werden etwa 10 % resorbiert (also 1–2 mg/Tag), bei maximaler Hochregulation der Resorption durch Senkung der Hepcidinfreisetzung aufgrund eines erhöhten Eisenbedarfs kann dies auf 3–5 mg Eisen/Tag gesteigert werden.
Im 2./3. Trimenon wird jedoch der Bedarf der Schwangeren mit Fetus und Plazenta mit 15–30 mg Eisen pro Tag angegeben. Dieser hohe Bedarf kann nur durch Mobilisation von Speichereisen gedeckt werden, was je nach Füllung des Eisenspeichers am Beginn der Schwangerschaft möglich ist.

Stellt nur die Eisenmangel-Anämie oder bereits der Eisenmangel per se einen Risikofaktor für Mutter und Kind dar? Zu den körperlichen Symptome des Eisenmangels (bei der Schwangeren) zählen Müdigkeit, Abgeschlagenheit, allgemeine Schwäche etc.
Aus Reviews von Observationsstudien kennen wir den Zusammenhang einer Eisenmangelanämie mit dem steigenden Risiko u. a. für Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht von Termingeborenen, SGA (Small for Gestational Age), postpartale Depression, verminderten Milchfluss sowie beeinträchtigte kognitive kindliche Entwicklung.
Ein rezenter Review von randomisierter Studien und prospektiven Kohortenstudien mit fast 2.000.000 Schwangeren konnte bei routinemäßiger Eisengabe bei anämischen und nicht anämischen asymptomatischen Schwangeren einen signifikant positiven Einfluss auf hämatologische Indizes sowie eine signifikante Reduktion von SGA-Feten zeigen.

Diagnose – auch Eisenspeicher berücksichtigen: Im österreichischen Mutter-Kind-Pass ist derzeit lediglich eine 2-malige Bestimmung des Hämoglobinwertes (in der 16. so-

Eine Abschätzung der Füllung des Eisenspeichers ist dadurch jedoch nicht möglich. Hierfür ist die Bestimmung des Ferritinwertes zusätzlich zum Hämoglobinwert notwendig. Dies sollte bereits im ersten Trimenon erfolgen, um eine notwendige Substitution frühzeitig einleiten zu können und der Entwicklung einer Anämie vorzubeugen und Symptome des Eisenmangels zu verhindern.
Ein Ferritinwert < 30 µg/l gilt als Richtwert für einen leeren Eisenspeicher.
Bei einem erhöhten CRP-Wert jedoch kann Ferritin als Akutphaseprotein ebenfalls erhöht sein, eine Bestimmung der Transferrinsättigung kann für die gezielte Diagnosestellung hilfreich sein.

Therapieempfehlungen: Zur Behandlung des Eisenmangels und der Eisenmangelanämie stehen uns primär verschiedene orale Präparate zur Verfügung. Ein Zielwert sollte die Substitution von 100–200 mg Eisen täglich sein.
Empfohlen ist die Einnahme von Eisenpräparaten auf nüchternen Magen unter Zusatz von sauren Lebensmitteln (z. B. Orangensaft, Tomatensauce etc.), um eine optimale Resorption zu ermöglichen.
Eisen soll nicht gemeinsam mit Kaffee, Schwarztee, Milchprodukten, Weißmehl

OÄ Dr. Angela Ramoni
Abteilung Geburtshilfe, Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

und Phosphaten (z. B. in Softdrinks wie Cola) eingenommen werden, da diese die Resorption hemmen.
Slow-Release-Präparate sind meist besser verträglich, hier ist jedoch die korrekte Einnahme umso wichtiger, da eine rasche Freisetzung des Eisens notwendig ist, um die Resorption im oberen Dünndarm zu ermöglichen.
Eine Überprüfung der Wirksamkeit der Eisengabe durch Bestimmung des Hb-Wertes und von Ferritin sollte nach 2–4 Wochen erfolgen.

Intravenöse Eisengabe in der Schwangerschaft: Bei klarer Indikation (z. B. Unverträglichkeit oder fehlende Resorption von oralem Eisen, rascher Hb-Anstieg erwünscht bei schwerem Eisenmangel nahe am Geburtstermin oder erhöhtes Risiko für postpartale Blutung, Zeugen Jehovas etc.) ist auch eine i. v. Eisengabe in der Schwangerschaft im 2. und 3. Trimenon möglich.

SCHLUSSFOLGERUNG: Bereits der Eisenmangel und nicht erst die Eisenmangelanämie können das Outcome der Schwangerschaft von maternaler und fetaler Seite her verschlechtern.
Die Bestimmung des Hb-Wertes allein lässt keinen Rückschluss auf die Füllung des Eisenspeichers der Schwangeren zu.
Es sollte bereits im 1. Trimenon durch Bestimmung des Ferritinwertes abgeschätzt werden, ob der Eisenspeicher für die gesamte Schwangerschaft ausreicht oder frühzeitig mit der oralen Substitution begonnen wer-

Wenn's auf die Leber schlägt

Jeder zehnte Alkoholkranke bekommt – oft todbringende – Probleme mit der Leber. Innsbrucker haben einen Therapieansatz entdeckt. Ob die Pharmaindustrie ihn aufgreift, ist jedoch fraglich.

Von Gabriele Starck

Innsbruck – Jedes Jahr sterben in Österreich 8000 bis 10.000 Menschen an den Folgen der Alkoholkrankheit. In den überwiegenden Fällen ist es die Leber, die nicht mehr mitspielt – meist aufgrund einer schweren Entzündung. Diese akute alkoholbedingte und schwerste Form der Hepatitis trete dann auf, wenn die Leber bereits geschädigt, also das Gewebe schon vernarbt sei, sagt der Direktor der Uni-Klinik für Innere Medizin I, Herbert Tilg. Das damit verbundene Fieber und der extrem schlechte Gesundheitszustand schränkten die Leberfunktionen zusätzlich ein. Die Entzündung dann noch zu stoppen, ist bislang nicht möglich.

Einzig eine Transplantation würde den Patienten retten, doch Transplantate sind rar und Alkoholkranke erhalten kaum eine. „Ein Patient müsste nachweislich ein halbes Jahr trocken sein, damit er überhaupt eine Chance hat, auch nur Kandidat für eine Leber zu werden", erklärt Tilg. Umso wichtiger sei es, eine andere Form der Therapie zu entwickeln, sagt der Experte.

Nun sind die Forscher in Zusammenarbeit mit den Kollegen Günter Weiss und Igor Theurl (Innere Medizin VI) auf einen vielversprechenden Ansatz gestoßen. Er wurde kürzlich veröffentlicht und von der Fachwelt mit großem Interesse aufgegriffen.

Klinikdirektor Herbert Tilg freut sich über den wissenschaftlichen Erfolg von Verena Wieser.

Die Leber werde in diesem chronisch entzündlichen Stadium von ganz bestimmten weißen Blutkörperchen überschwemmt und ein aus weißen Blutkörperchen gebildetes Protein namens LCN2 spiele „eine relevante Rolle bei den Entzündungsprozessen", sagt die Erstautorin Verena Wieser. Dieses Eiweiß sei nur bei Patienten mit alkoholbedingter Hepatitis im Übermaß vorhanden, nicht bei anderen Hepatitis-Formen.

Die Forscher gingen der Sache weiter nach und fanden heraus, dass Mäuse, bei denen das Protein ausgeschaltet wurde, nicht an Hepatitis erkrankten, obwohl ihnen Alkohol gegeben wurde.

In einem weitergehenden Schritt wiesen sie dann nach, dass das Einströmen der weißen Blutkörperchen weitgehend verhindert werden kann, wenn das Eiweiß LCN2 mit Antikörpern blockiert wird.

Das heißt: Man könnte die überschießende Reaktion der Immunabwehr, die den Körper vergiftet, eventuell mit Antikörpern einbremsen. Ganz ausschalten wäre allerdings auch kontraproduktiv, da das LCN2 vom Immunsystem benötigt wird. Berücksichtige man das, könnte dies ein vielversprechender Zugang für eine Behandlung des späten und mit einer hohen Sterblichkeit verbundenen Stadiums der Alkoholkrankheit werden, betont Tilg.

Seine Einschränkung „könnte" bezieht sich dabei keineswegs auf wissenschaftliche Zweifel. Vielmehr sei fraglich, ob die Pharmaindustrie auf die Erkenntnisse anspringe und in die Entwicklung einer Therapie investiere, gibt er zu bedenken. „Die Alkoholkrankheit wurde in der Forschung lange vernachlässigt, ja geradezu stigmatisiert", auch weil die Gesellschaft die Meinung vertrete, wer trinke, sei selber schuld. Und die Industrie sage, dass es Lukrativeres gebe, stellt Tilg fest.

Nachdem inzwischen aber selbst die chronische Hepatitis C medikamentös heilbar ist, hofft er, dass künftig mehr Ressourcen von Forschung und Industrie für den vernachlässigten Bereich der Alkoholkrankheit verwendet werden.

Die AGO-Preise 2016

Die 25. AGO-Jubiläumstagung feierte die fulminante Entwicklung einer kleinen Arbeitsgemeinschaft in Österreich hin zu der international vernetzten und vielbeachteten wissenschaftlichen Arbeits- und Studiengruppe. Einen alljährlich wiederkehrenden Kongresshöhepunkt stellt die Vergabe einer Reihe von Forschungsförderungspreisen dar.

Redaktion: Peter Lex

Dem Anspruch des Kongressmottos „Eine Weltreise" wurden die Programmgestalter mit einer Reihe internationaler Vortragender gerecht, welche über die heterogene Situation der Rahmenbedingungen der gynäkoonkologischen Versorgung und Forschung in den verschiedenen Kontinenten referierten.

Der Anspruch der AGO als der maßgeblichen Institution zur Förderung der gynäkoonkologischen Forschungs- und Studienlandschaft hierzulande (Liste der aktuell zur Einbringung von Patientinnen offenen AGO-Studien **siehe Kasten** auf Seite 29) wird heute auch international anerkannt. Neben der vielbeachteten ENGOT-Präsidentschaft von AGO-Past-Präsident Univ.-Prof. Dr. Christian Marth übernimmt mit der Leiterin der Studienzentrale, Mag. Dr. Regina Berger, eine weitere Proponentin der AGO Österreich eine zweite wichtige, administrative Führungsposition in der ENGOT.

Dass der Kompetenzanspruch der AGO auch von den eigentlichen Adressaten der Anstrengungen, der gynäkoonkologisch Tätigen und interessierten Kollegenschaft in den Kliniken und Niederlassungen, breit akzeptiert wird, bezeugten auf diesem Kongress zum Bersten gefüllte Vortragssäle.

Die äußerst rege Teilnahme war sicher auch dem Umstand geschuldet, dass heuer die AGO-Gremien neu besetzt wurden: u. a. übernimmt den Vorsitz des WAAGO (Wissenschaftsausschuss) OA Dr. Lukas Angleitner-Boubenizek, Leiter des Gynäkologischen Krebszentrums am Kepler-Universitätsklinikum Linz. Und auf Univ.-Prof. Dr. Christian

Abb. 1: Übergabe der AGO-Präsidentschaft von Univ.-Prof. Dr. Christian Marth an die neue Präsidentin Prim. Dr. Tonja Scholl-Firon

Abb. 2: Wertheim-Preisträger 2016 Prof. Dr. Uzi Beller mit seiner Frau und Univ.-Prof. Dr. Christian Marth als Präsident der AGO/OEGGG

Abb. 3: „Young Scientist Award"-Preisträger Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Stephan Polterauer mit AGO-Vorstandsmitglied Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet, der maßgeblich für die Einrichtung des Preises verantwortlich zeichnet

Baby des Tages

Ben und seine Eltern Carmen Knapp und Alexander Lener. Foto: Knapp

Freude über den ersten Sohn

Oberperfuss – „Hurra! Der Storch machte seine Runde und brachte Ben mit schmunzelndem Munde, er flog vorbei in voller Pracht und hat die Eltern glücklich gemacht." Die Rede ist von Ben, der am 19. September in der Klinik zur Welt kam. Über ihr erstes Kind freuen sich Carmen Knapp und Alexander Lener aus Oberperfuss. *(TT)*

Wir trauern um Herrn

em. o. Univ.-Prof. Dr. Otto Dapunt

geb. am 12. 3. 1930, gest. am 26. 3. 2016

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck
von 1971 bis 1998

Er war ein herausragender Frauenarzt mit hohem Verständnis von Ethik und Humanismus, der stets den Menschen in den Mittelpunkt der Medizin gestellt hat. Er war ein inspirierender Wissenschaftler und Mentor. Für Generationen von Gynäkologen war er Vorbild und Lehrer. Die Spuren, die Otto Dapunt hinterlassen hat, werden bleiben.

Unser tiefes Mitgefühl gilt der Familie.

Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Die Medizinische Universität Innsbruck lädt zu einem Gedenkgottesdienst am Dienstag, dem 3. Mai 2016, um 18 Uhr in die Universitätskirche am Innrain ein.

Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet
stellv. Direktor der Univ.-Frauenklinik

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
Direktor der Univ.-Frauenklinik

für die MitarbeiterInnen der Univ.-Frauenklinik Innsbruck

Vertragsunterzeichnung: Neue Professorin für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Die Nachfolge von Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt an der Innsbrucker Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ist geregelt: Am 1. Oktober 2016 wird Univ.-Prof.in Dr.in Bettina Toth ihren Dienst in Innsbruck antreten. Die leitende Oberärztin an der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg verfügt über umfassende Erfahrungen auf dem Gebiet der Endokrinologie und Sterilität und ist eine international anerkannte Forscherin.

SHORT CUT

- Die **vollständige chirurgische Resektion des Tumors** ist bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom ein entscheidender prognostischer Faktor und sollte als Therapieziel angestrebt werden.
- Die Therapie mit **PARP-Inhibitoren** (vor allem bei BRCA-mutationspositiven Patientinnen) und **Angiogenese-Inhibitoren** hat den Behandlungsstandard des Ovarialkarzinoms verändert und stellt einen bedeutenden Fortschritt dar.
- Die **HPV-Impfung** ist ein wesentlicher Meilenstein in der gynäkologischen Onkologie, da erstmals die Prävention des Zervixkarzinoms und dessen Vorstufen sowie anderer HPV-assoziierter Erkrankungen möglich wird.

Ein Rückblick auf die vergangene Dekade*

Neue Strategien in der Therapie von gynäkologischen Tumoren

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth sprach mit „Spectrum Onkologie" über die wichtigsten Entwicklungen und „Game Changer" in der

fernung des Tumors abhängt. Andreas du Bois zeigte in einer exploratorischen Analyse von 3 randomisierten Phase-III-Studien, dass Patientinnen, bei denen eine voll- chirurgische Entfernung des Tu- icht wurde („complete debulking"), ere Prognose hinsichtlich progres- n Überlebens und Gesamtüberle- Vergleich zu Patientinnen hatten, n nach Operation ein Resttumor mm („optimal debulking") oder m Durchmesser („suboptimal de- verblieb. Die Größe des Resttu- te im Vergleich dazu einen gerin- nfluss auf die Prognose. Das Ziel eration beim frühen Ovarialkarzi-

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
Klinische Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Medizinische Universität Innsbruck

nom sollte daher immer eine vollständige Entfernung des Tumors sein (du Bois A. et al., Cancer 2009; 115: 1234–44). Der Outcome ist weiters vom Behandlungszentrum abhängig. Daten aus den USA zeigten bereits, dass erfahrene chirurgische Zentren einen höheren Anteil optimaler Operatio-

Fotos: Andrew Dier – shutterstock.com, privat

Zielgerichtete Therapie bei Eierstockkrebs möglich

Themenbild / Bild: Imago

Ein Großteil der Eierstockkrebs-Patientinnen erlebt nach ihrer ersten Therapie einen Rückfall. Für sie waren die Behandlungsmöglichkeiten bisher beschränkt. Ein neues Medikament bringt Hoffnung.

05.05.2015 | 13:06 | (DiePresse.com)

Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) haben trotz aller Fortschritte der Medizin noch immer ausgesprochen schlechte Heilungschancen. Mit neuen Arzneimitteln wird allerdings jetzt eine zielgerichtete medikamentöse Therapie möglich, welche bei Rückfällen das Fortschreiten der Erkrankung deutlich verzögert, betonten Experten am Dienstag bei einer Pressekonferenz in Wien.

"Jedes Jahr erkranken in Österreich rund 5000 Frauen an Brustkrebs, etwa 700 an Eierstockkrebs. (...) Knapp 500 Frauen versterben jährlich an einem Ovarialkarzinom", sagte Christian Marth, Vorstand der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Innsbruck.

Für Frauen » Gesundheit » Kampfansage an HP-Viren

Kampfansage an HP-Viren

GESUNDHEIT Ein neues Testverfahren soll schneller Klarheit schaffen, doch was ist HPV eigentlich und wie wirkt sich eine Infektion auf den Körper aus? Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, Direktor der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Innsbruck, klärt auf.

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth | Prof. Dr. Elmar Joura

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, Direktor der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Innsbruck

Herr Prof. Marth, was muss ich mir grundsätzlich unter dem Begriff HPV vorstellen?

Die Abkürzung HPV meint „Humanes Papilloma Virus". Das ist eine Gruppe von Viren, die verschiedene Gewebe des Menschen infizieren können. Davon gibt es über 100 verschiedene Typen. Ein Teil dieser Viren kann bei Menschen auch Krankheiten auslösen, die meist nur unangenehm sind, wie z.B. Warzen. In seltenen Fällen kann es aber auch zu ernsthaften Erkrankungen kommen.

Welche Erkrankungen können sich durch eine HPV-Infektion ergeben?

Beim Thema HPV muss man unterscheiden zwischen Niedrigrisiko-HP-Viren, die beispielsweise gutartige Feigwarzen auslösen, und den Hochrisiko-HP-Viren. Diese sind deutlich gefährlicher und können bösartige Erkrankungen verursachen. Da ist in erster Linie der Gebärmutterhalskrebs zu nennen. Aber auch andere Krebsformen, insbesondere im Bereich von Hals, Nase und Ohren, können durch HP-Viren ausgelöst werden. Wir alle kennen die Geschichte von Michael Douglas, der durch Oralverkehr eine HPV-Infektion bekommen und dadurch einen Stimmbandkrebs entwickelt hat.

"Michael Douglas hat durch sein Outing gezeigt, dass HPV jeden treffen kann. Daher ist es wichtig, die Bedrohung nicht auf die leichte Schulter zu nehmen."

Auch Enddarmkrebs und Scheiden- oder Peniskrebs kann durch HP-Viren ausgelöst werden. Beim Gebärmutterhalskrebs gehen wir derzeit davon aus, dass jeder Fall durch eine HPV-Infektion ausgelöst wird. Beim Stimmbandkrebs etwa wissen wir, dass auch andere Faktoren wie Rauchen oder übermäßiger Alkoholkonsum das Risiko einer Erkrankung steigern. Aber auch hier ist die Zunahme der durch HPV ausgelösten Tumoren besonders markant.

Tiroler Tageszeitung

Printausgabe der Tiroler Tageszeitung vom Do, 21.04.2016

TIROL

Weniger Frauen bei Brustkrebsvorsorge

In Tirol gehen nicht mehr so viele Frauen zum Brustkrebs-Screening, sagen die Ärzte. Doch mit früher seien die Werte nicht mehr vergleichbar, sagt die Gebietskrankenkassa.

Schon systembedingt gehen mittlerweile weniger Frauen in Tirol zur Mammografie. Die Einladung erfolgt seit 2014 nur noch alle zwei Jahre.Foto: Thinkstock

Von Marco Witting

Innsbruck – BKFP – Brustkrebs-Früherkennungsprogramm: 2014 ging das bisherige Tiroler Modell zum Brustkrebs-Screening in einem österreichischen System auf. Verbunden mit einigen Diskussionen und Adaptierungen, die nach der Startphase und Protesten noch gemacht werden mussten. Das Bundesmodell passte sich mehr und mehr dem Tiroler an. Jetzt, knapp zwei Jahre später, sei die Teilnahmerate „zufriedenstellend", heißt es von der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK). Doch in der Innsbrucker Klinik hat man durchaus festgestellt, dass weniger Frauen zur Brustkrebsvorsorge gehen.

„Ganz klar, insgesamt ist es weniger geworden", sagt Martin Daniaux, Leitender Oberarzt an der Universitätsklinik für Radiologie. Das Tiroler Modell sei früher sehr gut angenommen worden, die betroffenen Frauen seien im Durchschnitt alle eineinhalb Jahre gekommen. „Die logische Konsequenz ist, dass wir rund ein Fünftel weniger Patienten beim Screening hatten. Nach einem starken Rückgang zu Beginn merken wir jetzt aber, dass wieder mehr Frauen kommen", sagt Daniaux.

Einfluss von subkutanem Trastuzumab auf den Faktor Zeit im klinischen Alltag

H. Schaffenrath, N. Engleder, B. Faltner, J.Salzer, H.Wegscheider, M. Hubalek, D. Egle
Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck

Frauenheilkunde Innsbruck

Einleitung:
In der Behandlung des Her2 überexprimierenden Mammakarzinoms ist Trastuzumab die wichtigste Substanz sowohl im adjuvanten als auch im palliativen Setting. Eine Therapiedauer von 1 Jahr ist dabei der Goldstandard [1-3]. Dies bedeutet, dass Patientinnen viel Zeit in Therapieräumen verbringen müssen, was wiederum Einfluss auf ihre Lebensqualität hat. Seit über einem Jahr steht die s.c. Formulierung von Herceptin im klinischen Alltag zur Verfügung. Mehrere Studien belegen eine zur i.v. Gabe vergleichbare Pharmakokinetik, Effektivität und Verträglichkeit [4]. So ist die subkutane Gabe eine valide Alternative zur Infusion, deren entscheidender Vorteil neben weniger Manipulation an Port-a-Cath Systemen vor allem in der Zeitökonomie liegt.

Fragestellung:
Ziel dieser Arbeit ist es das Ausmaß der Zeitersparnis durch die Verwendung von subkutanem Trastuzumab auf Patientinnen und Health Care Professionals (HCP) in der Tagesklinik zu untersuchen, da es für Österreich hierzu keine Daten gibt.

Ergebnisse:
Seit Verfügbarkeit von Herceptin® SC ausserhalb von Studien, wurden an der Tagesklinik im angegebenen Zeitraum 302 Einzeldosen abgegeben. Bei der i.v. Gabe lag die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes im Therapieraum (TTIC) bei 102 Minuten, bei der s.c. Gabe reduzierte sich diese auf 23 Minuten.
Auf Grund der empfohlenen Therapiedauer von einem Jahr, ergeben sich daraus 17 Zyklen Trastuzumab. Das bedeutet, dass Patientinnen insgesamt 28,9 Stunden bei i.v. Gabe bzw. 6,5 Stunden bei s.c. Verabreichung im Therapieraum verbringen. Was wiederum einer Zeitersparnis für jede einzelne Patientin von über 22 Stunden entspricht.
Für die 302 durchgeführten s.c. Gaben wurden daher 116 Arbeitsstunden in der Tagesklinik aufgewendet. Für dieselbe Anzahl an Infusionen mit i.v. Trastuzumab wären 513 Arbeitsstunden notwendig gewesen.
Die Zeitersparnis für 10 Patientinnen beträgt somit 224 Stunden. Daraus lässt sich auch die Möglichkeit einer Überbelegung der Therapieplätze in der Tagesklinik ableiten, die zu einer verbesserten Auslastung führt. Diese betrug vor Einführung von Herceptin® SC

Erst kommen Ausbildung, Beruf, Wohnung und Reisen – und dann ist Zeit für den Nachwuchs? Wer Kinder will, sollte nicht lange zuwarten, raten Experten. Foto: Shutt

Mutter werden, das ist schwer

Das optimale Alter für die Mutterschaft sehen die Östereicher bei 27. Tatsächlich kommt erste Baby im Schnitt mit 30 – wenn überhaupt. Denn oft ist es für's Kinderkriegen zu spät.

Von Elke Ruß

Innsbruck – Die Regel kommt immer früher, doch der Nachwuchs immer später. Geschlechtsreife und Menstruationsblutungen setzen heute schon mit zehn Jahren ein, im Schnitt sind die Mädchen etwa zwölf. Das mittlere Alter der Erstgebärenden dagegen hat sich nach hinten verschoben – und zwar in den vergangenen 20 Jahren um drei Jahre, berichtet Angela Ramoni, die Leiterin der Geburtshilfe an der Innsbrucker Klinik.

Statt mit 27 bringen die Tirolerinnen ihr erstes Baby mit 30 zur Welt – im Schnitt. „2008 waren vier Prozent über 40, 2013 schon 5,5 Prozent. 25 Prozent waren über 35 – das ist jede fünfte Frau." Immerhin: Gerunken ist auch die Rate der Teenagerschwangerschaften unter 18. „Sie liegt bei vier von 1000."

Das Mutterglück verzögert sich dabei nicht linear, das Tempo hat sich verdoppelt: Zwei dieser drei Jahre, die der Storch später landet, gehen auf das Konto der letzten zehn Jahre.

Damit weicht die Realität längst von dem ab, was in der Einschätzung der Österreicher der „ideale Zeitpunkt" zum Kinderkriegen ist: Das beste Alter liegt demnach nämlich bei 27. Das ergab der Generations and Gender Survey (GGS), der in Österreich in den Jahren 2008/9 und 2012/13 durchgeführt wurde.

Männer und Frauen bzw. Ältere und Jüngere sehen das ähnlich. Deutliche Unterschiede gibt es allerdings beim Bildungsstand: Während Österreicher mit Pflichtschulabschluss das beste Alter für den Nachwuchs mit 25 Jahren angaben, sehen es Akademiker mit 29 Jahren gekommen.

„Die Gründe für die Verschiebung sind vielfältig", weiß Ludwig Wildt vom Kinderwunschzentrum der Klinik: Er nennt „eine bessere Berufsausbildung, den Wunsch, sich erst einmal materiell abzusichern, aber auch die Wahl des Partners, mit dem die Frau Kinder haben will".

Längst schören Hochglanzgazetten, die von glücklichen Star-Müttern jenseits der 40 und 50 berichten, den Eindruck, dass später ohnehin früh genug ist. Erst noch die Welt sehen – und sich dann dem Nachwuchs widmen. Denn zu alt, um Mutter zu werden, selbst wenn die Biologie mitspielen würde, ist eine Frau nach Meinung der Österreicher erst mit 43. Auch hier ziehen Pflichtschulabsolventen die Grenze früher, mit 42, und Akademiker erst mit 44.

Nur: Die biologische Uhr tickt auch dann völlig anders, wenn die Betroffene das (noch) gar nicht spürt. „Zeit läuft!" – Das gilt sogar schon vor der Geburt, denn bis ein Mädchen auf die Welt kommt, ist von ursprünglich sechs Millionen angelegten Eizellen nur mehr eine Million übrig. Bis zum 13. Lebensjahr sind noch 400.000 Eizellen da. Das klingt unendlich viel, doch Zahl und Qualität nehmen exponentiell ab, erklärt Wildt. Außerdem gelangt ja jeden Monat nur eine zur Entfaltung – und die ist nicht unbedingt immer gesund und befruchtungsfähig.

„Mit 34 Jahren hat sich die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft auf die Hälfte reduziert gegenüber dem Zeitraum zwischen 20 und 25", sagt Wildt. „Es kann also sein, dass es länger dauert." Bereits ab 35 spricht er von einem „deutlichen Absinken der Schwangerschaften – sowohl spontan wie bei der In-Vitro-Fertilisation – bei gleichzeitig erhöhter Abortrate".

Risikoschwangerschaft: Was werdende Mütter einst mit 30 hörten, gilt heute ab 35. Laut Gynäkologin Ramoni ist das Risiko bei diesen Schwangeren zwar „nicht in dem Sinn erhöht, dass man gravierende Angst haben müsste. Aber gewisse Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung, Anm.) und Frühgeburtlichkeit sind häufiger, weshalb man sie intensiver überwachen muss." Bei älteren Gebärenden sei zudem die Kaiserschnittrate höher. „Ab 35 steigt auch die Fehlbildungsrate bei den Kindern." Hier könne man nur die Pränataldiagnostik anbieten und gut aufklären.

Bei künstlicher Befruchtung gibt es auch öfter Mehrlingsschwangerschaften, das sei „unabhängig vom Alter der Mutter ein Risiko, besonders für die Frühgeburtlichkeit", erklärt Ramoni.

Nicht zuletzt hat die frühere Regel die Zeitspanne, in der Erkrankungen wie Endometriose (Schleimhautwucherungen außerhalb der Gebärmutter) oder Myome auftreten können, zusätzlich verlängert. Das ist mit ein Grund, warum das (in Österreich verbotene) Social Freezing, überschätzt wird: Selbst wenn eine Frau früh genug starke Eizellen auf Vorrat einfrieren lässt, sinkt mit jedem Jahr die Chance, dass sich ein Embryo auch einnistet und heranwächst.

Aus Sicht des Reproduktionsmediziners liegt das ideale Alter für die Mutterschaft deshalb bei „20 bis 25, aber das ist gesellschaftlich nicht mehr zu realisieren", weiß auch Wildt. „Ich würde sagen: So früh wie möglich. Wenn ein Paar mit 30 sagt: Wir wollen Kinder, aber ein bisschen später, dann sollte es besser nicht mehr zuwarten."

Ramoni, die ihre beiden Kinder während des Studiums bekam, dazu: „Die Natur hat vorgesehen, dass die optimalen Bedingungen für eine Schwangerschaft zwischen 20 und 30 sind. Ein Kind wird nie passen, bis die biologische Uhr abgelaufen ist. Deshalb sollte man schon früh Kinder einplanen, wenn die Partnerschaft passt." Nachsatz: „Mit 50 sind sie dann schon aus dem Haus."

Die Zahl der Eizellen einer Frau nimmt schon in ihrer allerersten Zeit ab. Mit 13 Jahren liegt sie bei rund 400.000. Der Anfall ist exponentiell, zum Zeitpunkt der Menopause sind noch ca. 1000 übrig – aber „nicht mehr in Ordnung und nicht befruchtungsfähig".

Ab dem 35. Lebensjahr steigt die Rate der Schwangerschaften – spontan und nach In-Vitro-Fertilisation – deutlich, erklärt Reproduktionsmediziner Ludwig Wildt. Die Rate von Chromosomen-Aberrationen sei „viel mehr über". Deshalb rät er auch die Amniozentese.

Hoffnungen in die Eizellspende bei Frauen über Behandlung sind deutlich überzogen. Madrid: 40 Prozent. Bei diesem Wert liegt international die Lebendgeburtenrate nach einer IVF bei 25-Jährigen Frauen. Bei 45-Jährigen ist die Zahl bereits auf nur mehr zehn Prozent gesunken.

Die gängigste Verhütungsmethode in der Bevölkerung. Über die Fruchtbarkeit der Frau Bescheid wissen, ergab 2007, aber dass das Wissen bei über 18-Jährigen, Bereich Sexualität mehr als jeder Zweite (54 Prozent), dass sich Probleme erst ab dem 40. Lebensjahr einstellen.

Baby des Tages

Anton und David Demetz mit den Cousins Paula und Josef. Foto: Zimmermann

Das Glück im Doppelpack

Innsbruck, Mils – Über das Glück im Doppelpack freuen sich Mama Patrizia und Papa Martin Demetz aus Mils. Anton (3290 g und 48 cm) und David (2430 g und 46 cm) heissen die Zwillinge, die in der Innsbrucker Klinik das Licht der Welt erblickten. Die Cousins Paula und Josef sowie Oma Sophie und Opa Fritz Tiefenthaler sind überaus stolz auf den Familienzuwachs. *(zip)*

In der Regel keine Schmerzen mehr

Wärme wirkt bei Regelschmerzen krampflösend. Eine Wärmflasche oder warme Dusche kann manchmal schon etwas Linderung bringen.

Foto: iStock

Kopfschütteln und Späße sind bei Regelschmerzen fehl am Platz. Die Mehrheit der Mädchen leidet unter der Monatsblutung. Eine Expertin klärt auf, was wirklich gegen die Krampfattacken hilft.

Alle Monate wieder – zollen junge Frauen ihrer Weiblichkeit Tribut. In der Regel oft mit Schmerzen. Bauchkrämpfe, Kreuzschmerzen, Übelkeit und Durchfall sind die häufigsten Beschwerden kurz vor und während der Monatsblutung. Alexandra Ciresa-König, Oberärztin an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Innsbruck, erklärt, woher die Dysmenorrhö kommt und warum es wichtig ist, etwas dagegen zu tun.

Prostaglandine heißen die körpereigenen Stoffe, die in der Gebärmutter freigesetzt werden, um ihr – auf meist unangenehme Art – zu signalisieren, dass es wieder an der Zeit ist, die Schleimhaut abzustoßen. „Die Prostaglandine bewirken, dass es zu Krämpfen und einer kurzfristigen Unterdurchblutung der Gebärmutter kommt. Sie können auch Übelkeit und Durchfall machen", erklärt Ciresa-König. Ihr zufolge leiden 50 bis 90 Prozent der jugendlichen Frauen an Dysmenorrhö – 15 Prozent davon so stark, dass sie an diesen Tagen nicht fähig sind, in die Schule oder arbeiten zu gehen.

Wer solche Zustände mitmacht, kann auf Aussagen wie „Da müssen alle durch" oder „Das gehört eben dazu" gut verzichten. Davon wird es auch nicht besser. Im Gegenteil: „Dysmenorrhö darf man nicht herunterspielen. Untersuchungen haben gezeigt, dass sich Frauen an den Schmerz nicht gewöhnen, sondern auf Dauer sogar sensibler werden, auch was andere Schmerzen betrifft", sagt sie. Therapie der Wahl ist daher die Einnahme eines Schmerzmittels, wie sie sagt. Aber das richtige müsse es sein. „Da die Auslöser Prostaglandine sind, helfen am besten so genannte Prostaglandinsynthesehemmer. Diese sind z. B. in den Wirkstoffen Naproxen und Ibuprofen enthalten." Ciresa-König empfiehlt, die Medikamente einzunehmen, sobald sich die ersten Regelschmerzen ankündigen – auch wenn die Blutung noch nicht eingesetzt hat. „Da wirken die Schmerzmittel am besten." Naproxen und Ibuprofen sorgen ihr zufolge nämlich dafür, dass gar nicht so viele Prostaglandine freigesetzt werden und die Menstruation milder verläuft. „Normalerweise dauert der Schmerz zwei Tage lang. Einmal im Monat Schmerzmittel zu nehmen, ist bei jungen, gesunden Frauen kein Problem", sagt die Gynäkologin. Krampflöser wie etwa Buscopan gehören ihr zufolge aber nicht zur geeigneten Wirkstoffgruppe: „Buscopan entlastet den Darm, aber nicht die Gebärmutter."

Doch immer wieder wirke die Schmerzmedikation nicht ausreichend. Die monatliche Tortur bleibt. „Die Pille ist die zweite Wahl. Nachdem familiäre Risiken – Thrombosegefahr – ausgeschlossen worden sind, steht die Antibabypille auch jungen Mädchen ab etwa 14 Jahren zur Verfügung", so die Expertin. Sie werde meist im Langzyklus verschrieben. Das heißt, dass die Pille bis zu einer siebentägigen Pause immer drei Monate lang durchgehend eingenommen wird. „Die Gebärmutterschleimhaut wird dann nicht so hoch, weniger Prostaglandin freigesetzt und der Schmerz beim Abbluten geringer. Außerdem hat man statt zwölfmal nur viermal im Jahr weh. Und auch die typischen Regelpickel kann man damit verhindern", schmunzelt sie. Neben der Antibabypille seien aber auch andere hormonhaltige Präparate – Verhütungsring, -pflaster und Hormonspirale – geeignet, Regelschmerzen zu vermindern.

„Es ist ein Gerücht, dass es für Mädchen, welche die Pille nehmen, später schwieriger ist, schwanger zu werden. Das stimmt nicht. Es ist auch ein Irrglaube, dass Hormone hochgefährlich seien. Der Gynäkologe muss bei der großen Auswahl an Pillen aber die richtige für die Patientin herausuchen – abhängig vom Thromboserisiko, dem Hautbild, dem Gewicht und eventuellen Vorerkrankungen", stellt Ciresa-König klar. Wer sich aber partout nicht auf Hormone und Schmerzmittel einlassen will, der kann sich mit Frauenmanteltee Linderung verschaffen: „Drei Tassen am Tag und schon zwei Tage vor der Menstruation beginnen", lautet die Dosierungsanweisung der Expertin. Alternativ könne man es auch mit Wermut-Tee – Achtung, bitter! – und mit Mönchspfeffer versuchen. Bei der Kraft aus der Natur habe man zwar wenig Nebenwirkungen zu befürchten, sie sei aber oft nicht so effektiv wie Medikamente.

Manchmal kann aber schon eine Wärmflasche oder Dusche Wunder wirken. Durch die Wärme lösen sich die Muskeln, Krämpfe lassen nach. „Yoga und andere Entspannungstechniken können zur Schmerzlinderung beitragen und haben einen langfristigen Nutzen." Mit der Bewegung sei es eine ganz persönliche Geschichte: „Wenn sich ein Mädchen während der Regel nicht belastbar fühlt, dann soll man es nicht zum Turnen zwingen." Und bei noch einer Frage beruhigt Ciresa-König: Tampon oder Binde? „Das ist egal. Tampons sind nicht ungesund und sie machen nicht die Scheidenflora kaputt. Wichtig ist nur, dass man sie alle vier bis sechs Stunden wechselt. Kurz nach einer Gyn-Operation und einer Geburt soll man darauf verzichten", sagt sie. Wenn die Laune rund um die Menstruation im Keller ist, rät Ciresa-König übrigens aufmunternd: „Frau darf auch einmal schlecht aufgelegt sein. Im Nachhinein kann sie dann vielleicht über sich selbst lächeln. So ist es halt mit dem Frausein."

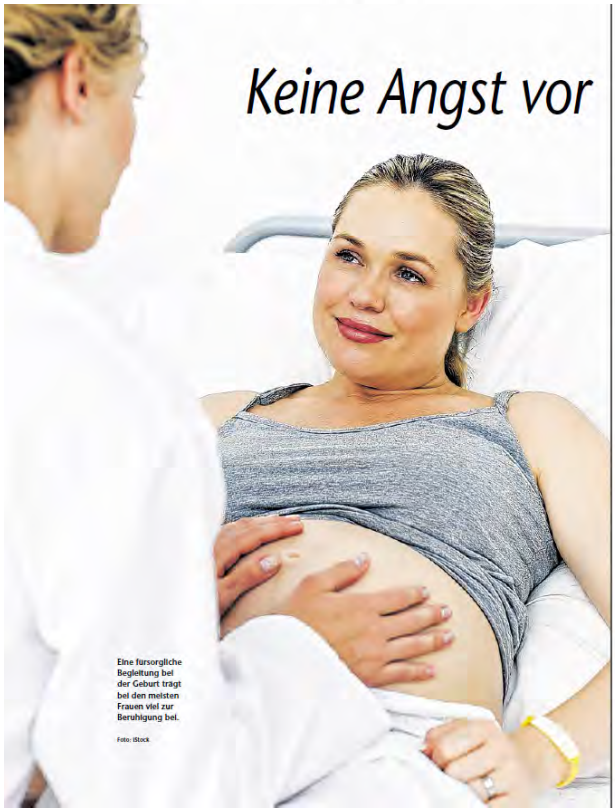
(Theresa Mair)

DAS SAGT DIE EXPERTIN

Alexandra Ciresa-König, Oberärztin, Uniklinik für Frauenheilkunde, Innsbruck

Mädchen haben ihre erste Regel meist zwischen zwölf und 14 Jahren. Hat sie mit 16 noch nicht einsgesetzt, sollte ein Gynäkologe aufgesucht werden. Hinter starken Regelschmerzen kann auch eine Infektion stecken, die abgeklärt werden muss. Bei Zunahme der Regelschmerzen kann eine Endometriose der Grund dafür sein.

Keine Angst vor der schweren Geburt



Eine fürsorgliche Begleitung bei der Geburt trägt bei den meisten Frauen viel zur Beruhigung bei.

Foto: iStock

Die Angst vor den Schmerzen bei der Entbindung begleitet viele werdende Mütter. Die Innsbrucker Uniklinik gibt den Schwangeren seit Kurzem mit einer neuen Form der PDA die Schmerzkontrolle ein Stück weit in die Hand.

Schauergeschichten von schwierigen Geburten kennt jede Frau. Fernsehbilder von vor Schmerzen brüllenden Gebärenden geistern durch den Kopf. Und wenn Bekannte von 30-Stunden-Wehen und Ohnmachtsanfällen erzählen, könnte einem die Lust auf Nachwuchs glatt vergehen. Doch am Ende der dramatischen Ausführungen kommt immer der Spruch: „Sobald man das Baby in den Armen hält, ist aller Schmerz vergessen." Wie jetzt? Alles doch nicht so schlimm?

Angela Ramoni, Oberärztin an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Innsbruck, erläutert, welche Möglichkeiten es gibt, die Geburtsschmerzen unter Kontrolle zu halten. „Keine Frau soll bei ihrer Niederkunft mehr leiden, als sie zum Besten ihres Kindes freiwillig zu ertragen bereit ist." Nach diesem Leitspruch des britischen Geburtshilfe-Pioniers Grantly Dick-Read (1890 bis 1959) lebt Ramoni ihren Berufsalltag im Kreißsaal. „Vor dem Geburtsschmerz muss niemand Angst haben. Man kann etwas tun", sagt sie. Seit einem halben Jahr gibt es zudem eine vielversprechende Neuerung, in deren Genuss – soweit man das in diesem Zusammenhang behaupten darf – schon einige Frauen gekommen sind.

Konkret hat die Geburtenstation in Innsbruck als bisher einzige in Tirol eine neue Form der Peridauralanästhesie (PDA) eingeführt. Bei der klassischen PDA muss die Schwangere liegen, während das Schmerzmittel nach einem Kreuzstich über einen Katheter kontinuierlich in den Rückenmarkskanal tropft. „Der Vorteil der neuen PDA-Form – PCA mit PIEB – ist, dass das Medikament in Schüben eingeleitet wird. Die Dosis kann niedriger gehalten werden und das Schmerzmittel verteilt sich besser", schildert die Gynäkologin. Doch die neue Schmerzpumpe hat einen weiteren entscheidenden Vorteil: Die Frauen können damit umhergehen, weil die Pumpe klein ist. Wichtig ist auch, dass sie den Schwangeren Autonomie gibt. „Wenn die Wehe unerträglich zu werden scheint, dann kann sie sich mit dem Drücker zusätzlich selber einen Schub verabreichen", sagt Ramoni. Eine Überdosierung sei nicht möglich, denn die Pumpe habe eine Sperre eingebaut. „Bisher hat noch keine Frau den Drücker betätigt. Schon alleine die Möglichkeit, den Schmerz selber kontrollieren zu können, gibt das Gefühl, nicht so ausgeliefert zu sein."

PDA und PCA mit PIEB sind die stärksten Formen der Schmerzlinderung. Sie sorgen laut Ramoni dafür, dass das Schmerzempfinden im unteren Bereich des Körpers eingeschränkt ist, die Mobilität aber bleibt. Schließlich muss die Mutter auch zum richtigen Zeitpunkt mithelfen – pressen – können, um ihr Baby auf die Welt zu bringen. „Ganz weg ist die Sensibilität nicht. Die Frau soll schon noch etwas spüren." Da es sich um eine lokale Anästhesie bei der Frau handelt, bekommt das Baby gar nichts davon mit, es gibt kein Risiko für das Kind. Die Schwangere sollte sich laut der Ärztin aber schon vor der Geburt über die Möglichkeiten der Schmerztherapie informieren. Wenn sie sich eine Form der PDA wünscht, sollte sie sich frühzeitig dafür entscheiden. „Die Geburt muss zwar schon im Gang sein, aber wenn der Muttermund vollständig geöffnet und es absehbar ist, dass das Baby schon nach ein paar wenigen Presswehen kommt, macht es keinen Sinn mehr." Dann steht aber immer noch Lachgas zur Verfügung, das der werdenden Mutter kurzzeitige Entspannung verschaffen kann (siehe Info-Box). Bei den heuer erwarteten mehr als 2400 Frauen, die in Innsbruck ihr Kind zur Welt bringen, entscheiden sich Ramoni zufolge nur zehn bis 15 Prozent für eine PDA. „Die meisten Frauen wollen ihr Kind so natürlich wie möglich auf die Welt bringen." Das soll aber nicht heißen, dass sie nicht auch Angst vor den Geburtsschmerzen, welche die Ärztin am ehesten mit starken Menstruationsbeschwerden vergleichen würde, haben. Daher sei es noch immer das Wichtigste, Angste durch Aufklärung im Vorfeld bei der Geburtsvorbereitung abzubauen. Das Einüben von Atemtechniken, Akupunktur oder eine Aromapflege können eine Hilfe sein. „Denn wer Angst hat, verspannt sich und die Schmerzen werden noch größer." Am meisten beruhigt aber, wenn eine vertrauensvolle Person – die Hebamme, der Partner, eine Freundin – immer dabei ist. *(Theresa Mair)*

Schmerzkontrolle bei der Geburt in Kürze:

Geburtsvorbereitung: Aufklärung durch eine Hebamme nimmt Ängste. Atemtechniken helfen laut der Gynäkologin Angela Ramoni, Wehen zu „veratmen" und neue Kräfte zu sammeln. Musik, Düfte und v. a. Begleitung tragen zur Entspannung bei der Geburt bei.

PDA: Wie bei einem Kaiserschnitt ist auch bei einer Spontangeburt der so genannte Kreuzstich, allerdings in anderer Dosierung, zur Schmerzlinderung möglich.
Neue PDA: Mit der neuen Schmerzpumpe PCA mit PIEB (patientenkontrollierte Anästhesie) kann die Gebärende sich bei Bedarf selber eine zusätzliche Dosis verabreichen. Die Frau ist damit nicht ans Bett gebunden.

Lachgas: Werden die Schmerzen unerträglich, kann die werdende Mutter Lachgas über eine Maske einatmen, die sie sich bei Bedarf selber vor den Mund hält. Die schmerzlindernde Wirkung hält nur kurz an. Lachgas kann aber zwischendurch Erleichterung verschaffen.

Gesendet: Freitag, 19. Juni 2015 12:17
An: Ärztliche Direktion
Betreff: Danke

Sehr geehrte Frau Doktor Kofler,

da ich im November vorigen Jahres wegen Brustkrebs operiert wurde und seither in Nachkontrolle bin, möchte ich einmal dem Team der Brustambulanz der Frauenklinik, besonders aber Herrn Oberarzt Dr. Daniel Egle und Herrn Alfred Wieser (der ein „Engel" ist) ein ganz großes Lob aussprechen und auch danke sagen.

Werde immer herzlich aufgenommen und bestens betreut. Ich bin wirklich in ausgezeichneten Händen.

Es ist mir einfach wichtig, das einmal an höchster Stelle zu sagen.

Mit den besten Grüßen

Center of Obstetrics and Gynecology

Obstetrics and Gynecology

Director:
Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

advanced and innovative therapies in this field, as well as to contribute to research in order to improve therapy options. The AGO Studienzentrale is not only responsible for trial conduct within the department, but also for the coordination of AGO trials in other Austrian sites (i.e. manages applications to ethics committees and other competent authorities etc.). Furthermore, the department has a trial office for breast cancer trials with several study nurses dedicated to support the patients in trials at the department.

The pre-clinical studies are conducted mainly in the Laboratory of Clinical Biochemistry (Head: Heidi Fiegl) and in the Morphological Laboratory (Head: Elisabeth Müller-Holzner until her death in July 2014; Afschin Soleiman since July 2014). Both laboratories are certified according to

Research

Clinical Trials: Gynaecologic Oncology
Christian Marth
A selection of the most important trials is shown below:
A number of gynecological cancer trials (surgical and therapeutic trials) are being conducted to assess efficacy and safety of different types of therapies.
Selected trials are described below.

- The antiangiogenic treatment of advanced epithelial ovarian, primary peritoneal or fallopian tube cancer with AMG386 or placebo was evaluated in the first-line setting with carboplatin and paclitaxel (AGO 30 Trinova 3) and in the recurrent partially platinum-sensitive or -resistant setting with pegylated liposomal doxorubicin (PLD) (AGO 28 Trinova 2) as Phase III randomized double-blind trials to determine

Baby des Tages

Mama Caroline Nagel mit ihrem Baby Letizia. Foto: Zimmermann

Willkommen in der Familie

Innsbruck, Rum – Hannah (11) konnte es kaum erwarten, dass Mama Caroline Nagel mit ihrem Schwesterchen Letizia nach Hause kam. Die kleine Rumerin kam mit 51 Zentimetern und 3495 Gramm in der Innsbrucker Klinik auf die Welt. Papa Michael Nagel und Pascal (18) freuen sich ebenfalls auf den Familienzuwachs. *(zip)*

11. Adressen Gynäkologie|Geburtshilfe

Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
A-6020 Innsbruck | Anichstraße 35
lki.fr.klinikleitung@tirol-kliniken.at
www.frauenklinik.at
www.BrustGesundheitZentrum.at
Tel.: +43 (0)50 504-DW (zum Ortstarif)
Fax: +43 (0)50 504-230 55
Haus 3 | FKK | 2. Stock

Direktor: O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
christian.marth@tirol-kliniken.at
DW: -230 50
Sekretariat: Ingrid Zeimet-Kirchmair
ingrid.kirchmair@tirol-kliniken.at
DW: -230 51
StudentInnensekretariat: Margit Bültemeyer
margit.bueltemeyer@tirol-kliniken.at
DW: -257 50
Klinikmanager: Mag. Franz Preishuber
franz.preishuber@tirol-kliniken.at
DW: -231 05
Fax: -67 231 05
Geschäftsführender Oberarzt: OA Dr. Otto Huter
otto.huter@tirol-kliniken.at
DW: -230 51
Pflegedienstleitung: DGKP Thomas Praxmarer
thomas.praxmarer@tirol-kliniken.at
DW: -810 65

Studienzentrale: AGO
Leiterin: Mag.^{a} Dr.^{in} Regina Berger
ago.studienzentrale@i-med.ac.at
DW: -223 45
Fax: -224 58

Studienzentrale: Mamma
Leiterin: Mag.^{a} Carmen Albertini
carmen.albertini@i-med.ac.at
DW: -230 73
Fax: -230 72

Tumordatenbank
Dr.^{in} Justina Angerer
justina.angerer@ tirol-kliniken.at
DW: -241 42
Fax: -224 58

11.1 Ambulanzen und Sprechstunden

Haus 3 - Frauen-Kopf-Klinik (Haus 3 - FKK), Tel. +43 (0)50 504-DW (Durchwahlnummern und E-Mail-Adresse siehe unten bei den jeweiligen Ambulanzen)

Name	Tag / Zeit / Telefon	Sonstiges
Akutfälle	MO-FR, SA+SO 15:30-08:00 Uhr, 00:00-24:00 Uhr Haus 1 MZA-Notfallaufnahme +43 (0)50 504	ohne Termin
ALLG. AMBULANZ	MO-FR 08.00-15.30 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Leitstelle +43 (0)50 504-23060	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr) lki.fr.ambulanz@tirol-kliniken.at
Allg. Ambulanz ABEND-sprechstunde Mo: OA Dr. S. Fessler, Di: OA Dr. S. Kropshofer	MO+DI 16:00-17:30 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Leitstelle +43 (0)50 504-23060	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr)
Allg. Ambulanz HIV-Sprechstunde	DI+MI 12:00-13:30 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Leitstelle +43 (0)50 504-23101	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr)
Allg. Ambulanz KVF-(Dysplasie-) Sprechstunde	Haus 3 - FKK 2.St. Leitstelle +43 (0)50 504-23060	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr)
Allg. Ambulanz MIGRAN-TINNEN-sprechstunde Vreme prijema za imig-rantkinje na klinici za gine-kologiju i akušerstvo Kadin kliniğinde göçmen kadinlar için muayene saatleri	Haus 3 - FKK 2.St. Leitstelle +43 (0)50 504-23060	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr), Muttersprache und allf. Dolmetschbedarf angeben
BrustGesundheitZentrum-Sprechstunde	MO-FR 08.00 -15.30 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Zi.24 +43 (0)50 504-23075	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 14.00-15.30 Uhr) lki.fr.brustambulanz@tirol-kliniken.at
HEBAMMENsprechstunde	MO, DI, DO; MI+FR 10:30-15:30 Uhr; 10:30-12:00 Uhr Haus3-FKK 2.St. Zi.123 +43 (0)50 504-23240	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 07.30-10.30 Uhr), Kreißsaal-Führung: jeden Mo+Do 15.00 lki.fr.hebammenambulanz@tirol-kliniken.at
AKUPUNKTUR zur Ge-burtsvorbereitung	MI+FR 13:00-15:30 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Zi.123 +43 (0)50 504-23240	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 07.30-10.30 Uhr)
ONKOLOGIEsprechstunde	MO-FR 08.00-15.30 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Zi.20	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 09.00-13.00 Uhr)

Name	Tag / Zeit / Telefon	Sonstiges
	+43 (0)50 504-23064	lki.fr.onkoambulanz@tirol-kliniken.at
Onkologiesprechstunde familiär bedingte MALIG-NOME	MO 11:30-13:45 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Zi.20 +43 (0)50 504-23064	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 09.00-13.00 Uhr)
SCHWANGERENsprech-stunde	MO-FR 08.00-15.00 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Zi.34 +43 (0)50 504-23070	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 13.00-15.00 Uhr) lki.fr.schwangerenambulanz@tirol-kliniken.at
Stillambulanz	MO+DO 08:00-13:00 Uhr Haus 3 - FKK 5.St. Mutter-Kind-Station +43 (0)50 504-82151	Termin nach telefonischer Vereinbarung lki.fr.stillambulanz@tirol-kliniken.at
ULTRASCHALL | FETAL-MEDIZIN	MO-FR 08.00-15.30 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Zi.56 +43 (0)50 504-23057	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 13.00-15.00 Uhr) lki.fr.fetalmedizin@tirol-kliniken.at
URODYNAMIK	MO-DO 08.00-15.30 Uhr Haus 3 - FKK 2.St. Zi.45 +43 (0)50 504-23098	Termin nach telefonischer Vereinbarung (DI-Do 08.00-15.00 Uhr) lki.fr.urodynamik@tirol-kliniken.at

11.2 Labore – Physikal. Therapie - Sozialberatung

Morphologisches Labor
Haus3-FKK | 2. Stock
lki.fr.gyn-patho@tirol-kliniken.at
DW: -230 97

Labor für klinische Biochemie
Haus3-FKK | 2. Stock
lki.fr.biochem-labor@tirol-kliniken.at
DW: -231 13

Physikalische Therapie
Haus3-FKK | 5. Stock, Station Gyn 1
lki.fr.physiotherapie@tirol-kliniken.at
DW: -241 13

Sozialberatung
Haus3-FKK | 5. Stock, Station Gyn 1
lki.fr.sozialberatung@tirol-kliniken.at
DW: -814 65
Fax: -67 241 62

11.3 Entbindungsabteilung

Kreißsaal
Haus3-FKK | 2. Stock
lki.fr.entbindung@tirol-kliniken.at
DW: -231 04
Fax: -247 89
0.00 – 24.00 Uhr erreichbar

Geburtshilfestation
Haus3-FKK | 2. Stock
lki.fr.entbindung@tirol-kliniken.at
DW: -231 04
Fax: -247 89
Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00, Väter ganztägig

11.4 Pflegestationen

Station Gynäkologie 1 (Sonderstation)
Haus3-FKK | 5. Stock
lki.fr.gyn1-station@tirol-kliniken.at
DW: -241 10
Besuchszeiten: übliche Tageszeit

Station Gynäkologie 2 (Operativ - Schwangere)
Haus3-FKK | 5. Stock
lki.fr.gyn2-station@tirol-kliniken.at
DW: -241 20
Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00

Station Gynäkologie 3 (Onkologie + Mamma)
Haus3-FKK | 6. Stock
lki.fr.gyn3-station@tirol-kliniken.at
DW: -241 50
Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00

Tagesklinik Gyn 3 (Chemotherapie)
Haus3-FKK | 6. Stock
lki.fr.gyn3-station@tirol-kliniken.at
DW: -255 42

Tagesklinik Gyn 4 (Operativ)
Haus3-FKK | 6. Stock
lki.fr.gyn4-tk@tirol-kliniken.at
DW: -828 51

Mutter-Kind-Station (Wochenstation)
Haus3-FKK | 5. Stock
lki.fr.muki@tirol-kliniken.at
DW: -241 30
Besuchszeiten: täglich 14.00 – 19.00, Väter täglich 9.00 – 21.00

11.5 Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Konsiliar-Liaisondienst der Frauenambulanz

Sie können uns erreichen
• **wenn Sie stationär sind:**
über die Ärzte bzw. das Pflegepersonal der Univ. Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
• **wenn Sie zuhause sind:**
an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie - Frauenambulanz
Schöpfstraße 23a, Innsbruck
Terminvereinbarungen Mo – Fr: 8.30 – 11.30
Tel.: +43 (0) 50 504-261 17
lki.pl.med-psych-amb@tirol-kliniken.at

11.6 Psychoonkologische Ambulanz

Haus3-FKK | Eingangsbereich rechts
Terminvereinbarung Mo – Fr: 9.00 – 11.00
Tel: +43 (0)50 504-236 91
lki.ps.psychoonko@tirol-kliniken.at
Sekretariat: Birgit Wolfsgruber
Im Rahmen des stationären Aufenthaltes
Mag.[a] Dr.[in] Anne Oberguggenberger
Mo– Fr von 8.00– 16.30
Tel.: +43 (0) 50 504-82 585 oder durch Vermittlung über das onkologische Behandlungsteam

12. Adressen Endokrinologie

Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
A-6020 Innsbruck | Anichstraße 35
info@kinderwunsch-zentrum.at | www.kinderwunsch-zentrum.at
Tel.: +43 (0)50 504-232 76 (zum Ortstarif) | Fax: +43 (0)50 504-232 77
Haus13-HNO | 1. Stock
Vorstand: O. Univ.-Prof.[in] Dr.[in] Bettina Toth
bettina.toth@i-med.ac.at | DW: -232 76
Sekretariat: DW: -232 76

Sprechstunde (DW -230 68)	**Tag**	**Zeit**
Endokrinologische Sprechstunde und IVF	Mo– Fr	nach Vereinbarung
First-Love-Sprechstunde	Di + Do	14.00– 15.30
Hormonsprechstunde (Abortus habitualis)	Mo– Fr	nach Vereinbarung
Hormonsprechstunde (Menopausensprechstunde)	Mo– Fr	nach Vereinbarung
Spezialsprechstunden	Mo– Fr	nach Vereinbarung

• Kinderwunsch (IVF)
• hormonelle Störungen
• Wechseljahresbeschwerden
• zyklusabhängige Erkrankungen
• hormonelle Erkrankungen in der Schwangerschaft
• Fehlgeburtsneigung
• Transsexualität
• spezielle Probleme der Empfängnisverhütung
• verstärkte Behaarung, Hormonstörungen bei Kindern

©fp

Privat vorsorgen und öffentlich spenden

Wie Stammzellen aus der Nabelschnur für das eigene Kind und gleichzeitig für andere von Nutzen sein können.

Das Nabelschnurblut enthält Millionen wertvoller Stammzellen. Diese könnten dabei helfen, Verletzungen und Krankheiten zu überwinden.

VitaMeins&Deins

Vita 34 bietet mit dem neuen Produkt VitaMeins&Deins als erste Stammzellbank die Möglichkeit, eine individuelle Gesundheitsvorsorge und eine öffentliche Spende für andere zu kombinieren.

Wie funktioniert das?

Das bei der Geburt gewonnene Nabelschnurblut wird bei ausreichender Menge in zwei vollwertige Stammzelldepots aufgeteilt. Der für die individuelle Vorsorge bestimmte Teil des Nabelschnurblutes wird bei Vita 34 eingelagert und ist so für den persönlichen Einsatz jederzeit verfügbar. Das zweite Depot wird als öffentliche Spende bereitgestellt. Damit kommt das große Potential der Stammzellen aus der Nabelschnur dem eigenen Kind UND anderen zu Gute. Eltern profitieren doppelt: Sie haben das schöne Gefühl, Gutes zu tun und gleichzeitig die beruhigende Gewissheit, für die Zukunft Ihres eigenen Kindes vorzusorgen.

Vorteile auf einen Blick:

- Vita 34 unterstützt eine breite Versorgung mit Stammzellen und übernimmt deshalb die Kosten für das öffentliche Depot.
- 85% aller werdenden Eltern wünschen sich, die Eigenvorsorge für das eigene Kind mit einer Spende kombinieren zu können. VitaMeins&Deins macht es möglich.
- Das Vita 34-Modell kombiniert die individuelle Gesundheitsvorsorge und eine öffentliche Spende für andere.
- VitaMeins&Deins schließt die Lücke zwischen den bisherigen drei Möglichkeiten (Eigenvorsorge, gerichtete Spende, ungerichtete Spende), Nabelschnurblut aufzubewahren.
- **Es ist derzeit die einzige Möglichkeit, in Österreich Nabelschnurblutstammzellen zu spenden.**

VITA34
DIE STAMMZELLBANK

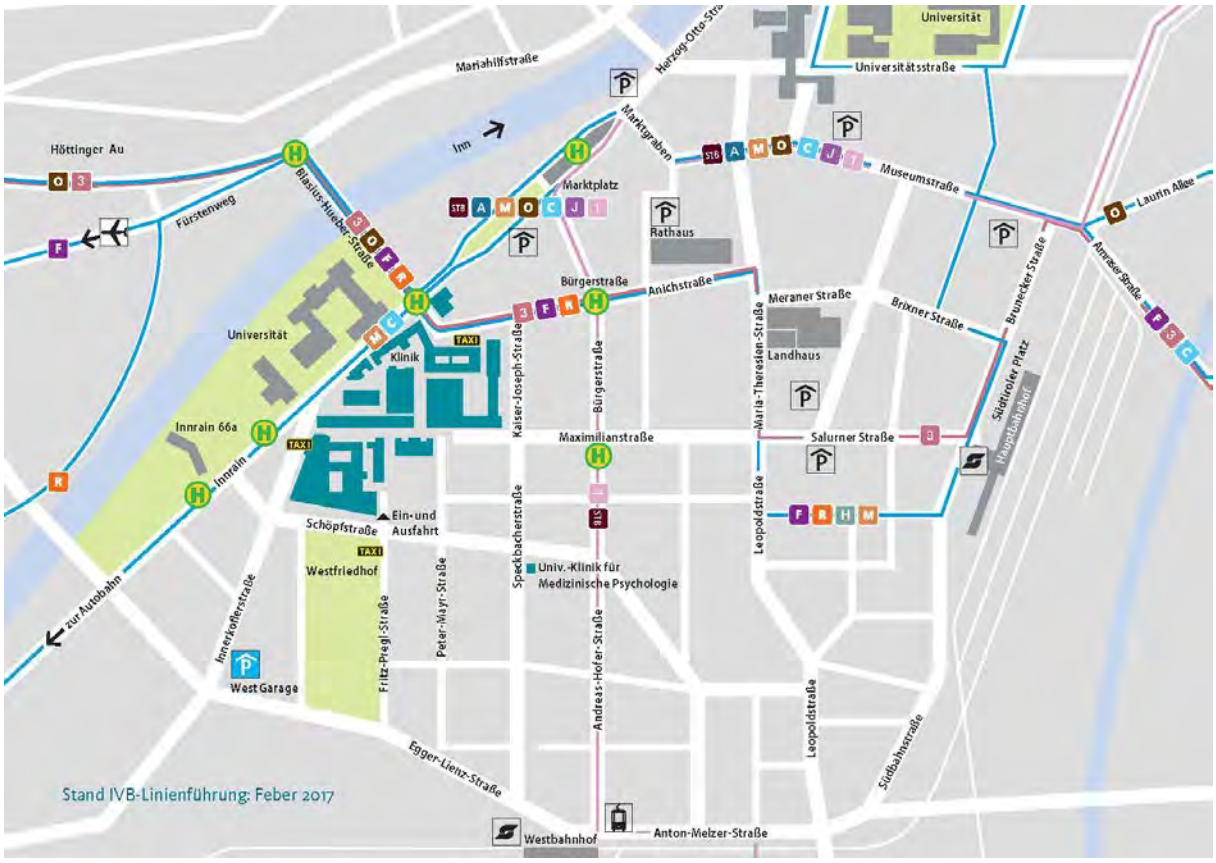
An sich und andere denken
Das neue VitaMeins&Deins

Neu und nur bei Vita 34
Mit Stammzellen aus der Nabelschnur Ihres Kindes jetzt privat vorsorgen und gleichzeitig öffentlich spenden

Vita 34 bietet mit der neuen Spendenoption VitaMeins&Deins als erste Stammzellbank die Möglichkeit, eine individuelle Gesundheitsvorsorge und eine öffentliche Spende für andere zu kombinieren.

Fordern Sie kostenfrei Informationen an:
unter **00800 034 00 000**
oder auf **www.vita34.at**

tirol kliniken
universitätskliniken
innsbruck
1 Medizin-Zentrum Anichstraße (MZA)
Information Portier
An- und Abmeldung MZA
Notfallaufnahme Allgemein
2 Gebäude Innere Medizin
Information Portier
3 Frauen-Kopfklinik-Gebäude
Information Portier
4 Hautklinik
5 Kinder- und Herzzentrum
Information Portier
Notfallaufnahme Kinder- und Jugendheilkunde
6 Psychiatrie
7 Zentrales Versorgungsgebäude ZVG
8 Chirurgie-Gebäude
Information Portier
An- und Abmeldung Chirurgie
Notfallaufnahme Chirurgie, Innerkofler Straße
Notfallaufnahme Unfallchirurgie, Schöpfstraße
9 Pavillon
10 Blutbank
11 Vinzenzgebäude
13 HNO-Gebäude
Notfallaufnahme Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
14 Verwaltungsgebäude
15 Hypocontainer
Ausfahrt Anichstraße
Kaiser-Joseph-Straße
Durchgang Innrain
Ausfahrt Maximilianstraße
Innrain
Eingang
Innerkofler Straße
Peter-Mayr-Straße
Ein-/Ausfahrt Schöpfstraße


Universität
Universitätsstraße
Mariahilfstraße
Herzog-Otto-Str.
Höttinger Au
Im
Marktgraben
Museumstraße
Laurin Allee
Fürstenweg
Blasius-Hueber-Straße
Marktplatz
Rathaus
Bürgerstraße
Anichstraße
Meraner Straße
Brixner Straße
Brunecker Straße
Innsbrucker Straße
Universität
Klinik
Kaiser-Joseph-Straße
Bürgerstraße
Maria-Theresien-Straße
Landhaus
Innrain 66a
Innrain
Maximilianstraße
Salurner Straße
Südtiroler Platz
Hauptbahnhof
Schöpfstraße
Ein- und Ausfahrt
Westfriedhof
Speckbacherstraße
Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie
Leopoldstraße
zur Autobahn
Innerkoflerstraße
Peter-Mayr-Straße
Fritz-Pregl-Straße
West Garage
Andreas-Hofer-Straße
Egger-Lienz-Straße
Stand IVB-Linienführung: Feber 2017
Westbahnhof
Anton-Melzer-Straße
Südbahnstraße