tilak
Universitätskliniken
LKH Innsbruck

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK
UNIVERSITÄTSKLINIKEN

Jahresbericht 2012

Department Frauenheilkunde Innsbruck

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

www.tirolersparkasse.at/aerzte

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Christian Marth . . . 3

Team Frauenheilkunde

1. Team Frauenheilkunde . . . 4
1.1. Team Gynäkologie und Geburtshilfe . . . 6
1.2. Team Endokrinologie . . . 6
1.3. Gegenfach, Karenz, Elternteilzeit . . . 6

Struktur

2. Struktur . . . 8
2.1. Organigramm . . . 8
2.2. Stellenplan . . . 9
2.3. MitarbeiterInnen . . . 10

Berichte

3. Berichte . . . 11
3.1. Geburtshilfe . . . 12
3.1.1. Zusammenarbeit Geburtshilfe – Neonatologie . . . 14
3.2. Fetalmedizin . . . 16
3.3. Gynäkologie . . . 19
3.4. Onkologie . . . 20
3.5. Brustzentrum d. Frauenheilkunde im Rahmen des BrustGesundheitZentrum Tirol . . . 22
3.6. Biochemisches Labor . . . 23
3.7. Klinische Studien . . . 25
3.8. Pflege . . . 29

Besonderes

4. Besonderes . . . 31
4.1. MitarbeiterInnen-Kinder: geboren 2012 . . . 31
4.2. Seit 2012 neu im Haus – herzlich willkommen . . . 32
4.3. Facharztprüfung bestanden – wir gratulieren! . . . 33
4.4. P.Doz. OA Dr. Daniel Reimer – Habilitation am 26.4.2012 . . . 34
4.5. P.Doz. OA Dr. Matthias Scheier – Habilitation am 5.7.2012 . . . 35
4.6. Christine Kühnl (geb. Fritz) . . . 35
4.7. Unsere Lehrlinge sind führerscheintauglich! . . . 37
4.8. Loas 2012 . . . 38
4.9. Maltherapie . . . 40

Klinisches Leistungsspektrum

5. Klinisches Leistungsspektrum . . . 41
Ambulanzen . . . 41
Stationen . . . 41
Einzugsgebiet . . . 42
Altersstruktur . . . 43
MitarbeiterInnen . . . 43
Erlöse – Aufwand . . . 45
5.1. Ambulanz-Sprechstunden . . . 46
5.1.1. Allgemeine Ambulanz . . . 46
5.1.2. BrustGesundheitZentrum-Sprechstunde . . . 46
5.1.3. Endokrinologie-Sprechstunde . . . 47
5.1.4. Onkologie-Sprechstunde . . . 47
5.1.5. Schwangeren-Sprechstunde . . . 47
5.1.6. Ultraschall-Fetalmedizin . . . 47
5.1.7. Urodynamik . . . 48
5.2. Spezialsprechstunden . . . 48
5.2.1 Dysplasie/KVF . . . 48
5.2.2 Familiäre Malignome . . . 48
5.2.3 HIV . . . 48
5.2.4 Migrantinnen . . . 48
5.3. Labore . . . 49
5.3.1. Morphologisches Labor . . . 49

5.3.2. Labor für klinische Biochemie 49
5.4. Physiotherapie 49
5.5. Sozialarbeit 50
5.6. Geburtshilfe 50
5.6.1. Hebammen-, Entbindungs- und Stillambulanz 51
5.6.2. Geburtshilfe-Station 51
5.6.3. Kreißsaal – Geburten 52
5.6.4. Station Mutter-Kind (Wochenstation) 53
5.7. Pflegestationen Tageskliniken 53
5.7.1. Station Gynäkologie I (Sonderstation) 53
5.7.2. Station Gynäkologie II (Operativ + Schwangere) . . 54
5.7.3. Station Gynäkologie III (Onkologie + Mamma) 54
5.7.4. Tagesklinik Gyn3 55
5.7.5. Tagesklinik Gyn4 55
5.8. OP-Statistik 56
5.8.1. Gynäkologische Onkologie 56
5.8.2. Gutartige Indikationen 57
5.8.3. Geburtshilfe 58

Qualität ist uns wichtig!

6. Qualität ist uns wichtig! 59
6.1. PatientInnen-Zufriedenheit 59
6.2. Qualitätsentwicklung und klinisches Risikomanagement 60

Forschung

7. Forschung 62
7.1. Publikationen Gynäkologie und Geburtshilfe 62
7.2. Publikationen Endokrinologie 65
7.3. Laufende Studien 66
7.3.1 Mamma-Studien 66
7.3.2. Gyn. Onkologie-Studien 68
7.3.3. Geburtshilfe-Studien 69
7.3.4. Fetalmedizin-Studien 70
7.3.5. Gynäkologie-Studien 70
7.3.6. Endokrinologische Studien 70
7.3.7. Studienpatientinnen 70
7.4. Präklinische Projekte 71

Lehre

8. Lehre 72
8.1. Lehrangebot im WS 2011/2012 und SS 2012 72
8.2. Dissertationen/Diplomarbeiten 73
8.3. Erfolg mit neuem Praktikumskonzept 74

Fortbildungen

9. Fortbildungen 75
9.1. Montagskonferenzen 76
9.2. Fach-Fortbildungen 76

Pressespiegel

10. Pressespiegel 78

Adressen

11. Adressen Gynäkologie/Geburtshilfe 89
12. Adressen Endokrinologie 94

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

Impressum:
Jahresbericht 2012 des Department Frauenheilkunde Innsbruck
Herausgeber und f.d.l.v.: O.Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
Redaktion: Mag. Franz Preishuber
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Tel. +43(0)50 504-230 51
frauenheilkunde@uki.at, www.frauenklinik.at, www.BrustGesundheitZentrum.at
Fotos (falls nicht anders angegeben): Thomas Jenewein
Titelbild: Christian Marth
Satz und Druck: Georg Rofner, 6020 Innsbruck, rofner@web2print-service.at

Liebe Leserin, lieber Leser!

Ich freue mich, Ihnen den Jahresbericht 2012 des Departments Frauenheilkunde und der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe vorstellen zu können. Wie immer, erhalten Sie mit dem Jahresbericht einen Überblick über unsere Leistungen. Obwohl die Akquise von Ressourcen immer schwieriger wird, konnten wir eine deutliche Zunahme an Leistungen, vor allem im Rahmen unserer Kernkompetenzen, erreichen. Dies ging auch mit einer beachtlichen nationalen und internationalen Präsenz des Teams der Universitätsklinik für Frauenheilkunde einher. Bedeutsame Kongresse und Führungsfunktionen in gynäkologischen Gesellschaften wurden wiederum aus unserer Klinik besetzt. Durch wissenschaftliche Veröffentlichungen haben wir auch Grundlage für Forschungsförderungen durch die EU und internationalen Pharma-Unternehmen erzielt. Ein großer Schwerpunkt unserer Tätigkeit ist die Intensivierung des Qualitätsmanagements. Externe Audits haben die hohe Qualität unserer klinischen Leistungen bestätigt.

Zwischen den Zeilen können Sie die zahlreichen organisatorischen Herausforderungen erahnen, die wir im Team bewältigen müssen, um die Klinik erfolgreich und sicher zu führen. Dabei verlieren wir aber, neben den medizinischen Aufgaben, die individuelle menschliche Betreuung der Patientinnen nicht aus den Augen.

Ich hoffe, dass Ihnen dieser Jahresbericht wieder nützliche Informationen und Anregungen liefern kann und stehe für Anfragen jederzeit zur Verfügung.

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

1. Team Frauenheilkunde

Christian Marth

Elisabeth Schmid

Franz Preishuber

Alain G. Zeimet

Siegfried Fessler

Otto Huter

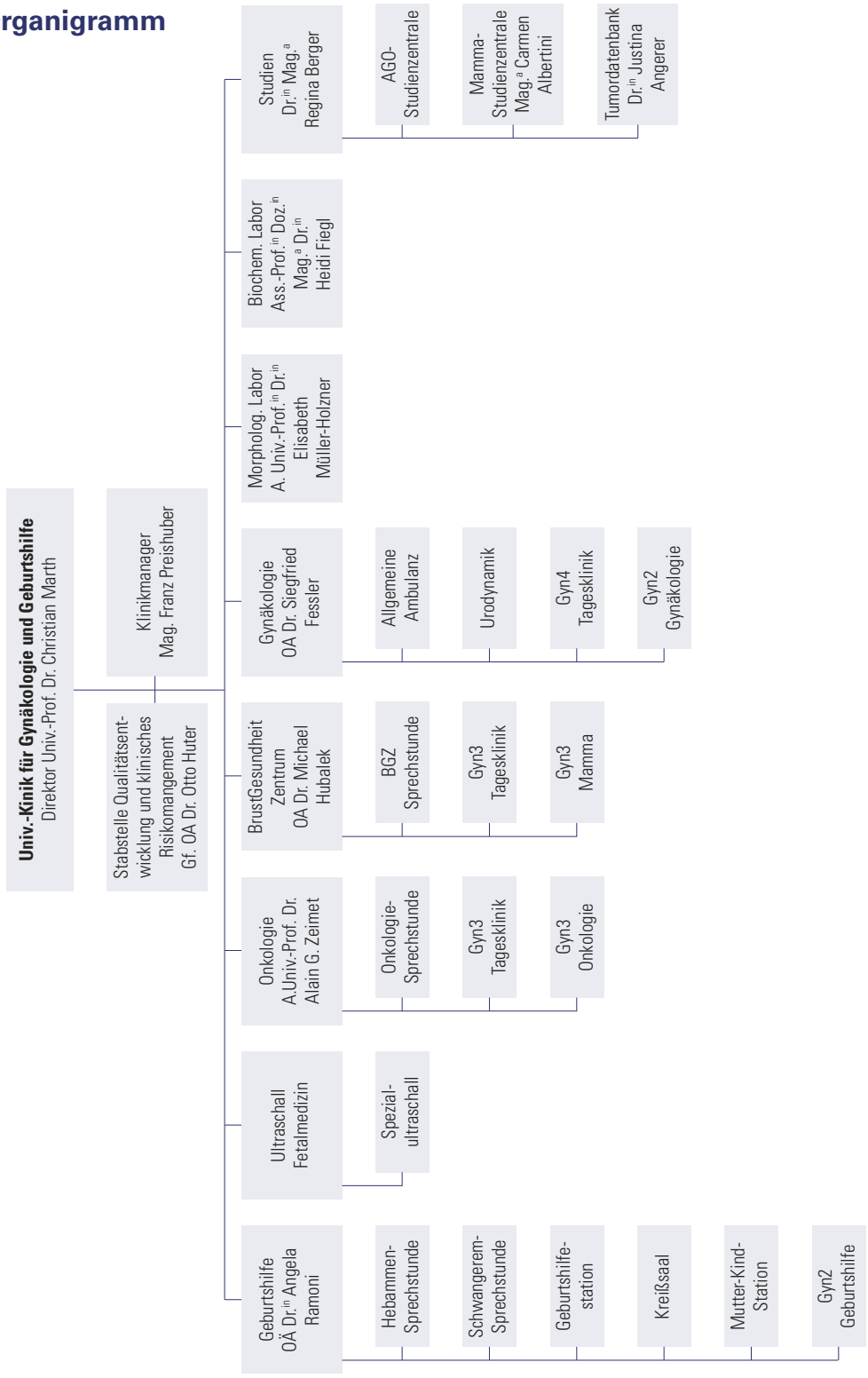
DEPARTMENT FRAUENHEILKUNDE	
O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth Gf. Klinikdirektor	
Mag. Franz Preishuber Klinikmanager	
DGuKS Elisabeth Schmid Pflegedienstleitung	
DGuKP Thomas Praxmarer PDL-Stellvertreter	
Gf. OA Dr. Otto Huter Qualitätsentwicklung u. klin. Risikomanagement	
UNIV.-KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	**UNIV.-KLINIK FÜR GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN**
O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth Direktor	**O. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt** Direktor
A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet **OA Dr. Siegfried Fessler** Stellvertreter	**OÄ Dr.in Stephanie Ziehr** Stellvertreterin
Leitungskreis (monatlich) Christian Marth, Alexandra Ciresa-König, Siegfried Fessler, Elisabeth Müller-Holzner, Franz Preishuber, Angela Ramoni, Alain G. Zeimet	
KlinikKommunikationsKreis (quartalsweise) Christian Marth, Siegfried Fessler, Petra Guggenberger, Anna Harm, Michael Hubalek, Elisabeth Müller-Holzner, Tanja Posch, Franz Preishuber, Günther Putz, Angela Ramoni, Elisabeth Schmid, Regina Stadlmeier, Alain G. Zeimet	
OberärztInnen-Konferenz (sechswöchentlich)	

Bereich	OberärztInnen
TEAM UNIV.-KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	
Perinatologie	**Kreißsaal, Geburtshilfestation, Gyn4, Mutter-Kind-Stati**
Geburtshilfe	**OÄ Dr.in Angela Ramoni** N.N. OÄ Dr.in Elisabeth D'Costa OÄ Dr.in Gudrun Windbichler
Sonographie	Ass.-Prof. Dr. Alexander Alge (50%) Dr.in Susanne Jerabek-Klestil Dr.in Isolde Strobl OÄ Dr.in Verena Weiskopf-Schwendinger (27%)
Onkologie	**Gyn1, Gyn3, Morphologie, Brustzentrum, Onkologische**
Sonderstation	**Univ.-Prof. Dr. Christian Marth**
Onkologie	**A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet** Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Abfalter (50%) Dr.in Regina Nehoda
Brustzentrum	**OA Dr. Michael Hubalek** OA Dr. Daniel Egle
Morphologisches Labor	**A. Univ.-Prof.in Dr. Elisabeth Müller-Holzner**
Biochemisches Labor	**Ass.-Prof.in Doz.in Mag.a Dr.in Heidi Fiegl** A. Univ.-Prof.in Dr.in Nicole Concin A. Univ.-Prof.in Dr.in Susanne Taucher (67%)
Operativ	**Gyn2, OP, Allg. Ambulanz, Urodynamik, HIV, Dysplasie,**
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.in Dr.in Susanne Taucher (67%) A. Univ.-Prof. Dr. Andreas Widschwendter
Urodynamik	OA Dr. Stephan Kropshofer
TEAM UNIV.-KLINIK FÜR GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN	
Kinderwunsch (IVF, ICSI) **Hormonsprechstunde** (Zyklusstörungen, Postmenopause, zyklusabhängige Erkrankungen, Kontrazeption, Transgender) **First-Love-Sprechstunde, Kinder-Gynäkologie**	**Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt** Gf. OÄ Dr.in Stephanie Ziehr (60%) OÄ Dr.in Bettina Böttcher A. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka OÄ Dr.in Beata Seeber (50%)
IVF-Labor **Forschungslabor**	**Dr. Wolfgang Biasio** **Doz.in Dr.in Susanne Hofer (20%)** OÄ Dr.in Beata Seeber (50%) OÄ Dr.in Stephanie Ziehr (60%)
GEGENFACH, KARENZ, ELTERNTEILZEIT	
Gegenfach	
Karenz	Ass.-Prof. Dr. Kurt Heim OÄ Dr.in Gerda Hofstetter Doz. Dr. Daniel Reimer
Elternteilzeit	A. Univ.-Prof.in Dr.in Susanne Taucher (67%)

AssistentInnen	StationsärztInnen	Stationsschwester/BMA (Ltg.)
on, Schwangerenambulanz, Sonographie		
Dr.in Helene Ganglberger Dr. Hans-Peter Krause Dr.in Magdalena Ritter Dr.in Johanna Tiechl	Dr.in Branka Firulovic Dr.in Judith Schmitt-Rödhammer (50%)	*Kreißsaal und Geburtshilfestation:* Dipl. Heb. Anna Harm *Mutter-Kind-Station:* DGuKS Luzia Köfler *Gynäkologie 2:* DGuKS Belinda Posch
Dr.in Astrid Berger Dr.in Christine Brantner		
Ambulanz, Familiäre Malignome		
Dr.in Sigrid Felderer Dr. Ayad Shihab	Dr.in Jasmina Suljkanovic	*Gynäkologie 1:* DGuKS Eva Triendl
Dr.in Caroline Brunner. Dr.in Michaela Peer	Dr.in Petra Wiesbauer *Gyn3Tagesklinik:* Dr.in Johanna Salzer (50%) Dr.in Hildegard Wegscheider (50%)	*Gynäkologie 3:* DGuKS Tanja Posch
Dr.in Samira Abdel Azim Dr.in Theresa Czech Dr.in Doris Huemer	Dr.in Michaela Federspiel	
Dr.in Susanne Reinold (GF)		BMA Mag.a Martina Chamson
Laser		
Dr.in Christine Brunner (60%) Dr.in Nihal Net Dr.in Eva-Maria Strobl Dr.in Christine Weger (40%) Dr.in Elisabeth Zangerl	Dr.in Bettina Geiger-Wiedermann (50%) *Gyn4Tagesklinik:* Dr.in Michaela Federspiel	*Gynäkologie 2:* DGuKS Belinda Posch *Ambulanzen:* DGuKS Regina Stadlmeir *Gyn4Tagesklinik:* DGuKS Maria-Luise Holzknecht
Dr.in Veronika Kunczicky Dr.in Katharina Winkler (50%) Dr.in Nadija Engleder		DGuKS Bernadette Mayr
Dr.in Katharina Winkler (50%)		BMA Doris Rosenfellner
Dr.in Silvana Campei Dr.in Verena Porto Dr.in Anouk Wagener		
Dr.in Michaela Angerer-Dengg Dr.in Irene Mutz-Dehbalaie Dr.in Evelyn Weissenböck		
Dr.in Christine Brunner (60%) Dr.in Christine Weger (40%)		

2. Struktur

2.1. Organigramm



2.2. Stellenplan

Department Frauenheilkunde
Gf. Direktor Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Direktor:
Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

ÄrztInnen

6,00 OberärztInnen (MUI)
7,94 OberärztInnen (Tilak)
13,00 AssistentInnen (MUI)
2,00 AssistentInnen (Tilak)
1,00 Assistentin (Südtirol)
5,50 StationsärztInnen (Tilak)
5,00 TurnusärztInnen (Tilak)
6,73 Karrenz
5,00 Gegenfach
1,23 unbesetzt

Morpholog. Labor

1,00 Pathologin (MUI)
1,00 Assistentin (MUI)
4,16 BMA
1,00 Sekretärin
1,00 Laborgehilfin
2,00 Lehrling

Biochemisches Labor

1,00 Biologin (MUI)
1,00 BMA (MUI)
2,75 BMA
1,25 unbesetzt

PflegemitarbeiterInnen

Pflegedienstleitung:	DGuKS Elisabeth Schmid
PDL-Stv.	DGuKP Thomas Praxmarer
Ambulanzen	20,65 DGuKS
	1,50 Hebammen
	1,00 Pflegehelferin
	1,00 Ordinationsgehilfin
	2,25 Sekretärinnen
	1,00 Sekretär (MUI)
	1,00 Lehrling
Stationen	56,50 DGuKS
	4,25 Hebammen
	2,17 PfH
	8,95 AbtlgH
Entbindung	19,67 Hebammen
	4,00 PfH
	1,00 AbtlgH
	1,00 Sektretärin
Sozialberatung	1,00 Sozialarbeiterin
OP	15,00 DGuKS
	9,00 PfH

Klinikmanager
Mag. Franz Preishuber

Studienzentralen

AGO
1,00 Wiss. MA (MUI)
1,40 Drittmittelstellen

Mamma
3,50 Drittmittelstellen
1,00 Lehrling

Tumordatenbank
1,00 Medizinerin

Administration

1,00 Dokumentation (MUI)
4,50 Sektretärinnen
1,00 Fotograf
1,00 Lehrling

Univ.-Klinik für Gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Direktor: Prof. Dr. Ludwig Wildt

ÄrztInnen

1,80 OberärztInnen (MUI)
1,50 OberärztInnen (Tilak)
1,00 Assistentin (MUI)
1,50 Assistentinnen (Tilak)

IVF-Labor

1,20 Biologe
2,00 BMA

Pflege/Administration

4,50 DGuKS
1,00 Ordinationsgehilfin
1,00 Sekretärin (MUI)
1,00 Sekretärin

Stand: 1. Mai 2013
254,67 Vollzeitstellen (FTE)
(MUI) = Medizinische Universität, alle anderen Tilak

2.2. MitarbeiterInnen

An der Frauenklinik Innsbruck ist der Frauenanteil bei 7 Stationsärztinnen 100%, bei 30 AssistentInnen 93,3%, bei 26 OberärztInnen 57,7% und – in Summe bei insgesamt 63 Ärztinnen ist der Frauenanteil 79,4%.
In der Pflege ist die Verteilung mit 214 Frauen vs. 2 Männer eine eindeutige. Die Frau-Mann-Verteilung in der OP-Pflege mit ausschließlich Männern bei den Pflegehelfern ist bedingt durch die 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		50	13	63
	OberärztInnen	15	11	
	AssistentInnen	28	2	
	StationsärztInnen	7	0	
Pflege		214	2	216
	DGuKS/P/K	157	2	
	Hebammen	35	0	
	PflegehelferInnen	9	0	
	Abteilungshilfen	13	0	
OP-Pflege		14	9	23
	DGuKS	14	1	
	PflegehelferInnen	0	8	
Labore		14	1	15
	BMA	11	0	
	Abteilungshilfen	3	1	
Studienzentralen		7	2	9
Administration		7	3	10
Summe		**306**	**30**	**336**

3. Berichte

Sonderstation

Christian Marth

Sigrid Felderer

Ayad Shihab

Jasmina Suljkanovic

3.1. Geburtshilfe

(OÄ Dr.in Elisabeth D'Costa)

Angela Ramoni

Elisabeth D'Costa

Gudrun Windbichler

Helene Ganglberger

Hans-Peter Krause

Magdalena Ritter

Johanna Tiechl

Branka Firulovic

Judith Schmitt-Rödhammer

Im Berichtsjahr 2011 haben 2.144 Mütter 2.239 Kinder geboren. Das ist ein erfreuliches Plus von 7,1%, weit über dem Tiroler Durchschnitt und eine Steigerung um 15,5% in den vergangenen 5 Jahren.
In diesem Jahr wurden an unserer Klinik 85 Mal Zwillinge und 5(!) Mal Drillinge geboren.
Eine 34-jährige Frau wurde uns in der 32. SSW zuverlegt. Die Frau ist seit ihrer Geburt an Mukoviszidose (zystische Fibrose, CF) erkrankt. Es handelt sich um eine der häufigsten erblichen Stoffwechselstörungen, die zu chronischen Entzündungen der Atemwege durch Infektionen mit Bakterien und zu Verdauungsstörungen aufgrund einer Unterfunktion der Bauchspeicheldrüse führt. Auch andere Organsysteme wie Leber, Schweißdrüsen und Fortpflanzungsorgane können betroffen sein.
Die schwangere Frau hatte erhebliche Atemprobleme aufgrund der Lungenerkrankung sowie vorzeitige Wehentätigkeit, zudem war das Kind zu klein für diese Schwangerschaftswoche.
Vor etwa 30 Jahren hatten diese Patienten eine Lebenserwartung von 25 Jahren. In den letzten Jahren hat sich dies erheblich verändert. Immer mehr Patienten mit CF erreichen das Erwachsenenalter bei verbesserter Lebensqualität. Bis in die 80er Jahre existierten überwiegend Berichte über schlechte Verläufe und ein erheblicher Anteil der Mütter verstarb in der Schwangerschaft oder nach der Geburt.
Je nach Gesundheitszustand der Patientin muss mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind gerechnet werden. Es besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Gestationsdiabetes sowie eine Verschlechterung des Ernährungszustands. Insbesondere gegen Ende der Schwangerschaft kann es zu kardialer Dekompensation kommen.
Für das Kind besteht ein leicht erhöhtes Frühgeburtsrisiko und das Risiko einer intrauterinen Mangelernährung. Insgesamt erfordert eine Schwangerschaft bei CF regelmäßige Kontrollen des Gesundheitszustands der Mutter und eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem betreuenden CF-Zentrum und dem GynäkologInnen.
Bei der oben erwähnten Schwangeren gelang es, vorzeitige Wehen zu stoppen und in enger Kooperation mit den betreuenden KinderärztInnen die Schwangerschaft um einige Wochen zu verlängern. In der 35.SSW waren die Wehen nicht mehr stillbar und aufgrund einer Beckenendlage wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt.
Die Patientin wurde von einem gesunden Kind entbunden und konnte knapp eine Woche nach der Geburt mit ihrem Knaben die Klinik verlassen.

Die Blumenbilder in diesem Jahresbericht gibt es, weil Erwin Seidemann uns das ganze Jahr regelmäßig mit neuen Blumen aus seinem Blumenpark kostenlos versorgt hat.

3.1.1 Zusammenarbeit Geburtshilfe – Neonatologie

(A. Univ.-Prof.in Dr.in Ursula Kiechl-Kohlendorfer, OÄ Dr.in Elke Griesmaier, Neonatologie der Univ.-Klinik für Pädiatrie II)

Wir möchten an dieser Stelle ein Beispiel für die ausgezeichnete Zusammenarbeit zwischen Geburtshilfe und Neonatologie anführen. Eine 23-jährige Erstgebärende wurde bei zuvor unauffälligem Schwangerschaftsverlauf mit der Diagnose eines HELLP-Syndroms an der hiesigen Frauenklinik aufgenommen. Unmittelbar nach der stationären Aufnahme wurden ausführliche Gespräche mit den Eltern über die Schwangerschaft und die Notwendigkeit einer vorzeitigen Entbindung durch den behandelnden Frauenarzt sowie die Prognose des Kindes bei frühzeitiger Entbindung durch die zuständige Neonatologin geführt.
Aufgrund einer weiteren Verschlechterung der Schwangerschaft musste bereits am folgenden Tag, nach insgesamt 25 Schwangerschaftswochen, die Entbindung per Kaiserschnitt durchgeführt werden. Versorgung von Mutter und Kind waren komplikationslos, das Geburtsgewicht des extremen Frühchens betrug lediglich 540 Gramm.
Das kleine Mädchen zeigte im Kreißsaal deutliche Zeichen einer erhöhten Atemanstrengung, weshalb eine mechanische Beatmung sowie die Gabe von Surfactant erforderlich waren. Die Entwöhnung von der Beatmung erfolgte sehr rasch, bereits am selben Tag konnte das Mädchen selbständig atmen. Allerdings waren aufgrund der extremen Frühgeburtlichkeit eine Atemunterstützung und zusätzliche Gaben von Sauerstoff über insgesamt 2 Monate notwendig. Zudem

Stillen ist nicht einfach nur Nahrungsaufnahme, Stillen intensiviert die Mutter-Kind-Interaktion und kann so das Bedürfnis nach Liebe, Wärme und Geborgenheit auf einzigartige Weise »stillen«.

erhielt die kleine Patientin aufgrund ihrer Unreife bis 3 Wochen nach der Geburt noch teilweise künstliche Ernährung. Während des Aufenthaltes auf der neonatologischen Intensivstation wurden die Eltern in die Pflege und Versorgung ihres Kindes bestmöglich integriert. Die Besuchszeiten auf der Intensivstation ermöglichen häufige Besuche und das Verbringen von möglichst viel Zeit beim Kind. Dies ist zum Aufbau einer guten Eltern-Kind-Beziehung essentiell. Die routinemäßig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen des Gehirnes und die neurologische Untersuchung zeigten bei unserer kleinen Patientin einen unauffälligen Befund. Das Mädchen wurde am errechneten Geburtstermin mit einem Gewicht von 2300 Gramm nach Hause entlassen. Die weitere Betreuung und die Nachuntersuchungen erfolgten an der Sprechstunde für Frühgeborenen-Nachsorge. Erfreulicherweise zeigt die kleine Patientin bisher eine unauffällige Entwicklung. Sie wird uns bis zum Eintritt in die Schule noch in regelmäßigen Abständen ambulant besuchen.

3.2. Fetalmedizin

(Dr.in Susanne Jerabek-Klestil)

Alexander Alge

Susanne Jerabek-Klestil

Isolde Strobl

Verena Weiskopf-Schwendinger

Astrid Berger

Christine Brantner

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ersttrimester-sonographie	1993	1926	1597	1125	1323	1428	1529	1386
Organschall (20 Wochenschall)	1774	2009	1408	1536	1790	1990	2205	1930
Fetale Echocardiographie (interdisziplinär)	163	164	160	157	94	170	197	187
Dopplersonographie	1503	1862	1127	1415	1711	1707	4083	4747
Wachstumskontrolle	2520	3600	3625	3930	4849	5272	6355	6689

Eine 27-jährige Erstschwangere, wurde im Oktober 2012 in der 20+5 SSW in unserer fetalmedizinischen Ambulanz vorgestellt, nachdem sich bei ihrem Kind im auswärtigen Organultraschall eine auffällige Kopfform zeigte und sich das kindliche Kleinhirn nicht in gewohnter Weise darstellen ließ. Die Ultraschalluntersuchung ergab das typische Bild einer lumbosakralen Myelomeningocele mit konsekutiver Chiari Typ II Malformation. Dies bedeutet, dass es durch den offenen Neuralrohrdefekt zu einer ausgeprägten Verlagerung und somit Formveränderung des Kleinhirnwurmes kommt. Die Kompression des 4. Ventrikels bedingt eine Ventrikelerweiterung, welche in diesem Fall mild ausgeprägt war. Die deutliche Formveränderung des knöchernen Schädels („lemon sign") ist typisch für das Krankheitsbild. Der Beginn des Defektes an der Wirbelsäule wurde auf Höhe L4 lokalisiert.
Die Eltern wurden in einem ausführlichen Beratungsgespräch über die Erkrankung ihres Kindes aufgeklärt. Es wurde dargelegt, dass es sich hierbei um die häufigste Fehlbildung des zentralen Nervensystems handelt, welche mit dem Leben vereinbar, jedoch mit deutlichen Einschränkungen für das Kind verbunden ist. Je nach Höhe des Defektes muss mit einer Lähmung der unteren Extremitäten unterschiedlichen Schweregrades sowie mangelnder bis fehlender Kontrollierbarkeit der Blasen- und Darmentleerung gerechnet werden. Die Entwicklung eines Hydrocephalus macht zumeist die Ableitung des Liquors über einen ventrikuloperitonealen Shunt notwendig.
Den Eltern wurde das übliche Procedere der postpartalen chirurgischen Versorgung des Neuralrohrdefektes erklärt. Ebenso wurden sie über die Möglichkeit einer präpartalen fetalchirurgischen Therapie aufgeklärt. Das Kinderspital Zürich unter der Leitung von Prof. Martin Meuli bietet eine pränatale Versorgung einer Myelomeningocele entsprechend der MOMS-Studie an. Basierend auf der Annahme, dass die freiliegenden neuralen Strukturen durch die langdauernde Exposition gegenüber dem Fruchtwasser progressiv geschädigt werden, gab es seit den 1980er Jahren die Überlegung durch einen vorgeburtlichen Verschluss des Defektes, das Outcome für die Kinder zu verbessern. Nach tierexperimentellen Studien und einzelnen Operationen an amerikanischen Zentren wurde schließlich 2003 eine großangelegte Studie in den USA initiiert („Management of Myelomeningocele Study" = „MOMS-trial") und die Ergebnisse 2011 im New England Journal of Medicine publiziert. Drei Zentren (Children's Hospital of Philadelphia, Vanderbuilt University, University of California at San Francisco) nahmen an der Studie teil, in die 200 Kinder eingeschlossen werden sollten. Die Studie wurde jedoch nach Therapie von 183 Kindern aufgrund der guten Ergebnisse in der Gruppe der Kinder, welche intrauterin therpapiert wurden, vorzeitig gestoppt. Diese Kinder brauchten nur halb so oft einen Shunt; es fand sich eine deutlich bessere motorische Aktivität und verglichen mit der postnatal therapierten Gruppe konnten doppelt so viele Kinder im Alter von 30 Monaten alleine gehen. Die

Komplikationen der intrauterinen Therapie waren insbesondere Frühgeburtlichkeit und Uterusdehiszenz zum Zeitpunkt der Entbindung.
Nach dem Gespräch mit Mutter und Vater organisierten wir auf deren Wunsch ein persönliches Beratungsgespräch im Universitätsspital Zürich. Es wurden hier mehrfach und interdisziplinär sämtliche fetale und maternale Vor-/Nachteile und Risiken der prä- und postpartalen Behandlung besprochen. Die Eltern entschieden sich schließlich für die intrauterine Operation ihres Kindes. Die als Voraussetzung für den Eingriff notwendige Karyotypisierung des Kindes ergab einen unauffälligen männlichen Chromosomensatz. Auch sonst fanden sich keine Ausschlusskriterien (keine weitere Fehlbildung, kein hohes Risiko bzw. Anamnese für Frühgeburtlichkeit oder Plazentalösung, keine vorangegangene Hysterotomie im aktiven Uterinsegment, BMI <35). Im November 2012 wurde die Mutter schließlich in der 22+3 SSW interdisziplinär in Zürich operiert. Es erfolgte eine quere Laparotomie, Uterotomie und der offene fetalchirurgische Verschluß der MMC mittels Duranaht und artificial skin patch. Der Eingriff verlief für Mutter und Kind problemlos. Nach zweiwöchigem Aufenthalt am Universitätsspital Zürich wurde die Mutter an unsere Klinik transferiert und war bei uns noch vier Wochen zur Observatio stationär. Anschließend erfolgten wöchentliche ambulante Kontrollen. Sie erhielt durchgehend eine orale Tokolyse mit Nifedipin. Es kam zu keinerlei Komplikationen. Beim Kind fand sich immer eine normale Fruchtwassermenge. Die Kopfform normalisierte sich zunehmend, das Kleinhirn fomierte sich und die Cisterna magna wurde darstellbar. Es kam zu keiner Ventrikelerweiterung. Die geplante Sectio erfolgte im Februar 2013 bei 37+0 SSW. Im Alter von zwei Monaten findet sich beim Kind eine gute Beweglichkeit der Beine, es braucht keinen Shunt und die Narbe am Rücken ist gut verheilt.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Chorionzottenbiopsie	126	119	85	89	89	87	71	75
davon pathologisch	18 (14%)	15 (13%)	11 (13%)	11 (12%)	17 (19%)	18 (21%)	13 (18%)	11 (15%)
Genetische Amniocentese	45	40	30	36	21	23	31	38
davon pathologisch	6	6	4	7	1	7	5	5
Chordocentese	2	1	0	5	5	7	11	5
Intrauterine Bluttransfusion	11	7	0	3	6	5	6	4
Punktion fetaler Organe	7	5	0	5	3	0	1	0

3.3. Gynäkologie

Siegfried Fessler

Alexandra Ciresa-König

Stephan Kropshofer

Elisabeth Sölder

Andreas Widschwendter

Christine Brunner

Nihal Net

Eva-Maria Strobl

Christine Weger

Elisabeth Zangerl

Michaela Federspiel

Bettina Geiger-Wiedermann

3.4. Onkologie

(Dr.in Samira Abdel Azim)

Alain G. Zeimet

Elisabeth Abfalter

Caroline Brunner

Michaela Peer

Anouk Wagener

Petra Wiesbauer

Johanna Salzer

Hildegard Wegscheider

Das Endometriumkarzinom ist der häufigste Tumor des weiblichen Genitaltraktes in den westlichen Industrieländern. Obwohl mehr als 75% der Fälle schon in frühen Stadien diagnostiziert werden, sterben jährlich 42.000 Frauen weltweit an den Folgen dieser Erkrankung. In Österreich liegt die Rate an Neuerkrankungen pro Jahr bei ca. 12 pro 100.000 Frauen. Der Großteil der Endometriumkarzinome sind endometrioide Adenokarzinome (~90%), die üblicherweise mit einer guten Prognose einhergehen. Trotzdem gibt es ein Kollektiv an Patientinnen, das trotz frühen Tumorstadiums und entsprechender Therapie ein Rezidiv erleidet und einen ungünstigen Krankheitsverlauf zeigt.
Vor einigen Jahren wurde man auf das Molekül L1, als neuen Biomarker aufmerksam, da es von bestimmten menschlichen Tumorzellen exprimiert wird. L1, auch L1-CAM (CD171) genannt, gehört zur Gruppe der Zelladhesionsmoleküle und ist ein transmembranes Glykoprotein, das in wichtige Funktionen in der Entwicklung des Nervensystems eingebunden ist.
Fogel et al. (1) konnten erstmals zeigen, dass die Expression von L1 in endometrioiden Adenocarzinomen mit einem deutlich schlechteren Gesamtüberleben ($p<0,0001$) einhergeht. Des Weiteren fand man bei nahezu allen L1 positiven Patientinnen einen ungünstigeren Krankheitsverlauf und eine hohe Rezidivwahrscheinlichkeit. Die prognostische Relevanz von L1 Expression im Tumor konnte kürzlich durch eine Multicenterstudie (Zeimet et al., JNCI in press), in die mehr als 1.000 Patientinnen im FIGO Stadium I und II eingeschlossen wurden, belegt werden. Hier wurde gezeigt, dass bei Patientinnen im Figo Stadium I, neben dem Alter bei Diagnose, lediglich die L1-CAM Expression sowohl das rezidiv freie als auch das Gesamtüberleben signifikant beeinflusst ($p<0,0001$). Zusätzlich wiesen L1 positive Patientinnen eine Hazard Ratio von über 15 bezüglich Rezidivwahrscheinlichkeit im Vergleich zu L1 negativen Patientinnen auf.
Aktuell besteht die Behandlung des frühen endometrioiden Endometriumkarzinoms hauptsächlich aus einer chirurgischen Therapie mit einer abdominalen Hysterektomie, der beidseitigen Salpingoovarektomie, sowie je nach „risk" Klassifikation, in einer pelvinen und paraaortalen Lymphonodektomie. Eine anschließende adjuvante Bestrahlung richtet sich nach der definitiven Tumorausdehnung. Die Studienergebnisse von Fogel et al. sowie die der Multicenterstudie von Zeimet et al. führen zu der Annahme das L1 positive Patientinnen auch in einem frühen Stadium der Erkrankung von einer aggressiveren Therapie im Sinne einer zusätzlichen Chemotherapie im Hinblick auf rezidiv freies- und Gesamtüberleben profitieren können.

3.5. Brustzentrum der Frauenheilkunde im Rahmen des BrustGesundheitZentrum Tirol

(OA Dr. Michael Hubalek)

Michael Hubalek

Daniel Egle

Samira Abdel Azim

Theresa Czech

Doris Huemer

3.6. Biochemisches Labor

(Ass.-Prof.in PDoz.in Mag.a Dr.in Heidi Fiegl)

Der Schwerpunkt unseres Labors liegt in der Durchführung von wissenschaftlicher Forschung. Die Routineanalysen beschränken sich auf die Bestimmung von Tumormarkern. In den vergangenen Jahren stieg die Anzahl dieser Routineanalysen kontinuierlich an (2009: 9.609, 2010: 10.089, 2011: 11.682, 2012: 12.465).
Die Ergebnisse unserer wissenschaftlichen Forschung sollen in weiterer Folge zu einer Verbesserung von Diagnostik und Therapie bei Krebserkrankungen führen.
Ein gutes Beispiel hierfür sei gleich zu Beginn dargestellt: Das humane Epididymis Protein (HE) 4 ist in der Zwischenzeit neben dem Tumormarker CA125 ein anerkannter Marker beim Ovarialkarzinom geworden. Dass allerdings HE4 auch als unabhängiger prognostischer Marker beim Endometriumkarzinom zum Einsatz kommen kann, hat die Forschungsgruppe von Dr.in Irene Mutz Dehbalaie 2012 herausgefunden und im Fachjournal Gynecologic Oncology publiziert.
Insgesamt konnten im Laufe des Jahres 15 Publikationen in renommierten Journalen publiziert werden mit 61,326 Impactfaktor-Punkten.

Im Folgenden werden die einzelnen Arbeitsgruppen und eine Auswahl ihrer Projekte dargestellt:

- Die Arbeitsgruppe um A. Univ.-Prof.in Dr.in Nicole Concin beschäftigte sich mit der Bedeutung von p73 Isoformen und von p53 für Prognose und Therapiesensitivität beim Ovarialkarzinom. Ergebnisse aus diesen Untersuchungen wurden 2012 auch publiziert.

Doz.in Fiegl (1.vl) mit ihrem Team

- Die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Günter Daxenbichler beschäftigte sich mit der Brust als endokrinem Organ im Rahmen der sog. BREO-Studie, sowie mit der Rolle von Östrogenen und Progesteron.
- Die Arbeitsgruppe von Dr.in Irene Mutz-Dehbalaie beschäftigte sich mit der Analyse von HE4, einem Ovarialkarzinom Tumormarker, im Serum von Endometriumkarzinompatientinnen, sowie bei Schwangeren. Die Ergebnisse der Endometriumkarzinomstudie wurden 2012 publiziert, wie eingangs schon erwähnt wurde.
- Die Arbeitsgruppe um PDoz. Dr. Daniel Reimer und A. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet konzentrierte sich weiterhin auf die Untersuchung von E2F-Transkriptionsfaktoren in Abhängigkeit von Wachstumsfaktoren und den Nachweis und die Charakterisierung von Tumorstammzellen im Ovarialkarzinom. Interessante Erkenntnisse dieser Arbeiten konnten auch 2012 publiziert wurden. Ab Juli 2012 wurde das Stammzellprojekt im Rahmen der 2. Oncotyrolphase weitergeführt.
- Die Forschungsgruppe von Ass.-Prof.in PDoz.in Mag.a Dr.in Heidi Fiegl beschäftigte sich mit folgenden Projekten:
  Im Rahmen des K1 Oncotyrol Projektes 3.2 „Brustkrebs-Metastasenrisiko" konnten durch die exzellente Zusammenarbeit mit dem Brustteam rund um OA Dr. Michael Hubalek weitere Patientinnen in die Studie mit eingeschlossen werden. Ziel dieser Studie ist es, neue Biomarker zur Metastasierungsrisikoabschätzung bei Brustkrebspatientinnen zu identifizieren. Interessante Erkenntnisse dieser Arbeiten konnten auch 2012 publiziert wurden.
  Das K1 Oncostartprojekt 3.7 beschäftigt sich mit der Biomarkeridentifizierung beim Ovarialkarzinom. 2012 konnten an Gewebeproben von Ovarialkarzinompatientinnen, gesunden Patientinnen und Gewebeproben von Tuben gesunder Patientinnen unterschiedliche DNA-Methylierungsmarker identifiziert werden.
  In Zusammenarbeit mit der Firma Protagen AG wird daran gearbeitet, spezifische Auto-Antikörper im Serum von Mammakarzinom-, bzw. Ovarialkarzinompatientinnen zu identifizieren.
  In einer Kooperation mit dem Anästhesisten Priv.-Doz. Dr. Philipp wurde eine DNA-demethylierende Wirkung des Lokalanästhetikums Lidocain in den Brustkrebs-Zelllinien BT-20 und MCF-7 nachgewiesen. Diese Erkenntnisse konnten 2012 auch publiziert werden.
  Für das K1 Oncotyrol Projekt 2.5 „Atemluftanalyse für die Diagnose von Brustkrebs" (Prof. Christian Marth, Dr.in Ingrid Kohl, Oncotyrol GmbH), welches mit unserem Kooperationspartner Ionimed-AG durchgeführt wird, konnten im Laufe des Jahres 2012 weitere Patientinnen eingeschlossen werden. Die Patientenrekrutierung wurde Mitte 2012 abgeschlossen.

Im Juni 2012 wurde die erste Oncotyrolphase abgeschlossen, im Juli 2012 startete die zweite Oncotyrolphase, die Juni 2015 enden wird. Die Oncotyrol-Projekt 3.2 und Projekt

3.7 werden in der 2. Oncotyrolphase (2012-2015) in einem Projekt weitergeführt.
Die Pflege und Erweiterung der Serumbank wurde auch 2012 wieder mit größter Sorgfalt betrieben. Die Serumbiobank, welche aus Restproben von Patientinnen, welche einer weiteren wissenschaftlichen Nutzung ihrer Proben zugestimmt haben, besteht, stellt einen zentralen Bestandteil des Labors dar. Derzeit sind ca. 250.000 Serumproben von über 4.000 Patientinnen (ca. 100.000 Blutabnahmen) gelagert. Mithilfe der gesammelten Serumproben konnten in der Vergangenheit bereits zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten (u. a. die oben erwähnte HE4-Studie) erfolgreich durchgeführt werden.
Das Qualitätsmanagement der beiden Labore der Frauenklinik (Klinische Biochemie und Morphologisches Labor) wurde im Rahmen eines internen und eines externen Audits auch 2012 wieder überprüft und für sehr gut befunden.

3.7. Klinische Studien

(Dr.in Mag.a Regina Berger)

AGO Studienzentrale

Die AGO Studienzentrale (Studienzentrale der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie) wurde vor 10 Jahren gegründet und kann auf eine sehr aktive und erfolgreiche Zeit zurückblicken. Die Hauptaufgaben der Studienzentrale sind es, Patientinnen in gynäkologischen Studien im Rahmen der Aufgaben einer Study Nurse zu betreuen und

Das Team der AGO-Studienzentrale (vl Leiterin Dr.in Mag.a Regina Berger, Mag.a Angela Riha, Michaela Scherb) und (2.vr) Dr.in Justine Angerer, Tumordatenbank

AGO-Studien administrativ zu verwalten und auch österreichweit zu koordinieren.
Was sind AGO-Studien? Ob eine klinische Studie als AGO-Studie durchgeführt wird, beschließt der wissenschaftliche Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie (WAAGO) nach eingehender Prüfung einer für die Durchführung in Österreich vorgeschlagenen Studie. Dann wird den AGO-Zentren österreichweit die Möglichkeit gegeben, an der Studie teilzunehmen. Die Koordination, logistische Durchführung, Einreichung bei den zuständigen Behörden und die finanzielle Organisation wird von der AGO Studienzentrale durchgeführt. Die AGO Österreich zählt derzeit 28 gynäkologische Abteilungen bzw. Studienzentren, die von der AGO-Studienzentrale betreut werden, wobei die Frauenheilkunde der Medizinischen Universität Innsbruck eines der größten Studienzentren in Österreich im Bereich der gynäkologisch-onkologischen Studien darstellt. Die Studienkoordination für andere österreichische Zentren bedeutet zwar für Innsbruck einen höheren administrativen Aufwand, gleichzeitig gibt es aber Patientinnen die Möglichkeit, auch in kleineren Häusern österreichweit bei internationalen, großen und bahnbrechenden klinischen Studien teilzunehmen.
Die AGO Österreich stellt heute eine professionelle Studiengruppe dar, die in der klinischen Forschung international maßgeblich mitwirken kann. In den letzten Jahren zählte die Eingliederung der AGO Österreich in die GCIG und die ENGOT wohl zu jenen Errungenschaften, die es uns ermöglicht haben, ein wichtiger Partner in der globalen Studienlandschaft zu sein. Gemeinsam mit den internationalen Studiengruppen können wir heute zahlreiche Projekte verwirklichen, die als nationale Gruppe allein nicht möglich wären. Die Zusammenarbeit mit anderen Studiengruppen führt zu einem regen Austausch von Wissen und Know-how auf der Ebene der Medizinwissenschaft und auch der Studienkoordination bzw. des Studienmanagements.
Als Projekt der Universität Innsbruck und der Frauenklinik wird die Studienzentrale über Drittmittel und die Einnahmen aus kommerziell gesponserten Studien finanziert. Mit diesen Mitteln wird nicht nur die Durchführung akademischer Studien – also nicht von der Industrie direkt gesponserte Studien – ermöglicht, auch MitarbeiterInnen bei klinischen Studien (Study Nurses und StudienkoordinatorInnen) werden bezahlt. Diese MitarbeiterInnen sind nicht nur in der AGO Studienzentrale in Innsbruck beschäftigt, sondern es werden zusätzlich auch Study Nurses an anderen österreichischen AGO-Zentren mitfinanziert.

Personelle Veränderungen
2012 gab es in der AGO Studienzentrale personelle Veränderungen:
Am 31.12.2012 ging unsere langjährige Kollegin in der Studienzentrale Dr.in Johanna Ulmer in den wohlverdienten Ruhestand. Sie war maßgeblich am Aufbau der Studienzentrale an der Frauenheilkunde beteiligt und hatte seit Mitte 2011 interimsmäßig die Leitung der AGO Studienzentrale inne.

An dieser Stelle ein herzliches Danke an Hanni für ihre jahrelangen Verdienste für die Studienzentrale der Frauenheilkunde!
Seit Mai 2012 bin ich, nach meiner Arbeit als PostDoc im Bereich der Krebsforschung, im AGO-Team und freue mich sehr auf diese interessante und spannende Aufgabe. Seit August 2012 verstärkt zusätzlich Mag.ª Angela Riha die AGO Studienzentrale in Innsbruck. Das Team in Salzburg wird seit Juli 2012 von DGuKS Cathrin Blasl als Nachfolgerin von DGuKS Barbara Frohnwieser unterstützt.
Räumlich sind wir aus Platzgründen 2012 in das ehemalige Marienheim, Maximilianstr. 43, 3. Stock übersiedelt. Dort konnten wir ein großes Büro und große Lagerflächen beziehen, die Raum für die umfangreichen Mengen an Dokumenten, die bei klinischen Studien generiert werden, geben. Denn jegliche Unterlagen zu klinischen Studien müssen mindestens 15 Jahre aufbewahrt werden, was natürlich räumlich mit der Zeit ein großes Problem darstellt und somit bis auf weiteres gelöst sein sollte.

good clinical practice
Generell gibt es im administrativen Bereich schon seit einigen Jahren Umwälzungen. Die einheitliche, good clinical practice (GCP)-konforme Durchführung klinischer Studien wurde und wird immer wichtiger. Um diesen Erfordernissen gerecht zu werden, haben wir 2012 erstmalig im Rahmen eines WAAGO-Seminars eine kostenfreie, approbierte GCP-Schulung für MitarbeiterInnen an klinischen Studien aller AGO-Zentren durchgeführt. Diese Fortbildung wurde mit großem Erfolg und reger Teilnahme angenommen und wird daher auch in Zukunft wieder angeboten werden.
Etliche klinische Studien, die unter der Mitarbeit von AGO-Österreich-Zentren durchgeführt bzw. von der AGO Studienzentrale betreut wurden, wurden im Jahr 2012 beendet und 6 abgeschlossene Studien auch erfolgreich publiziert.
2012 befanden sich vier klinische Studien (Hector, VEG110655, BIBF, Lion) in der Nachbeobachtungsphase der Patientinnen und bei sieben weiteren Studien, wovon fünf nicht-interventionelle Studien waren, konnten Patientinnen erfolgreich eingebracht werden.

Rekrutierung offen
Derzeit sind folgende Studien für die Rekrutierung offen: Trinova 2 (Phase-III-Studie im platin-sensiblen oder -resistenten Ovarialkarzinom-Rezidiv und primären Peritoneal- bzw. Tubenkarzinom), Trinova 3 (Phase-III-Studie für FIGO III-IV Ovarial-, Peritoneal- oder Tubenkarzinom) und Desktop 3 (zusätzliches Tumordebulking vs. Chemotherapie allein beim Ovarialkarzinom-Rezidiv).
2012 war auch ein Jahr der Planung: Es wurden acht klinische Studien im Bereich von Endometriumkarzinom, Ovarialkarzinom und Brustkrebs vorbereitet und geplant. Diese werden alle im Jahr 2013 mit der Patienteneinbringung starten können.
Generell hoffen wir auch weiterhin, die Wissenserweiterung

in allen Bereichen der klinischen Studien vorantreiben zu können, damit auch in Zukunft zahlreiche Forschungsprojekte professionell und erfolgreich durchgeführt werden können. Denn es ist unser Ziel, gemeinsam mit den AGO-Zentren die internationale Präsenz der AGO Österreich zu steigern und den Anteil der in Studien befindlichen Patienten für Österreich zu erhöhen.

Wie gehabt ist die AGO Studienzentrale für alle Anfragen, Wünsche und Anregungen täglich von 8.00 – 16.00 unter den Telefonnummern +43(0)512 504 24132, -24142, -24162 und -80402 bzw. schriftlich jederzeit unter der allgemeinen E-Mail-Adresse **ago.studienzentrale@i-med.ac.at** zu erreichen.

Mammastudienzentrale

Die erfolgreiche Kooperation des BrustGesundheitZentrums (BGZ) der Frauenklinik Innsbruck mit der ABCSG-Studiengruppe besteht seit über 10 Jahren. Im Laufe dieser Zeit konnten wir uns immer wieder als eines der erfolgreichsten Zentren Österreichs bestätigen. 2012 waren sechs ABCSG-Studien (Studien 28, 32, 34, 18, 22R, 39) aktiv. Durch die hohe Anzahl der Patientinnen in Brustkrebsstudien und dem damit verbundenen Arbeitsaufwand wurde es nötig, das Aufgabengebiet des Studienpersonals aufzuteilen. Daher besteht seit geraumer Zeit eine funktionelle und auch räumliche Trennung der Study Nurses, die Brustkrebspatientinnen in klinischen Studien betreuen (Gebäude FKK, 2. Stock) und den Study Nurses und StudienkoordinatorenInnen der AGO Studienzentrale (Marienheim, 3. Stock), die hauptsächlich administrative Aufgaben inne haben und Patientinnen in gynäkologischen Studien betreuen. Brustkrebsstudien, die nicht von der Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group (ABCSG) ausgehen, werden von der AGO Studienzentrale administrativ vorbereitet und zum Teil mitbetreut, wie z. B. die Studien Tania, Peruse, Belle 3, NIS Abraxane und NIS XGeva, welche 2012 erfolgreich durchgeführt wurden. Die Ausführung aller Brustkrebsstudien und die Betreuung der in ihnen befindlichen Patientinnen erfolgen im BGZ der Frauenheilkunde und dem Team von OA Dr. Michael Hubalek und Mag.ª Carmen Albertini. Dass diese klinischen Studien so vorbildlich und erfolgreich durchgeführt werden, ist nur durch ihren unermüdlichen und vorbildhaften Einsatz möglich!

Auf Grund der stetig zunehmenden Patientenzahlen und dem damit verbunden Dokumentations- und Arbeitsaufwand wurden 2012 nicht nur die Räumlichkeiten geändert und vergrößert, auch personell hat das Team der Mamma-Studienzentrale einen Höhepunkt erreicht. Es verstärken nun Thomas Insam (April 2012), Johannes Eder (August 2012) und Gabriele Mauerhofer (Oktober 2012) das Mammastudienteam.

Gynäkologie und Geburtshilfe
Auch im Bereich der Geburtshilfe, initiiert von OÄ Dr.in Angela Ramoni, und in der Urodynamik, durch OA Dr. Stefan Kropshofer, wurden 2012 erfolgreich klinische Studien durchgeführt. Hauptaugenmerk in der Studie der Urodynamik war die hyperaktive Blase. Vor allem zwei Studien der Geburtshilfe brachten viele Patienten ein. Dies waren die Bonding-Studie, im Zuge derer die Entwicklung einer postpartalen Depression und des Schmerzempfindens nach einem Kaiserschnitt bzw. nach spontaner Geburt und im Wochenbett erfasst wurde, und eine weitere Studie, die sich mit Präeklampsie befasste.
Eine Auflistung aller klinischen Studien, die derzeit für die Patienteneinbringung an der Universitätsklinik für Gynäkologie und Frauenheilkunde Innsbruck offen sind, finden Sie auf der Homepage der Frauenklinik – www.frauenklinik.at.

3.8. Pflege

(PDL DGuKS Elisabeth Schmid)

Elisabeth Schmid

„Gesundheit ist einer der wichtigsten Werte der Menschen! Wird diese beeinträchtigt, entsteht ein zeitlich begrenztes oder ständiges Selbstfürsorgedefizit. Es ist die Aufgabe der Pflege Pflegebedürftige genau dann bedarfsorientiert zu unterstützen.
Die Ansprüche pflegebedürftiger Menschen an Pflegefachberufe haben sich enorm gewandelt – und gesteigert. Professionelles Handeln bedeutet heute mehr denn je, Rahmenbedingungen und Prozesse gestaltend zu beeinflussen." (aus: 80 Jahre Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Pressemeldung 9.4.13)

Am 17.4. nahm die Gynäkologie 3 an der Europäischen Pflegequalitätserhebung teil. Im Rahmen dieser Erhebung wurden von Stationsleitung und Oberschwester anhand eines standardisierten Fragebogens geprüft, ob und wenn ja, in welchem Ausmaß die Patientinnen der Gyn 3 von Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo oder Sturzereignissen sowie freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffen sind. Der Nutzen dieser Erhebung:
- Qualitätsentwicklung
- Feststellung von Präventionen und Maßnahmen
- Evaluation
- Fort-/Weiterbildung der Mitarbeiter
- Lernen von anderen

Für die im Rahmen der sanitären Aufsicht durchgeführte Einschau am 12.11.2012 mussten umfangreiche Vorbereitungen getroffen werden. Die Begehung erfolgte auf der Mutter-Kind-Station mit Kinderzimmer, der Gynäkologie 2, im Kreißsaal und in den Ambulanzen. Begutachtet wurden:
- Pflegedokumentation
- Medizinproduktegesetz

Höchst kompetente Betreuung und Pflege wurde den MitarbeiterInnen im Rahmen der landes- und bezirksbehördlichen, sanitären Einschau bestätigt.

- Personalbedarfsberechnung, Personaleinsatz
- Pflegeorganisation
- Mitarbeiterentwicklung

Laut Endbericht zeigten sich die MitarbeiterInnen der eingesehenen Bereiche während der Begehung und im Gespräch in Bezug auf ihre Einsatzgebiete fachlich versiert und bestens informiert. In Summe wurde uns ein erfreulich positives Gesamtzeugnis ausgestellt.

Personelles

DGuKS Annemarie Frank, langjährige Stationsleitung der Gyn 3 (und der ehemaligen Außenstation) hat sich mit 31.7.2012 in den Ruhestand begeben. Annemarie hat ihr Berufsleben schwerstkranken Menschen mit großem Einsatz und Fachwissen gewidmet. Sie hat ihr Team hochkompetent geführt, motiviert und durch schwierige Zeiten begleitet. Wir wünschen ihr viel Glück und Freude mit ihrer Familie.

Heb. Aurelia Föger, stellvertr. Stationsleiterin der Mutter-Kind-Station, hat die Ausbildung basales und mittleres Management positiv absolviert.

Mit Trauer im Herzen mussten wir uns im Juli 2012 von unserer ehemaligen Stationsleitung der Gynäkologie 1 DGuKS Fritz Christine verabschieden. Wir werden Christine nie vergessen.

4. Besonderes

4.1. MitarbeiterInnen-Kinder: geboren 2012

2012 wurden an der Frauenklinik 9 Kinder von MitarbeiterInnen geboren, 7 Buben, 2 Mädchen.

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

Name MitarbeiterIn	Bereich	Vorname Kind	Geb.-Datum
Dr.in Evelyn Weissenböck	Gynäkologie	Katharina Tiara	20.01.12
Dr.in Christine Weger	Onkologie	Simon	22.02.12
DGuKS Bianca Reifer	Mutter-Kind-Station	Matteo Benjamin Christoph	21.03.12
DGuKS Maria-Luise Mettler	Ultraschall	Marlene	01.05.12
DGuKS Sylvia Eineter	Gynäkologie 1	Gabriel	15.06.12
DGuKS Bettina Eva Erlsbacher	Mutter-Kind-Station	Julian Chrysanth	26.06.12
DGuKS Nadine Pfisterer	Endokrinologie	Lennard Peter	20.09.12
DGuKS Bernadette Stary	Mutter-Kind-Station	Paul	11.10.12
Dr.in Irene Mutz-Dehbalaie	Geburtshilfe	Anatol	22.11.12

4.2. Seit 2012 neu im Haus – herzlich willkommen

ÄrztInnen
03.12. Dr.in Caroline Brunner
03.09. Dr.in Sigrid Felderer
04.07. OÄ Dr.in Verena Weiskopf-Schwendinger
02.07. Dr.in Michaela Peer
02.07. Dr.in Nadija Engleder
02.07. Dr. Hans-Peter Krause
02.01. Dr.in Judith Schmitt-Rödhammer

PflegemitarbeiterInnen
03.12. Elisabeth Saxer, Heb., Schwangerenamb.
01.11. Martin Bauer, PfH, OP
08.10. Karin Kreidl, DGuKS, Brachyth.
01.10. Hannes Haid, PfH, OP
01.10. Sabrina Wild, DGuKS, MuKi
01.10. Maria Schreier, DGuKS, Gyn1
01.10. Judith Steiner, DGuKS, Endokrino. Amb.
01.10. Maria Bortolotti, Heb., Schwangerenamb.
01.07. Claudia Ciresa, PfH, Kreißsaal
16.04. Nina Raggl, DGuKS, Sono
02.04. Miriam Venier, DGuKS, Gyn2
01.04. Angelika Bauer, DGuKS, Sono
01.04. Manuela Buxbaum, DGuKS, Sono
01.01. Christian Sprung, Morpholog. Lab.

Migrant Girl's Day am 26.4.2012 – Jugendliche besuchen die Frauenklinik. Sie lernen an diesem Tag die Berufe Biomedizinische Analytikerin, Hebamme, Diplom(Kinder)Krankenschwester und verschiedene Lehrberufe kennen.

weitere
01.11. Gabriel Farrokhy, Doku-Admin.
01.11. Manuel Özsu, Doku-Admin.
16.10. Gabi Mauerhofer, Mamma-Studienz.
21.09. Phillip Holzner, Lehrling
03.09. Stephanie Koholka, Lehrling
03.09. Lara Berisha, Lehrling
01.08. Johannes Eder, Brustamb
01.08. Mag. Angela Riha, AGO-Studienz.
02.05. Mag. Dr. Regina Berger, AGO-Studienz.
01.04. Thomas Insam, Mamma-Studienz.
15.03. Martina Klingenschmid, Schreibbüro
02.01. Magdalena Niederkircher, Lehrling

4.3. Facharztprüfung bestanden – wir gratulieren!

Am 15.6.2012 haben die Facharztprüfung erfolgreich bestanden: (von links)
Isolde Strobl, Anouk Wagener, Susanne Taucher, Elisabeth D'Costa (Grubinger), Astrid Berger

4.4. PDoz. OA Dr. Daniel Reimer – Habilitation am 26.4.2012

Zellzyklusregulatoren (E2F-Familie) im Ovarialkarzinom
E2F Transkriptionsfaktoren sind maßgeblich an der Regulation des Zellzyklus beteiligt und modulieren darüber hinaus wichtige Gene, welche für die Proliferation, die DNA-Synthese und die Apoptose relevant sind. Deregulation von sowohl proliferations-induzierenden (E2F1 – E2F3a), als auch – inhibierenden (E2F3b – E2F8) Isoformen wurden in unterschiedlichen Tumorentitäten detektiert. In diesem Zusammenhang scheint der aktivierenden Isoform E2F3a das größte *„onkogene Potential"* zuzukommen. Im Ovarialkarzinom wird E2F3a über Epidermal Growth Faktor (EGF) vermittelte Signaltransduktion im Sinne einer Expressionsinduktion reguliert. Dabei führt EGF-Rezeptor Aktivierung zu einer Änderung der Balance zwischen den beiden antagonistisch wirkenden Interferon-Regulatory Factors (IRF)-1 und IRF-2 zugunsten von IRF-2. Dieser EGF-E2F3a Achse wird zudem dadurch Rechnung getragen, dass aktivierter EGF-R mit E2F3a mRA Expression auch in vivo korreliert. Eine hohe E2F3a Expression war darüber hinaus relevant für die Prognose des Ovarialkarzinoms, gezeigt in einem retrospektiven Kollektiv von 130 Patientinnen. Neben der oben erwähnten EGF-E2F3a Achse existieren alternative, EGF-R unabhängige Mechanismen der E2F3a Regulation im Tumor, wodurch diese EGF-E2F3a Achse gleichsam umgangen wird. Epigenetische Regulation via Promoter Methylierung von miR-34a, welche ihrerseits E2F3a inhibiert, sowie 6p22 Genamplifikation sind zwei dieser Mechanismen.
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass E2F3a in der Tumorbiologie des Ovarialkarzinoms von entscheidender Bedeutung ist, wobei dessen Induktion über EGF-R vermittelte Signaltransduktion verläuft. Alternative, EGF-R unabhängige Mechanismen der E2F3a Regulation sind in der Lage diesen Pathway zu umgehen. Dies stellt eine mögliche Erklärung dafür dar, dass *EGF-targeted Therapie* beim Ovarialkarzinom bisher nur eingeschränkte Wirksamkeit zeigte.

4.5. PDoz. OA Dr. Matthias Scheier – Habilitation am 5.7.2012

Neue sonographische Marker zur funktionellen und strukturellen Beurteilung des Feten
Die Diagnose der fetalen Anamie ist nur durch Chordozentese moglich. Diese trägt jedoch ein Risiko von ungefähr 1% fur eine Fehl, Frühgeburt oder für den intrauterinen Fruchttod. Aus diesem Grund ist die Abschätzung des Risikos einer fetalen Anämie wünschenswert. Bei fetaler Anämie reagiert der Fetus mit einer Kreislaufadaptation. Durch die verminderte Blutviskositat kommt es zur Zunahme der Blutflussgeschwindigkeit und damit zum Anstieg der peak systolic velocity. Durch Untersuchung von 813 normalen Feten haben wir Referenzwerte für die Arteria cerebri media peak systolic velocity (ACM PSV) zwischen der 20. und 40. Schwangerschaftswoche erstellt und bei 58 Feten mit maternaler Alloimmunisierung eine lineare Korrelation zwischen den Hamoglobinwerten und der MCA PSV, jeweils ausgedrückt als Δ Wert, gefunden. Mit einem cutoff Wert von Mittelwert (MW) – 6 SD für die fetale Hämoglobinkonzentration und von MW + 1,5 SD fur die MCA PSV ist dieser Test gut zur Vorhersage einer schweren fetalen Anämie geeignet.
https://www.imed.ac.at/universitaet/universitaetsleitung/rektor/habilitation/habilitierte/Scheier-Zusammenfassung.pdf

4.6. Christine Kühnl (geb. Fritz)

In Erinnerung an DGKS Christine Kühnl, geb. Fritz
gestorben, am 11. Juli 2012

Christine schloss ihr Diplom zur Gesundheits- und Krankenschwester 1993 am AZW in Innsbruck ab. Ihre berufliche Laufbahn begann im Oktober 1993 an der Universitätsklinik Innsbruck auf der allgemeinen Chirurgie Frauenstation.
Nach fast zwei Jahren wechselte sie auf die Gynäkologie 1, wo sie bis zuletzt beschäftigt war.
Christine war stets bemüht sich in der onkologischen Pflege fortzubilden und weiterzuentwickeln und setzte sich sehr für die Bedürfnisse und Belange ihrer zum Teil schwer kranken Patientinnen ein. In diesem Sinne machte Christine die Stomaausbildung und betreute und beriet Patientinnen in diesem speziellen Bereich. Da sie auch Führungspersönlichkeit bewies und sie sich sehr für Managementaufgaben interessierte, übernahm Christine im Jänner 2003 die Stelle als Stationsleitung auf der gynäkologischen Privatstation. Durch die Absolvierung des Basalen und mittleren Managements 2004 rüstete sie sich für die herausfordernde Position als leitende Stationsschwester.
Das Wohlergehen und ihr Bemühen um die Patientinnen gingen weit über ihre beruflichen Verpflichtungen hinaus. Christine erkannte, dass Patientinnen neben der medizinischen

Behandlung auch „Balsam“ für die Seele und für das äußere Erscheinungsbild brauchten, denn Operationen, Chemotherapien und Bestrahlungen hinterlassen ihre Spuren und verändern den Körper. So nahm sie im Jahr 2006 das Projekt „Attraktiv und selbstbewusst trotz Chemotherapie“ in die Hand. Durch ihre Begeisterung für das Projekt und durch ihre Initiative konnte sie weitere Personen für ihr Vorhaben gewinnen, die ehrenamtlich ihr Wissen und ihre Zeit zur Verfügung stellten. Durch Spendenaktionen konnte sie Utensilien wie Tücher, Schmuck und hochwertige Pflege- und Schminkprodukte von Firmen den Patientinnen gratis zur Verfügung stellen. Christine hat für krebskranke Patientinnen einen Ort geschaffen, wo sich Frauen nicht nur über Wickeltechniken von Kopftüchern, den Einsatz von Accessoires und Schminktipps professionell informieren konnten, sondern sie bot den Frauen auch die Möglichkeit, sich unter gleich gesinnten in einem geschützten Rahmen auszutauschen.
Ihr Wissen und ihre Erfahrung in der Betreuung und Begleitung von krebskranken Frauen sowie die Kunst, den betroffenen Frauen dabei zu helfen, sich als Frau attraktiv und selbstbewusst trotz Chemotherapie zu fühlen, teilte Christine mit Kolleginnen und Kollegen auf onkologischen Kongressen und Fachtagungen. Beeindruckend war es, dass Christine, obwohl sie inzwischen selbst von ihrer Erkrankung gezeichnet war, am AZW Vorträge in der onkologischen Weiterbildung für Pflegepersonen hielt und sie ihr Wissen weiter gab.
Ihre große Leidenschaft, vor allem in den letzten Jahren, galt dem Reisen. Mexiko, Sardinien, die Malediven und Italien waren einige Highlights. Höhepunkt ihrer Reisen war ihre Hochzeit mit ihrem langjährigen Lebenspartner im engsten Kreise ihrer Lieben im Jänner 2011 auf Jamaika.
Viel zu früh im 41. Lebensjahr mussten wir uns im Juli 2012 für immer von Christine verabschieden. Für uns war es eine emotionale Herausforderung Christine in ihren letzten Jahren zu betreuen, aber wir sind stolz darauf, dass wir sie begleiten durften.

Birgit Theurl, BSc

4.7. Unsere Lehrlinge sind führerscheintauglich!

(Celina Fink, Magdalena Niederkircher)

Unsere stolzen „Führerscheinbesitzerlnnen“ (vl) Phillip Holzner, Stephanie Koholka, Lara Berisha, Celina Fink, Monja Haitzmann. Sie hat inzwischen in den nächsten Bereich gewechselt, ebenso Lara. Anstelle von ihnen sind nun Magdalena Niederkircher und Manuela Köll an der Frauenklinik.

Der Lehrlingsführerschein wurde speziell von und für Lehrlinge der Frauenheilkunde gemeinsam mit den Lehrlingsverantwortlichen Mag.[a] Carmen Albertini, Maria Knoll, Prof.[in] Dr.[in] Elisabeth Müller-Holzner, Mag. Franz Preishuber, Brigitte Riml, Alfred Wieser und Monika Wolf erstellt. Von allen Abteilungen, in denen Lehrlinge beschäftigt sind, – BrustGesundheitsZentrum, Morphologisches Labor, Studienzentrale, Schreibbüro und Klinikleitung – werden die Aufgaben detailliert aufgelistet.
Jeder Lehrling dokumentiert im Lehrlingsführerschein seine erlernten Tätigkeiten. Nach Evaluierung durch die Lehrlingsverantwortlichen werden die erlernten Tätigkeiten bestätigt. Damit ist der Führerschein eine ausgezeichnete Dokumentation über alle erworbenen Kompetenzen.

4.8. Loas 2012

(Dr.in Christine Brantner)

Bereits zum 16. Mal fand im Berichtsjahr am ersten Wochenendende im Oktober der onkologische Alpengipfel der Frauenklinik im Alpengasthof Loas statt. In bewährter Weise wurden wieder mehrere onkologische Themen wissenschaftlich diskutiert, wobei drei Schwerpunkte zentral waren. Der erste Teil der Konferenz stand im Zeichen der aktuellen Forschung zur Tumorstammzelle, die weiteren Schwerpunkte waren den neuen Hypothesen der Genese des Ovarialkarzinoms und Möglichkeiten der Prophylaxe, sowie der Entwicklung im Bereich der Proteomics und Metabolomics gewidmet.

Es konnten auch dieses Jahr wieder viele namhafte VortragendeundTeilnehmerInnen aus dem europäischen Raum für diese interessante, wissenschaftliche Veranstaltung in den Tiroler Bergen gewonnen werden. Der Tagungsort war, weitab von einem typischen Konferenzhotel, wieder für alle bei besonders schönem Herbstwetter ein außergewöhnliches Erlebnis.

Zwei eifrige Loas-Teilnehmerinnen

Die Veranstaltung wurde von Prof. Christian Marth eröffnet mit einer erklärenden Einführung in die unterschiedlichen, doch teils sehr spezifischen Forschungsgebiete.

In der ersten Session zur Tumorstammzelle wurden zu Beginn neue Forschungsergebnisse zur Disseminierung und Heterogenität dieser Zellentität von Marija Balic aus Graz präsentiert. Anschließend wurde durch Matthias Christgen aus Hannover die Thematik der Side Population besprochen, Jiri Hatina aus Pilsen beleuchtete die Feinheiten der Tumorstammzelle. Die Session wurde von Jörg Wischhusen (Würzburg) mit dem Einfluss aktivierter zytotoxischer Immunzellen auf die Tumorstammzelle beim Mammakarzinom nach gewohnt lebhaften und interessanten Diskussionen beendet.

Zum wohlverdienten Abendessen wurde traditionell das berühmte Loas-Schnitzel serviert. Der anschließende „Festvortrag" wurde von den „Vaginas im Dirndl" gestaltet – ein musikalisches Kabarettprogramm mit anspruchsvollen und unterhaltsamen Eigenkompositionen in Mundart, Pop oder Volksliedform und einem Potpourri aus Klängen – durchwebt von interessanten, berührenden, manchmal schmerzlichen und zum Nachdenken anregenden Fakten über die Vagina, Vulva und die Sexualität der Frau. In einem bis zum letzten Bett belegtem Haus klang der Abend frühmorgens fröhlich mit Musik und Tanz aus.

Der Freitagvormittag war neuen Hypothesen der Genese des Ovarialkarzinoms gewidmet. Die Session wurde unter dem Vorsitz von Prof. Marth mit einem Vortrag über die Rolle der Tube beim Ovarialkarzinom von Johannes Dietl aus Würzburg eröffnet. Anschließend wurden Daten zur selektiven Salpingektomie von Ingo Runnebaum aus Jena vorgestellt. Peter Altevogt aus Heidelberg, ein immer wieder gerne gehörter Vortragender am Loas Symposium, präsentierte Ergebnisse zur L1 Expression in den Fimbrien und

Hans Dieplinger vom Institut für genetische Epidemiologie in Innsbruck stellte Afamin als neuen Tumormarker für das Ovarialkarzinom vor. Beendet wurde diese Session durch einen Vortrag von Sigurd Lax aus Graz über die neuen Konzepte der Pathogenese des Ovarialkarzinoms. Besonders dieses spannende Forschungsgebiet sorgte für rege Diskussionen und neu Kooperationen.
Bei wunderschönem Herbstwetter und herrlichem Bergpanorama nutzten viele TeilnehmerInnen die Mittagspause für eine Wanderung oder ein gemütliches Mittagessen in der Sonne, wobei der eine oder andere danach beinah nicht mehr rechtzeitig seinen Zug erreichte…
Auch für den abschließenden Themenbereich der Proteomics und Metabolomics am Freitagnachmittag konnten renommierte Vortragende gewonnen werden. Florian Kronenberg eröffnete die Sitzung mit einem Vortrag über die Suche nach Genen für komplexe Erkrankungen, wie bereits im Titel angekündigt, oft der Suche nach der berühmten Nadel im Heuhaufen gleicht. Thomas Hankemeier von der Universität Leiden stellte dann seine Forschungsarbeit zum Thema Metabolomics und ihren zukünftigen klinischen Stellenwert vor. Der Vortrag von Herbert Oberacher vom Gerichtsmedizinischen Institut in Innsbruck beleuchtete im Anschluss die Limitationen der Pharmakokinetik am Beispiel von Tamoxifen, ein Kooperationsprojekt mit unserem BrustGesundheitZentrum. Als interessanter Abschluss wurde von Katja Dettmer-Wilde über analytische Methoden für Metabolomics zum Studium des Tumor Metabolismus gesprochen.
Schon seit mehreren Jahren zeichnete sich der Onkologische Alpengipfel durch hochkarätige, wissenschaftliche überaus interessante Vorträge aus, die viel Stoff für Diskussion und Gedankenaustausch bieten. So wurden viele Diskussionen während und vor allem auch noch im Anschluss an die einzelnen Sitzungen geführt. Die persönliche und gemütliche Atmosphäre war für viele TeilnehmerInnen auch in diesem Jahr wieder ein besonderes Erlebnis, die viele neue Kontakte und Kooperationen ermöglichte.

Sina Heiß und Franziska Fleischanderl als „Vaginas im Dirndl“

4.9. Maltherapie

(Riedmann Margit, Mal- und Kunstherapeutin)

Seit 1999 gibt es die Maltherapie an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck in der Gynäkologischen Onkologie. Durch die Unterstützung von Univ.- Prof. Dr. Alain Zeimet wurde in der Tagesklinik der Gynäkologie 3 an zwei Nachmittagen ein Raum geschaffen, wo sich die Patienten in ihrem malerischen Ausdruck sicher fühlen können. Das Angebot richtet sich an alle stationären und ambulanten Patienten.
Als Maltherapeutin „begleite und unterstütze“ ich die Patientinnen, es werden keine Bilder von mir interpretiert. In der vertrauten Atmosphäre, lache ich mit den Patienten, trockne ihre Tränen und teile mit ihnen ihre Gefühle. Es geht nicht darum, „schön“ zu malen, sondern mit dem Bild in Ver-

Maltherapie an der Universitätsklinik – Bilder als Vermittler von Gefühlen

bindung zu sein. Zu beobachten wie sich das Malen auf den Gemütszustand auswirkt. Die Patienten werden ganz ruhig und genießen es, ohne Erfolgszwang sich dem hier und jetzt hinzugeben. Es entstehen Bilde, die die Patienten sehr berühren. Häufig folgt die Aussage „dass ich das kann, wusste ich vorher nicht." Freud und Stolz kommt auf. Diese Bilder werden dann gerne im Krankenzimmer aufgehängt, um sich weiter die Stimmung immer wieder herzuholen, oder Themen die unbewusst an die Oberfläche gekommen sind. Es zeigen sich die inneren Bilder, die sich durch die Farbspuren freisetzen.

Die Patientin ist dabei niemandem eine Erklärung schuldig. Aber das Bild kann ein Vermittler sein, um auszusprechen was im Moment sonst noch nicht möglich gewesen wäre. Die Krankheit anzunehmen, sich einem veränderten Körperbild zu stellen. Neue Perspektiven entwerfen, sich aktuellen Themen, die sich sehr oft zeigen, anzuvertrauen. Träume, die belasten, haben sehr gut in der Maltherapie ihren Platz und können gut aufgearbeitet werden.

Die Möglichkeit, Maltherapie in Anspruch zu nehmen, ist auch für bettlägrige Patienten gegeben. Gemalt wird mit einer Gruppe oder in der Einzeltherapie. Auch nach dem stationären Aufenthalt besteht die Möglichkeit,wöchentlich eine gewisse Zeit an der Maltherapie teilzunehmen. Das Angebot wird gerne von den Patienten angenommen, es hat sich in ihren Lebensbereichen ja einiges geändert. Sie entdecken durch das Malen entweder Zeit für sich selbst, oder es werden ganz gezielte Themen bearbeitet.

Für mich als Maltherapeutin ist immer wieder schön miterleben zu dürfen, dass für Patientinnen letztlich eine höchst wertvolle Begegnung mit sich selbst stattgefunden hat.

5. Klinisches Leistungsspektrum

Ambulanzen

Im Jahr 2012 wurden in den Ambulanzen der Frauenheilkunde über 35.000 Patientinnen versorgt, somit um über 1.000 mehr wie im Vorjahr, eine Steigerung um 2,9%. Die Anzahl der Frequenz und der Leistungen ist noch deutlicher gestiegen, die daraus erzielten Erlöse sogar um 7,0% gestiegen, die daraus erzielten Erlöse sogar um 7,0%.

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	32.819	32.591	33.562	34.717	35.721	1.004	2,9%
Frequenzen	97.891	97.799	99.038	99.399	105.359	5.960	6,0%
Leistungen	209.138	212.854	217.371	215.425	226.005	10.581	4,9%

Jährlich besuchen ca. 20 Gruppen die Frauenklinik und erhalten eine individuelle Führung im Haus.
Im Bild eine Gruppe der AK am 29.3.12 im Kreißsaal nach der Führung mit Hebamme Anna Ertl (2.v.l).

Stationen

2012 wurden über 6.500 PatientInnen stationär betreut. Ein deutlicher Rückgang zum Vorjahr, der aber durch die massive Steigerung bei den tagesklinischen Patientinnen (+40,9%) zu einer Gesamtsteigerung um 3,5% geführt hat.
Die Zahl der tagesklinischen Patientinnen ist seit 5 Jahren kontinuierlich gestiegen (+61,9%) sowie auch die Zahl der gesamten LKF-Punkte (+3,782.000 d.h. +18,8%)
.

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Systemisierte Betten	134	134	134	127,2	111	16	-12,7%
Patientinnen stationär	7.333	7.372	7.052	7.140	6.531	-609	-8,5%
Durchschnittl. Belagsdauer [ab2011] (Tage)	4,1	4,0	3,9	4,4	4,5	0,1	0,4%
Mitternachts-Auslastung (in %)	64,5	63,3	62,3	65,4	71,1	--	8,8%
Tages-Auslastung (in %)	84,3	83,5	82,6	81,5	85,4	--	4,7%
Patientinnen tagesklinisch	2.000	2.087	2.184	2.293	3.231	938	40,9%
Patientinnen Gesamt	9.333	9.459	9.236	9.433	9.762	329	3,5%
LKF-Punkte (in 1.000)	20.141	23.169	22.733	22.342	23.923	1.581	7,1%

Einzugsgebiet

stationäre und tagesklinische PatientInnen

Einzugsgebiet	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Gesamt	9.207	9.312	9.073	9.308	9.608	300	3,2
Tirol	**8.613**	**8.813**	**8.638**	**8.941**	**9.196**	**255**	**2,9**
Imst	548	568	516	489	546	57	11,7
Innsbruck - Land	2.697	2.821	2.950	3.074	3.207	133	4,3
Innsbruck - Stadt	3.380	3.359	3.138	3.197	3.337	140	4,4
Kitzbühel	378	341	298	385	425	40	10,4
Kufstein	506	517	461	386	429	43	11,1
Landeck	233	248	157	148	97	-51	-34,5
Lienz	85	118	103	112	91	-21	-18,8
Reutte	49	56	54	108	82	-26	-24,1
Schwaz	737	785	961	1.042	982	-60	-5,8
restliches Österreich	**230**	**195**	**194**	**174**	**189**	**15**	**8,6**
Burgenland	0	0	4	2	1	-1	-50,0
Kärnten	19	7	9	15	14	-1	-6,7
Niederösterreich	40	24	16	8	11	3	37,5
Oberösterreich	26	36	23	21	17	-4	-19,0
Salzburg	26	34	37	34	19	-15	-44,1
Steiermark	4	11	3	4	6	2	50,0
Vorarlberg	101	66	83	69	111	42	60,9
Wien	14	17	19	21	10	-11	-52,4
Ausland	**364**	**304**	**241**	**193**	**223**	**30**	**15,5**
Deutschland	33	34	22	26	37	11	42,3
Südtirol/Italien	305	235	203	149	165	16	10,7
Sonstiges Ausland	26	25	16	18	21	3	16,7

Altersstruktur

Der in den vergangenen Jahren klar feststellbare Trend, dass die über 70- und über 80-jährigen PatientInnen (in Summe) signifikant zunehmen, hat sich auch für 2012 wieder bestätigt. Die Anzahl ist in den vergangenen fünf Jahren um 25,9% gestiegen.

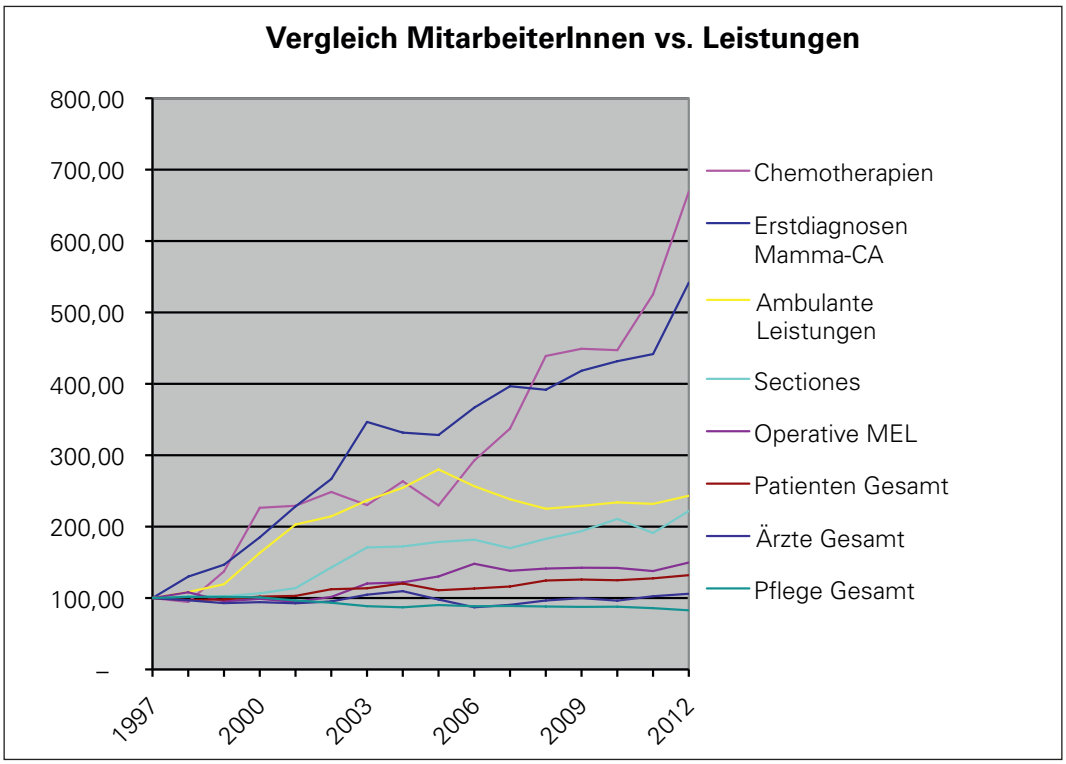
Stationäre und tagesklinische PatientInnen

Lebensalter in Jahren	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Gesamt	**9.207**	**9.312**	**9.073**	**9.308**	**9.608**	**300**	**3,2**
Alter von 0 - 19	324	269	194	209	190	-19	-9,1
Alter von 20 - 29	1.735	1.675	1.616	1.627	1.692	65	4,0
Alter von 30 - 39	2.303	2.184	2.221	2.177	2.138	-39	-1,8
Alter von 40 - 49	1.523	1.767	1.525	1.504	1.597	93	6,2
Alter von 50 - 59	1.127	1.293	1.408	1.462	1.539	77	5,3
Alter von 60 - 69	1.237	1.153	1.186	1.259	1.249	-10	-0,8
Alter von 70 - 79	752	738	703	814	957	143	17,6
Alter 80 und älter	206	233	220	256	246	-10	-3,9

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

MitarbeiterInnen

Die folgende Tabelle verdeutlicht den pflegerischen und ärztlichen Personalstand der Frauenklinik im Vergleich mit der Entwicklung der erbrachten Leistungen in den vergangenen 16 Jahren.



Ärztinnen im Gegenfach

Astrid Berger

Silvana Campei

Doris Huemer

Verena Porto

Anouk Wagener

Ärztinnen in Elternkarenz

Michaela Angerer-Dengg (50%)

Irene Mutz-Dehbalaie (100%)

Evelyn Weissenböck (100%)

Erlöse – Aufwand

	2008	2009	2010	2011	2012
Bundespersonalkosten in %	7,47	7,44	7,37	5,90	5,47
Landespersonalkosten in %	47,39	47,20	46,35	36,45	33,62
Sachkosten in %	30,42	31,03	31,08	26,49	26,23
Sekundärkosten in %	22,20	21,77	22,56	37,06	33,55
Gesamtkosten (Landespersonal-, Sach- und Sekundärkosten, Umlagen, AfA)	**21.741.045**	**22.432.659**	**23.294.467**	**29.817.474**	**32.669.483**
Veränderung zum Vorjahr	7,4%	3,2%	3,8%	28,0%[1]	9,6%
Gesamterlöse (Patienten- und sonst. Erlöse, klin. Mehraufwand, int. Leistungsverrechn.)	**21.742.292**	**23.239.347**	**23.574.760**	**23.325.703**	**30.682.922**
Veränderung zum Vorjahr	13,0%	6,9%	1,4%	-1,1%	31,5%
Drittmitteleinnahmen	**651.401**	**303.835**	**618.919**	**698.944**	**657.194**

[1] Ab 2011 bzw. 2012 haben wir einige wesentliche Änderungen in der Kostenaufstellung durchgeführt. So werden nun Umlagen und AfA in den Sekundärkosten und somit auch in den Gesamtkosten direkt einbezogen, ebenso die intern verrechenbaren Leistungen bei den Erlösen. Daher ist bei den Gesamtkosten nur eine bedingte Vergleichbarkeit mit den Vorjahren gegeben, nicht aber bei der prozentuellen Verteilung.

Der Medizinische Bedarf (€ 5,646.760,–) beträgt 65,9% der Sachkosten (€ 8,568.292,–). Vom Medizinischen Bedarf entfallen 74,93% (€ 4,231.334,–) auf Medikamente. Von diesen entfallen 78,75% (€ 3,332.325,–) auf Chemotherapeutika – seit 2005 ein anteiliger Anstieg um 16,98%, aber das 3,07-fache der absoluten Summe.
Die Gesamtkosten konnten seit 2003 erstmalig 2011 und 2012 real wieder gesenkt werden. Dies nicht zuletzt deshalb, weil es gelungen ist, einen höheren Anteil der Medikamenten-, vor allem Chemotherapiekosten über Studien zu finanzieren.
Besonders erfreulich ist die hohe Summe an Drittmitteleinnahmen in den vergangenen Jahren.

5.1. Ambulanz-Sprechstunden

Die Auflistung der Ambulanzen und Sprechstunden erfolgt in alphabethischer Reihenfolge. Die angeführten ÄrztInnen geben den aktuellen Stand (01.05.2013) 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. Dr. Andreas Widschwendter
DGuKS Regina Stadlmeir (Pflegeleitung für alle Ambulanzen und Sprechstunden)

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	10.180	8.950	8.449	8.317	8.929	612	7,4%
Frequenzen	19.382	17.944	17.539	16.748	18.016	1.268	7,6%
Leistungen	52.385	47.286	45.156	42.042	45.682	3.640	8,7%

5.1.2. BrustGesundheitZentrum-Sprechstunde

OA Dr. Michael Hubalek, OA Dr. Daniel Egle
Fr. Astrid Kluckner

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	2.389	2.585	2.745	2.956	3.230	274	9,3%
Frequenzen	6.464	7.055	7.601	8.321	9.429	1.108	13,3%
Leistungen	7.012	7.449	8.286	9.536	11.287	1.751	18,4%

Unser höchst engagiertes BGZ-Team (hinten vl) Sekr. Alfred Wieser, PfH Karin Valtingojer, Ord.ass. Astrid Kluckner, DGuKS Daniela Hösl mit (vorne vl) Leiterin Mamma-Studienzentrale Mag.a Carmen Albertini und Lehrling Monja Haitzmann.

5.1.3. Endokrinologie-Sprechstunde

OÄ Dr.in Stephanie Ziehr, OÄ Dr.in Bettina Böttcher,
a.Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka, OÄ Dr.in Beata Seeber
DGuKS Bernadette Mayr

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	2.692	2.846	2.611	2.477	2.500	32	1,3%
Frequenzen	10.050	12.160	11.545	11.324	12.913	1.672	14,9%
Leistungen	30.305	36.600	38.312	33.371	36.285	3.076	9,3%

5.1.4. Onkologie-Sprechstunde

A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet, Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Abfalter,
Dr.in Regina Nehoda
DGuKS Ingrid Pfleger

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	1.750	1.993	2.210	2.179	2.213	34	1,6%
Frequenzen	3.624	4.218	4.709	4.756	4.766	10	0,2%
Leistungen	11.519	12.252	12.317	12.003	10.768	-1.235	-10,3%

5.1.5. Schwangeren-Sprechstunde

OÄ Dr.in Angela Ramoni, Dr.in Johanna Tiechl
DGuKS Beatrice Wallasch

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	1.008	1.127	1.134	1.129	1.131	2	0,2%
Frequenzen	2.668	2.924	2.891	2.924	2.827	-97	-3,3%
Leistungen	10.449	12.633	14.061	16.017	14.764	-1.253	-7,8%

5.1.6. Ultraschall-Fetalmedizin

Ass.-Prof. Dr. Alexander Alge, Dr.in Susanne Jerabek-Klestil, Dr.in Isolde Strobl,
OÄ Dr.in Verena Weiskopf-Schwendinger
DGuKS Susanne Viertl

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	2.967	3.097	2.762	2.637	2.303	-334	-12,7%
Frequenzen	4.625	5.277	4.331	4.580	4.181	-399	-8,7%
Leistungen	8.277	9.625	9.869	14.513	14.008	-505	-3,5%

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.

5.1.7. Urodynamik

OA Dr. Stefan Kropshofer
DGuKS Anna Raml

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	309	274	343	418	460	42	10,0%
Frequenzen	490	449	597	773	771	-2	-0,3%
Leistungen	2.731	2.296	2.941	3.126	3.184	58	1,9%

5.2. Spezialsprechstunden

5.2.1 Dysplasie/KVF

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

5.2.2 Familiäre Malignome

OA Dr. Michael Hubalek
DGuKS Ingrid Pfleger

5.2.3 HIV

OA Dr. Stephan Kropshofer
DGuKS Regina Stadlmeir

5.2.4 Migrantinnen

Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Sölder, OÄ Dr.in Alexandra Ciresa-König
DGuKS 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: **A. Univ.-Prof.in Dr.in Elisabeth Müller-Holzner**
Leitende BMA: BMA Mag.a Martina Chamson

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.

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Gynäkolog. Zytologie	26.562	25.757	27.356	27.726	28.303	577	2,1%
Extragenitale Zytologie	530	472	507	457	426	- 31	6,8%
Histologie - Fälle	3.869	3.937	3.749	3.587	3.949	362	10,1%
Histologie - Schnitte		55.514	56.172	55.083	62.619	7.536	13,7%
Schnellschnitte	804	876	828	644	525	- 119	18,5%
Immun-histochemie	3.083	3.547	3.683	3.597	4.933	1.336	37,1%

5.3.2. Labor für klinische Biochemie

Leitung: **Ass.-Prof.in PDoz.in Dr.in Mag.a Heidi Fiegl**

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patienten	3.413	3.430	3.549	3.575	3.709	134	3,7%
Frequenzen	8.522	8.772	9.121	9.263	9.386	123	1,3%
Leistungen	9.480	9.609	10.089	11.684	12.466	782	6,7%

5.4. Physiotherapie

PTin Alice Hotter, PTin Patricia Walch

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	837	792	774	776	804	28	3,6%
Frequenzen	3.833	3.571	3.383	3.007	3.139	132	4,4%
Leistungen	5.747	5.472	5.041	4.452	4.664	212	4,8%

5.5. Sozialarbeit

DSA[in] Petra Hillebrand, DSA[in] Dodo Mahnke

	2008	2009	2010	2011	2012
Patientinnen insgesamt	**317**	**283**	**323**	**545**	**591**
Station/Ambulanz					
Tagesklinik	9	6	17	17	23
Kreißsaal	2	2	14	6	14
Brust Ambulanz	ges. 28	ges. 25	10	27	35
Onkologische Ambulanz			4	11	10
Allgemeine Ambulanz			6	4	2
Schwangeren Ambulanz			9	27	39
Mu-Ki	21	22	40	104	107
Gyn 1	25	21	24	42	52
Gyn 2	15	17	26	5	119
Gyn 3	184	163	116	184	252
Gyn 4	33	27	57	151	
Leistung					
Beratung	128	145	403	595	620
Pflegegeld	50	73	121	86	127
Organisation Pflege	ges. 65	ges. 64	26	30	50
Organisation Hebamme			12	29	25
Organisation Familien- / Heimhilfe			24	21	27
Beratung Angehöriger	80	78	58	80	90
Suche Heimplatz	20	15	4	8	2
Jugendwohlfahrt	48	40	22	51	55
Vermittlung in andere Beratungen	39	41	58	93	181
Sonstiges	101	124	93	190	526
Interna	15	15	25	31	35
Leistungen gesamt	**546**	**597**	**846**	**1214**	**1738**

Sonstiges: Wohnungssuche, Rezeptgebührenbefreiung, Pensionsanträge, Existenzsicherung, Spendengelder

Anmerkungen:

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

Ab März 2010 wurden die personellen Ressourcen von 20 auf 30 Wochenstunden erhöht, ab 1.3.2012 auf 40 Wochenstunden.

5.6. Geburtshilfe

ÄrztInnen: **OÄ Dr.in Angela Ramoni,** OÄ Dr.in Elisabeth D'Costa,
OÄ Dr.in Gudrun Windbichler
Oberhebamme: Dipl.Heb. Anna Harm

5.6.1. Hebammen-, Entbindungs- und Still-Sprechstunde

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 absolut	11-12 in %
Patientinnen	1.894	1.946	2.123	2.090	2.310	220	10,5%
Frequenzen	4.399	4.334	4.776	4.725	5.742	1.017	21,5%
Leistungen	31.528	32.352	32.291	29.650	31.308	1.658	5,6%

5.6.2. Geburtshilfe-Station

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 in %
Systemisierte Betten	8	8	8	7,7	7	-9,7%
Patientinnen	2.270	2.287	2.484	2.398	2.524	5,3%
Durchschnittl. Belagsdauer [ab2011] (Tage)	0,8	0,9	1,0	1,0	0,9	--
Mitternachts-Auslastung (in %)	76,3	82,4	89,0	86,8	88,6	--
Tages-Auslastung (in %)	89,4	93,2	100,0	97,3	99,0	--

5.6.3. Kreißsaal – Geburten

	2008	2009	2010	2011	2012
Kinder gesamt	1.941	1.987	2.133	2.090	2.239
davon Mädchen	933	955	1.035	1.008	1.039
davon Buben	1.006	1.031	1.098	1.069	1.200
Geburten gesamt	1.879	1.917	2.055	2.019	2.144
Einlingsgeburten	1.818	1.851	1.974	1.950	2.054
Zwillingsgeburten	60	62	78	67	85
Drillingsgeburten	1	4	1	2	5
Anonyme Geburten	2	2	1	3	1
Frühgeburten (<37+0 SSW)	278	325	364	305	377
Frühgeburten in	14,8	13,4	17,1	14,6	16,8
Geburtsgewicht < 2.500g	296	308	314	258	323
Geburtsgewicht < 1.500g	50	54	71	54	72
Sectiones gesamt	777	823	896	812	943
Sectiones in	41,4	41,7	42,3	38,9	42,2
Sectio BEL	110	146	133	129	154
vag. BEL	3	6	11	3	2
Episiotomie Erstpara	240	188	160	161	157
Episiotomie Mehrpara	93	48	67	41	53
Wassergeburt	181	166	220	233	158
Ambulante Entbindung	25	25	15	23	35
PDA b. vag. Geb.	288	219	210	218	210
SPA b. Sectio	745	795	806	721	729
Vollnarkose b. Sectio	37	48	90	91	110
NApH < 7,20	277	259	250	314	320
NApH < 7,10	18	32	45	41	55
azidotisch u. deprimiert (NapH < 7,20 u. APGAR 5 min < 7)	8	6	13	8	11
schwer azidotisch u. deprimiert (NapH < 7,10 u. APGAR 5 min < 5)	0	0	2	0	1
Transferierung Kinderklinik	229	230	255	231	292
Mortalität gesamt	18	21	21	23	15
ante partum	12	10	11	16	7
sub partum	2	4	3	2	2
bis 7. Tag	4	7	7	5	6

Im Berichtsjahr haben 2.144 Mütter 2.239 Kinder geboren. Das ist ein erfreuliches Plus von 7,1%, weit über dem Tiroler Durchschnitt und eine Steigerung um 15,5% in den vergangenen 5 Jahren.
2011 wurden an unserer Klinik 85 mal Zwillinge und 5(!) mal Drillinge geboren.

In Österreich lag die Zahl der Neugeborenen im Jahr 2012 mit 77.700 um 541 bzw. 0,7% über den Ergebnissen des Jahres 2011. In den Bundesländern Tirol (+2,6%) und Vorarlberg (+2,2%) stieg die Anzahl der Geburten im Jahr 2012 am deutlichsten. Mit etwas Abstand folgten die

Steiermark und Oberösterreich (je +1,5%) sowie Salzburg (+0,9%) und Kärnten (+0,2%). Nur die Bundesländer Wien (-0,4%), Niederösterreich (-0,3%) und Burgenland (-0,1%) meldeten leichte Geburtenrückgänge.
In Tirol gab es 6.815 Neugeborene im Jahr 2012 (+2,6%) gegenüber 6.724 im Jahr 2011, 6.819 im Jahr 2010, 6.636 im Jahr 2009, 6.703 im Jahr 2008 und 6.651 im Jahr 2007.
Die österreichweite Sectiorate liegt bei 30%, in fetalmedizinischen Zentren naturgemäß wesentlich höher, so auch an der Frauenklinik Innsbruck (42.2%).
7% der Kinder in Österreich hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500g, an der Frauenklinik, ebenfalls zentrumsbedingt, waren es 14,4%.
Weitere Details (wie geburtshilfliche Anästhesie, etc.) finden Sie im Geburtenregister Tirol (www.iet.at).

5.6.4. Station Mutter-Kind (Wochenstation)

ÄrztInnen: **OÄ Dr.in Gudrun Windbichler**
Stationsärztin: Dr.in Branka Firulovic
Pflegeleitung: DGuKS Luzia Köfler

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 in %
Systemisierte Betten	20	20	21,3	22	22	–
Patientinnen	1.505	1.564	1.721	1.677	1.739	3,7%
Durchschnittl. Belagsdauer [ab2011] (Tage)	3,9	3,8	3,8	3,62	3,57	–
Mitternachts-Auslastung (in %)	83,7	81,4	81,3	80,3	77,1	–
Tages-Auslastung (in %)	104,5	101,6	101,9	101,5	97,6	–

5.7. Pflegestationen Tageskliniken

Die durchschnittliche Verweildauer wurde mit 2011 auf durchschnittliche Belagsdauer (ohne tagesklinische bzw. 1-Tagesaufenthalte) umgestellt. Daher sind Belagsdauer, Mitternachts- und Tagesauslastung nur bedingt mit den Vorjahren 2008 bis 2010 vergleichbar.

5.7.1. Station Gynäkologie I (Sonderstation)

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

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 in %
Systemisierte Betten	22	22	20,7	20	20	–
Patientinnen	1.594	1.604	1.148	1.649	1.810	9,8%
Durchschnittl. Belagsdauer [ab2011] (Tage)	2,9	2,3	2,4	4,0	3,5	–
Mitternachts-Auslastung (in %)	57,0	50,5	51,9	59,6	55,7	–
Tages-Auslastung (in %)	76,5	71,9	72,6	82,3	80,0	–

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

5.7.2. 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 Judith Schmitt-Rödhammer
Pflegeleitung: DGuKS Belinda Posch

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 in %
Systemisierte Betten	29	29	29	28,5	26,9	-5,8%
Patientinnen	1.381	1.508	1.441	1.490	1.851	19,5%
Durchschnittl. Belagsdauer [ab2011] (Tage)	4,2	4,1	4,3	4,4	3,9	--
Mitternachts-Auslastung (in %)	57,1	63,2	63,1	56,6	67,3	--
Tages-Auslastung (in %)	69,4	77,3	76,7	70,4	85,2	--

5.7.3. Station Gynäkologie III (Onkologie + Mamma)

ÄrztInnen Onkologie: **A. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet**
Ass.-Prof.in Dr.in Elisabeth Abfalter, Dr.in Regina Nehoda
Stationsärztin: Dr.in Petra Wiesbauer
ÄrztInnen Mamma: **OA Dr. Michael Hubalek,** OA Dr. Daniel Egle
Pflegeleitung: DGuKS Annemarie Frank – DGuKS Tanja Posch

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 in %
Systemisierte Betten	21	21	21	21	21	--
Patientinnen	880	852	734	971	1.128	16,2%
Durchschnittl. Belagsdauer [ab2011] (Tage)	6,6	6,0	6,5	5,2	5,2	--
Mitternachts-Auslastung (in %)	77,7	69,7	65,5	66,5	77,9	--
Tages-Auslastung (in %)	89,0	80,8	75,0	79,0	91,8	--

(vl) Die junggebliebene und die neue Stationsleiterin von der Gynäkologie III – Annemarie Frank und Tanja Posch

5.7.4. Tagesklinik Gyn3

ÄrztInnen: **A. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet, OA Dr. Michael Hubalek**
Stationsärztin: Dr.in Johanna Salzer, Dr.in Hildegard Wegscheider
Pflegeleitung: DGuKS Annemarie Frank

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 in %
Systemisierte Betten	8	8	8	8	8	–
Patientinnen	1.868	2.005	2.138	2.279	2.362	3,6%
Tages-Auslastung (in %)	84,8	91,8	98,3	110,1	118,7	–

5.7.5. Tagesklinik Gyn4

ÄrztInnen: **OA Dr. Siegfried Fessler**
Stationsärztin: Dr.in Michaela Federspiel
Pflegeleitung: DGuKS Maria-Luise Holzknecht

	2008	2009	2010	2011	2012	11-12 in %
Systemisierte Betten					6	
Patientinnen					967	
Tages-Auslastung (in %)					71,4	–

Ein Teil der früher stationär durchgeführten operativen Eingriffe kann seit 2011 tagesklinisch angeboten. Dafür wurde die Tagesklinik Gyn4 mit 6 Betten neu geschaffen und am 15.12.2011 eröffnet.

5.8. OP-Statistik

Gesamtzahl	2008	2009	2010	2011	2012
Patientinnen	4.008	4.258	4.298	4.141	4.268
operative Eingriffe	5.152	5.044	5.061	4.981	5.194
MEL*	6.174	6.226	6.215	6.022	6.543

*Anzahl der verrechenbaren operativen Leistungen nach LKF

5.8.1. Gynäkologische Onkologie

5.8.1.1. OP bei Mammakarzinom

	2008	2009	2010	2011	2012
Mastektomien ohne Simultanaufbau	23	45	42	52	49
Skin-Sparing Mastektomien mit Simultanaufbau	52	54	58	112	97
Tumorektomien - brusterhaltende Operationen	171	139	188	171	214
Sentinel Lymphonodektomien	174	183	203	194	232
Axilladissektionen	66	80	92	96	71
Nachresektionen	22	21	30	37	30
Revisionen	8	5	5	5	7

5.8.1.2. OP bei Ovarialkarzinom

	2008	2009	2010	2011	2012
Abdominelle Hysterektomien + Debulking + Lymphonodektomien	59	54	57	78	89

5.8.1.3. OP bei Cervixkarzinom

	2008	2009	2010	2011	2012
Wertheim, einschl. laparoskopisch assistiert (DaVinci)	12	13	7	8	7
Lymphknoten Staging	24	17	16	13	9
Probeexzisionen, Initiierung der Strahlentherapie	22	16	17	10	22

5.8.1.4. OP bei Corpuskarzinom

	2008	2009	2010	2011	2012
Abdominelle Hysterektomien	18	19	18	17	20
LAVH	9	8	15	9	15
Wertheim	5	6	6	5	1
Abrasiones (ohne weitere operative Therapie)	1	1	1	0	2

5.8.1.5. OP bei Vulvakarzinom

	2008	2009	2010	2011	2012
Vulvektomien	10	11	15	10	13
Resektionen	11	9	13	10	11

5.8.1.6. Primäre Karzinome gesamt

	2008	2009	2010	2011	2012
Primäre Mammakarzinome	235	251	260	265	325
Primäre Ovarialkarzinome	42	40	41	52	39
Primäre Cervixkarzinome	40	33	29	25	16
Primäre Corpuskarzinome	38	33	45	33	39
Primäre Vulvakarzinome	9	8	9	13	14
Primäre Karzinome gesamt	364	365	384	388	433

5.8.1.7. Strahlentherapie

	2008	2009	2010	2011	2012
HDR (high dose rate)	140	76	83	134	50
VR (Vaginalrohr)	162	98	156	195	156

5.8.2. Gutartige Indikationen

5.8.2.1. Mamma

	2008	2009	2010	2011	2012
Mamma PE	90	108	105	89	107

5.8.2.2. Abdominale Operationen

	2008	2009	2010	2011	2012
Laparotomie bei Adnextumor	30	49	25	34	40
Sterilisation post partum	38	57	50	87	123
Laparoskopie – diagnostisch (1-2 Einstiche)	88	137	115	88	112
Laparoskopische OP (3-4 Einstiche)	568	463	405	314	319
Laparoskopische Sterilisation	28	28	17	30	21
Abdominale totale Hysterketomie	12	43	36	35	37
Myomexstirpation offen	11	7	5	12	9
Sektionarbendehiszenz	6	1	1	2	3
OP eines Scheidenblindsackvorfalles	1	2	1	1	4
davon Sacropexie/ Laparoskopie (Da Vinci)	1	1	0	1	4

5.8.2.3. Vaginale Operationen

	2008	2009	2010	2011	2012
Vaginale totale Hysterektomie (vt)	77	80	51	73	81
Totale laparoskopische Hysterektomie (TLH)		1	22	38	42
Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH)	42	33	14	17	10
vt mit vorderer und hinterer Kolporraphie (vt + v + h)	49	36	36	39	41
vordere und hintere Kolporraphie / Prolift	21	19	13	17	5
Tension free vaginal tape (TVT)	0	2	6	1	0
Tension free vaginal tape (TVT -o)	23	27	28	44	38
Bulkamid	5	4	4	0	0

Hysteroskopie + fraktionierte Abrasio	589	517	461	494	563
Abrasio bei Abortus	241	272	230	206	228
Messer Konisation	49	15	27	9	5
LLETZ Konisation (Elektroschlinge)	159	139	161	164	177
Cerclage	5	17	20	11	19
Hysteroskopische Operation	102	135	134	154	158
davon Septumdissektion	15	10	26	18	19
davon Myomentfernung	32	42	28	35	23
davon Hydrothermablatio (HTA), Therma Choice	29	67	66	89	98
Kolpektomie	1	3	1	1	6
Vulva PE	63	78	72	73	101
Laser	181	145	83	80	144
Marsupialisation	26	27	16	30	42

5.8.2.4. Revisionen

	2008	2009	2010	2011	2012
Bauchdecke	3	1	1	3	5
Intraabdominal	4	2	3	4	4
Mamma	8	5	5	5	4
Vulva/Vagina	2	5	10	5	7
Nachblutung nach Konisation	2	4	1	2	3
Gesamt	19	17	20	19	23

5.8.3. Geburtshilfe

	2008	2009	2010	2011	2012
Sectio	488	573	597	529	610
Re–Sectio	237	199	228	248	253
Sectio-Hysterektomie	2	4	0	2	3
Sectio Gesamt	**727**	**776**	**825**	**779**	**866**
Nachtastung	18	49	41	55	62
Manuelle Plazentalösung	52	68	80	80	86
Dammriss III./IV. Grades	27	23	37	40	46

Die obigen Sectio-Zahlen beim Pkt 5.8.3. beziehen sich auf die Anzahl der sektionierten Mütter. Die weiter oben unter Pkt. 5.6.3. angegebene Zahl bei Sectio gibt die Anzahl der Kinder an!

6. Qualität ist uns wichtig

6.1. Patientinnen-Zufriedenheit

(Mag. Josef Ascher, Qualitätsentwicklung – Befragungsmanagement)

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 seit 2006 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 abgegebenen Fragebögen (N) im Vergleich zur Gesamtzahl der stationären Patientinnen.

Kritikanteil: in %
(je niedriger, desto besser)
N: Anzahl der abgegebenen Fragebögen
R: Rücklaufquote bezogen auf Anzahl Entlassungen

Station	Jahr	Pflege	Ärztinnen	Weitere Berufe	Küche	Organisation & Technik	N	R
Gyn 1	2008	4,6	3,2	0,8	21,3	2,6	130	11
	2009	3,3	2,4	1,5	20,0	3,5	150	14
	2010	3,3	2,3	1,5	18,3	2,1	114	14
	2011	3,8	3,5	0,9	24,9	3,0	190	21
	2012	4,7	3,5	1,1	25,6	2,8	225	17
Gyn 3	2008	4,5	4,5	2,3	18,8	3,1	51	8
	2009	3,3	3,4	1,4	19,5	3,3	69	12
	2010	3,4	1,2	1,4	23,0	4,0	48	10
	2011	4,2	2,6	1,0	21,1	2,4	106	19
	2012	3,3	2,4	1,3	21,6	4,8	234	28
Gyn 2 neu	2008	3,4	4,7	0,9	17,1	4,1	343	28
(bis 30.9.11	2009	3,3	4,7	0,8	18,8	4,1	340	26
Gyn. 4)	2010	3,3	4,9	0,9	17,4	3,2	255	20
	2011	3,5	3,6	0,9	19,6	4,0	275	27
	2012	3,2	2,8	0,7	18,2	3,3	382	23
Mutter-Kind	2008	6,5	4,7	1,1	22,7	4,0	323	22
	2009	6,0	4,5	0,5	24,4	2,8	431	28
	2010	6,2	5,1	0,8	25,4	2,7	546	33
	2011	6,0	5,2	0,8	23,9	2,3	523	32
	2012	6,4	4,8	0,8	23,4	2,2	509	30
Geburtshilfe	2008	4,1	4,6	0,2	13,9	1,5	75	25
	2009	7,9	7,5	1,5	20,1	2,0	58	22
	2010	4,6	5,5	0,8	21,0	2,3	76	27
	2011	4,1	5,7	1,1	15,8	2,5	39	15

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.
Die im Vergleich geringere Rücklaufquote bei Gyn1 und Gyn3 erklärt sich durch onkologische Patientinnen, die öfter hintereinander stationär sind, aber nicht jedes Mal einen Fragebogen ausfüllen; auf der Geburtshilfestation durch die kurze Aufenthaltsdauer (Ø-Belagsdauer ist 0,9 Tage).
Den erfreulicherweise durchweg sehr niedrigen Kritikanteil wollen wir natürlich weiter reduzieren – möglichst auf Null.
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!

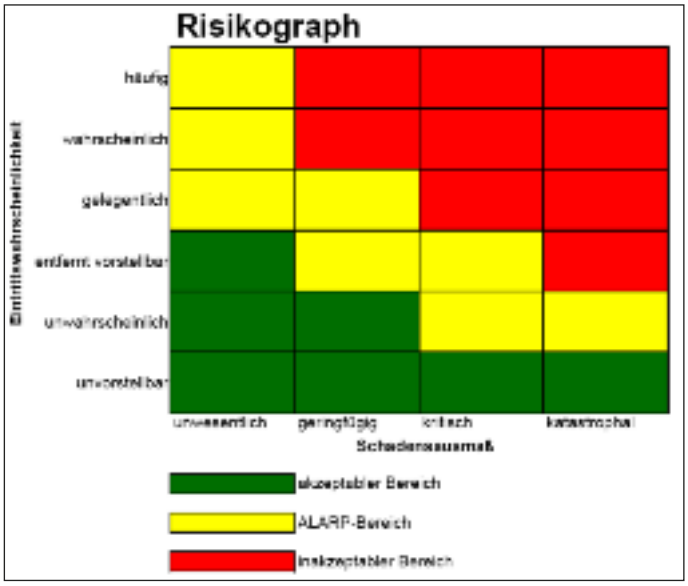
6.2. Qualitätsmanagement

(Gf. OA Dr. Otto Huter)

Quod non est in actis, non est in mundo

Forensische Medizin muss in Zukunft auch einen verpflichtenden Teil der Facharztausbildung darstellen. Patientenaufklärung und Dokumentation können wesentlich dazu beitragen, rechtliche Auseinadersetzungen von vornherein zu vermeiden.
Anfang des Jahres 2011 war es das Bestreben der IT-Abteilung der TILAK die Dokumentation der Ambulanzen schrittweise von der Papierform auf ein EDV-System umzustellen.
An der Allgemeinen Ambulanz der Frauenklinik hatten wir beim Umzug 1986 von der alten Klinik in das neue Haus – die derzeitige Frauenklinik – von einem Karteikartensystem auf ein Pater-Noster-System mit DIN A4-Mappen umgestellt. Die einzelnen Ambulanzen hatten verschiedenfarbige Einlageblätter (die Allgemeine Ambulanz z. B. lindgrün).
Viele Besprechungen waren notwendig, ÄrzteInnen, Schwestern und Sekretärinnen davon zu überzeugen, dass eine Umstellung auf EDV Vorteile bringt. Mappen müssen nicht mehr herausgesucht und wieder eingeordnet werden. Befunde müssen nicht mehr eingeordnet werden etc.
Besonderer Dank bei der „schweren Geburt“ der Umstellung gilt Mag. Gerhard Umshaus vom KIS-Team der IT-Abteilung. Seine fachliche Kompetenz und seine Geduld mit den Usern hat wesentlich dazu beigetragen, Anfang April 2012 mit der EDV-Dokumentation im KIS (Krankenhaus-Informati-

ons-System) im Bereich Allgemeine Ambulanz der Frauenklinik zu beginnen. Die Implementierung aller Spezialambulanzen wurde in den Folgemonaten bereits angegangen. Die annähernd vollständige Umsetzung ist Mitte 2013 zu erwarten.
Nach den üblichen Startschwierigkeiten und Kinderkrankheiten hat sich Ende 2012 die Akzeptanz deutlich gesteigert. Die Dokumentation ist einheitlich über eine vorgegebene Maske, der Befund wird diktiert und von den Sekretärinnen sofort geschrieben. Aus den eingegebenen Daten kann ein Arztbrief erstellt werden und via EDV an die zuweisenden KollegInnen geschickt werden. Es ist möglich auf der linken Bildschirmseite des PC's die Eintragungen der Untersuchungen und auf der rechten Seite Befunde im KIS-Powerchart zu lesen. Die ÄrzteInnen sind nicht mehr auf die Ambulanzmappe angewiesen, sondern können auf Station, in Untersuchungszimmern oder in einer anderen Ambulanz alle Befunde jederzeit einsehen. Aber der größte Vorteil ist sicher, dass nun alle Eingaben gut leserlich sind, in der früheren Papierform wurden die Eintragungen ja noch handschriftlich gemacht. So manche Handschrift ist graphologisch interessant, aber für die Dokumentation medizinischer Daten eben nicht geeignet.
Somit ist 2012 ein wesentlicher Schritt in unserem Bemühen um ständige Qualitätsverbesserung und in unserem Risikomanagement zu verzeichnen. Dazu beigetragen haben auch die inzwischen bestens etablierten, quartalsweisen Fehler- und Risikomanagementbesprechungen mit allen ÄrztInnen und leitenden PflegemitarbeiterInnen.



Durch die graphische Darstellung von Auftretenswahrscheinlichkeit und Schadensausmaß können Risiken detailliert erfasst und bewertet werden.

7. Forschung

7.1. Publikationen Gynäkologie und Geburtshilfe

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. (•) Abudukadeer, A.; Bakry, R.; Goebel, G.; Mutz-Dehbalaie, I.; Widschwendter, A.; Bonn, GK.; Fiegl, H.: Clinical Relevance of CDH1 and CDH13 DNA-Methylation in Serum of Cervical Cancer Patients.
   INTERNATIONAL JOURNAL OF MOLECULAR SCIENCES. 2012; 13(7); 8353-8363.
2. Alexandre, J.; Brown, C.; Coeffic, D.; Raban, N.; Pfisterer, J.; Maenpaa, J.; Chalchal, H.; Fitzharris, B.; Volgger, B.; Vergote, I.; Pisano, C.; Ferrero, A.; Pujade-Lauraine, E.: CA-125 can be part of the tumour evaluation criteria in ovarian cancer trials: experience of the GCIG CALYPSO trial.
   BRITISH JOURNAL OF CANCER. 2012; 106(4); 633-637.
3. Boesch, M.; Reimer, D.; Rumpold, H.; Zeimet, AG.; Sopper, S.; Wolf, D.: DyeCycle violet used for side population detection is a substrate of P-glycoprotein.
   CYTOMETRY PART A. 2012; 81A(6); 517-522.
4. Bondong, S.; Kiefel, H.; Hielscher, T.; Zeimet, AG.; Zeillinger, R.; Pils, D.; Schuster, E.; Castillo-Tong, DC.; Cadron, I.; Vergote, I.; Braicu, I.; Sehouli, J.; Mahner, S.; Fogel, M.; Altevogt, P.: Prognostic significance of L1CAM in ovarian cancer and its role in constitutive NF-kappa B activation.
   ANNALS OF ONCOLOGY. 2012; 23(7); 1795-1802.
5. Dubsky, PC.; Jakesz, R.; Mlineritsch, B.; Postlberger, S.; Samonigg, H.; Kwasny, W.; Tausch, C.; Stoger, H.; Haider, K.; Fitzal, F.; Singer, CF.; Stierer, M.; Sevelda, P.; Luschin-Ebengreuth, G.; Taucher, S.; Rudas, M.; Bartsch, R.; Steger, GG.; Greil, R.; Filipcic, L.; Gnant, M.: Tamoxifen and Anastrozole As a Sequencing Strategy: A Randomized Controlled Trial in Postmenopausal Patients With Endocrine-Responsive Early Breast Cancer From the Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group.
   JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. 2012; 30(7); 722-728.
6. Ehehalt, D.; Lener, B.; Pircher, H.; Dreier, K.; Pfister, H.; Kaufmann, AM.; Frangini, S.; Ressler, S.; Muller-Holzner, E.; Schmitt, M.; Hofler, D.; Rostek, U.; Kaiser, A.; Widschwendter, A.; Zwerschke, W.; Jansen-Durr, P.: Detection of Human Papillomavirus Type 18 E7 Oncoprotein in Cervical Smears: a Feasibility Study.
   JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY. 2012; 50(2); 246-257.
7. Finkenstedt, A.; Widschwendter, A.; Brasse-Lagnel, CG.; Theurl, I.; Hubalek, M.; Dieplinger, H.; Tselepis, C.; Ward, DG.; Vogel, W.; Zoller, H.: Hepcidin is correlated to soluble hemojuvelin but not to increased GDF15 during pregnancy.
   BLOOD CELLS MOLECULES AND DISEASES. 2012; 48(4); 233-237.
8. Geiger, K.; Hagenbuchner, J.; Rupp, M.; Fiegl, H.; Sergi, C.; Meister, B.; Kiechl-Kohlendorfer, U.; Muller, T.; Ausserlechner, MJ.; Obexer, P.: FOXO3/FKHRL1 is activated by 5-aza-2-deoxycytidine and induces silenced caspase-8 in neuroblastoma.
   MOLECULAR BIOLOGY OF THE CELL. 2012; 23(11); 2226-2234.
9. (•) Goebel, G.; Berger, R.; Strasak, AM.; Egle, D.; Muller-Holzner, E.; Schmidt, S.; Rainer, J.; Presul, E.; Parson, W.; Lang, S.; Jones, A.; Widschwendter, M.; Fiegl, H.: Elevated mRNA expression of CHAC1 splicing variants is associated with poor outcome for breast and ovarian cancer patients.
   BRITISH JOURNAL OF CANCER. 2012; 106(1); 189-198.
10. Hannesdottir, L.; Daschill, N.; Philipp, S.; Tymoszuk, P.; Muller-Holzner, E.; Klima, G.; Verdorfer, I.; Doppler, W.: MMTV-neu mice deficient in STAT1 are susceptible to develop ovarian teratomas.
    INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENTAL BIOLOGY. 2012; 56(4); 279-283.
11. (•) Hofstetter, G.; Berger, A.; Bauer, EM.; Schuster, E.; Wolf, A.; Chamson, M.; Muller-Holzner, E.; Reimer, D.; Braicu, EI.; Sehouli, J.; Ulmer, H.; Castillo-Tong, DC.; Zeillinger, R.; Concin, N.: MDM2 SNP309 modifies the prognostic significance of the p53 mutational status in patients with ovarian cancer.
    ONCOLOGY REPORTS. 2012; 27(3); 673-677.
12. (•) Hofstetter, G.; Berger, A.; Berger, R.; Zoric, A.; Braicu, EI.; Reimer, D.; Fiegl, H.; Marth,

C.; Zeimet, AG.; Ulmer, H.; Moll, U.; Zeillinger, R.; Concin, N.: The N-Terminally Truncated p53 Isoform Delta 40p53 Influences Prognosis in Mucinous Ovarian Cancer.
13. (•) Lirk, P.; Berger, R.; Hollmann, MW.; Fiegl, H.: Lidocaine time- and dose-dependently demethylates deoxyribonucleic acid in breast cancer cell lines in vitro.
BRITISH JOURNAL OF ANAESTHESIA. 2012; 109(2); 200-207.
14. (•) Mutz-Dehbalaie, I.; Egle, D.; Fessler, S.; Hubalek, M.; Fiegl, H.; Marth, C.; Widschwendter, A.: HE4 is an independent prognostic marker in endometrial cancer patients.
GYNECOLOGIC ONCOLOGY. 2012; 126(2); 186-191.
15. Petru, E.; Zeimet, AG.; Sevelda, P.; Seifert, M.; Hubalek, M.; Angleitner-Boubenizek, L.; Speiser, P.; Benedicic, C.; Stummvoll, W.; Reinthaller, A.: Austrian Arbeitsgemeinschaft fur Gynakologische Onkologie (AGO) guideline for prophylaxis with granulocyte colony-stimulating factors (G-CSF) in gynecologic malignancies, including breast cancer.
WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2012; 124(11-12); 412-418.
16. Pils, D.; Hager, G.; Tong, D.; Aust, S.; Heinze, G.; Kohl, M.; Schuster, E.; Wolf, A.; Sehouli, J.; Braicu, I.; Vergote, I.; Cadron, I.; Mahner, S.; Hofstetter, G.; Speiser, P.; Zeillinger, R.: Validating the impact of a molecular subtype in ovarian cancer on outcomes: A study of the OVCAD Consortium.
CANCER SCIENCE. 2012; 103(7); 1334-1341.
17. Polterauer, S.; Grimm, C.; Hofstetter, G.; Concin, N.; Natter, C.; Sturdza, A.; Potter, R.; Marth, C.; Reinthaller, A.; Heinze, G.: Nomogram prediction for overall survival of patients diagnosed with cervical cancer.
BRITISH JOURNAL OF CANCER. 2012; 107(6); 918-924.
18. Polterauer, S.; Khalil, S.; Zivanovic, O.; Abu-Rustum, NR.; Hofstetter, G.; Concin, N.; Grimm, C.; Reinthaller, A.; Barakat, RR.; Leitao, MM.: Prognostic Value of Lymph Node Ratio and Clinicopathologic Parameters in Patients Diagnosed With Stage IIIC Endometrial Cancer.
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. 2012; 119(6); 1210-1218.
19. Polterauer, S.; Vergote, I.; Concin, N.; Braicu, I.; Chekerov, R.; Mahner, S.; Woelber, L.; Cadron, I.; Van Gorp, T.; Zeillinger, R.; Castillo-Tong, DC.; Sehouli, J.: Prognostic Value of Residual Tumor Size in Patients With Epithelial Ovarian Cancer FIGO Stages IIA-IV Analysis of the OVCAD Data.
INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER. 2012; 22(3); 380-385.
20. Polterauer, S.; Zhou, Q.; Grimm, C.; Seebacher, V.; Reinthaller, A.; Hofstetter, G.; Concin, N.; Leitao, MM.; Barakat, RR.; Abu-Rustum, NR.; Iasonos, A.: External validation of a nomogram predicting overall survival of patients diagnosed with endometrial cancer.
GYNECOLOGIC ONCOLOGY. 2012; 125(3); 526-530.
21. Rode, L.; Klein, K.; Larsen, H.; Holmskov, A.; Andreasen, KR.; Uldbjerg, N.; Ramb, J.; Bodker, B.; Skibsted, L.; Sperling, L.; Hinterberger, S.; Krebs, L.; Zingenberg, H.; Weiss, EC.; Strobl, I.; Laursen, L.; Christensen, JT.; Skogstrand, K.; Hougaard, DM.; Krampl-Bettelheim, E.; Rosthoj, S.; Vogel, I.; Tabor, A.: Cytokines and the Risk of Preterm Delivery in Twin Pregnancies.
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. 2012; 120(1); 60-68.
22. (•) Scheier, M.; Molina, FS.: Outcome of Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence following Treatment with Interstitial Laser: A Retrospective Study.
FETAL DIAGNOSIS AND THERAPY. 2012; 31(1); 35-41.
23. (•) Schwab, W.; Marth, C.; Bergant, AM.: Post-traumatic Stress Disorder Post Partum The Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Multiparous Women.
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE. 2012; 72(1); 56-63.
24. (•) Seebacher, V.; Polterauer, S.; Grimm, C.; Rahhal, J.; Hofstetter, G.; Bauer, EM.; Husslein, H.; Leipold, H.; Marth, C.; Reinthaller, A.; Concin, N.: Prognostic significance of gamma-glutamyltransferase in patients with endometrial cancer: a multi-centre trial.
BRITISH JOURNAL OF CANCER. 2012; 106(9); 1551-1555.
25. Seeber, B.; Ziehr, SC.; Gschliesser, A.; Moser, C.; Mattle, V.; Seger, C.; Griesmacher, A.; Concin, N.; Concin, H.; Wildt, L.: Quantitative levonorgestrel plasma level measurements in

patients with regular and prolonged use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. CONTRACEPTION. 2012; 86(4); 345-349.
26. Singer, CF.; Tea, MK.; Pristauz, G.; Hubalek, M.; Rappaport, C.; Riedl, C.; Helbich, T.: Guideline for the prevention and early detection of breast and ovarian cancer in high risk patients, particularly in women from HBOC (hereditary breast and ovarian cancer) families. WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2012; 124(9-10); 334-339.
27. (•) Solder, E.; Bockle, BC.; Nguyen, VA.; Furhapter, C.; Obexer, P.; Erdel, M.; Stossel, H.; Romani, N.; Sepp, NT.: Isolation and characterization of CD133+CD34+VEGFR-2+CD45- fetal endothelial cells from human term placenta. MICROVASCULAR RESEARCH. 2012; 84(1); 65-73.
28. Tischner, D.; Wiegers, GJ.; Fiegl, H.; Drach, M.; Villunger, A.: Mutual antagonism of TGF-beta and Interleukin-2 in cell survival and lineage commitment of induced regulatory T cells. CELL DEATH AND DIFFERENTIATION. 2012; 19(8); 1277-1287.
29. Viswanathan, Akila N.; Creutzberg, Carien L.; Craighead, Peter; McCormack, Mary; Toita, Takafumi; Narayan, Kailash; Reed, Nicholas; Long, Harry; Kim, Hak-Jae; Marth, Christian; Lindegaard, Jacob C.; Cerrotta, Annmarie; Small, William; Trimble, Edward: International Brachytherapy Practice Patterns: A Survey of the Gynecologic Cancer Intergroup (GCIG). INTERNATIONAL JOURNAL OF RADIATION ONCOLOGY BIOLOGY PHYSICS. 2012; 82(1); 250-255.
30. Wagner, U.; Marth, C.; Largillier, R.; Kaern, J.; Brown, C.; Heywood, M.; Bonaventura, T.; Vergote, I.; Piccirillo, MC.; Fossati, R.; Gebski, V.; Lauraine, EP.: Final overall survival results of phase III GCIG CALYPSO trial of pegylated liposomal doxorubicin and carboplatin vs paclitaxel and carboplatin in platinum-sensitive ovarian cancer patients. BRITISH JOURNAL OF CANCER. 2012; 107(4); 588-591.
31. (•) Zeimet, AG.; Reimer, D.; Sopper, S.; Boesch, M.; Martowicz, A.; Roessler, J.; Wiedemair, AM.; Rumpold, H.; Untergasser, G.; Concin, N.; Hofstetter, G.; Mueller-Holzner, E.; Fiegl, H.; Marth, C.; Wolf, D.; Pesta, M.; Hatina, J.: Ovarian cancer stem cells. NEOPLASMA. 2012; 59(6); 747-755.
32. Zhuang J, Jones A, Fourkala EO, Fiegl H, Cibula D, Sargent A, Salvesen H, Jacobs I, Kitchener HC, Teschendorff A, Widschwendter M. The Dynamics and Prognostic Potential of DNA Methylation Changes at Stem Cell Gene Loci in Women's Cancer. PLoS Genet. 2012 Feb;8(2):e1002517.
33. Teschendorff A, Jones A, Fiegl H, Sargent A, Zhuang J, Kitchener HC, Widschwendter M. Epigenetic variability in cells of normal cytology is associated with the risk of future morphological transformation. Genome Medicine 2012, 4:24
34. Stone A, Valdés-Mora F, Gee JM, Farrow L, McClelland RA, Fiegl H, Dutkowski C, McCloy RA, Sutherland RL, Musgrove EA, Nicholson RI. Tamoxifen-induced epigenetic silencing of oestrogen-regulated genes in anti-hormone resistant breast cancer.
35. Meraner V, Gamper EM, Grahmann A, Giesinger JM, Wiesbauer P, Sztankay M, Zeimet AG, Sperner-Unterweger B, Holzner B. Monitoring physical and psychosocial symptom trajectories in ovarian cancer patients receiving chemotherapy. BMC Cancer. 2012 Feb 28;12:77. doi: 10.1186/1471-2407-12-77.
36. Oberguggenberger AS, Sztankay M, Beer B, Schubert B, Meraner V, Oberacher H, Kemmler G, Giesinger J, Gamper E, Sperner-Unterweger B, Marth C, Holzner B, Hubalek M. Adherence evaluation of endocrine treatment in breast cancer: methodological aspects. BMC Cancer. 2012 Oct 15;12:474. doi: 10.1186/1471-2407-12-474.
37. Melmer A, Fineder L, Lamina C, Kollerits B, Dieplinger B, Braicu I, Sehouli J, Cadron I, Vergote I, Mahner S, Zeimet AG, Castillo-Tong DC, Ebenbichler CF, Zeillinger R, Dieplinger H. Plasma concentrations of the vitamin E-binding protein afamin are associated with overall and progression-free survival and platinum sensitivity in serous ovarian cancer–a study by the OVCAD consortium. Gynecol Oncol. 2013 Jan;128(1):38-43. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.09.032. Epub 2012 Oct 9.
38. Tausch C, Taucher S, Dubsky P, Seifert M, Reitsamer R, Kwasny W, Jakesz R, Fitzal F, Filipcic L, Fridrik M, Greil R, Gnant M. Prognostic value of number of removed lymph nodes,

number of involved lymph nodes, and lymph node ratio in 7502 breast cancer patients enrolled onto trials of the Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group (ABCSG). Ann Surg Oncol. 2012 Jun;19(6):1808-17. doi: 10.1245/s10434-011-2189-y. Epub 2011 Dec 30.
39. Viswanathan AN, Creutzberg CL, Craighead P, McCormack M, Toita T, Narayan K, Reed N, Long H, Kim HJ, Marth C, Lindegaard JC, Cerrotta A, Small W Jr, Trimble E. International brachytherapy practice patterns: a survey of the Gynecologic Cancer Intergroup (GCIG). Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012 Jan 1;82(1):250-5. doi: 10.1016/j.ijrobp.2010.10.030. Epub 2010 Dec 22.

Zeitschriftenbeitrag (Letter)

40. Scheier, M.; Grubinger, E.; Jerabek-Klestil, S.: Comments on Arigita et al. Spina bifida in a 13-week fetus with a normal intracranial translucency, Prenat Diagn 2011. PRENATAL DIAGNOSIS. 2012; 32(2); 197-197.
41. Singer, CF.; Tea, MK.; Pristauz, G.; Hubalek, M.; Rappaport, C.; Riedl, C.; Helbich, T.: Guideline for the Prevention and Early detection of Breast and Ovarian cancer in High-risk patients, especially in Women from HBOC (Hereditary Breast and Ovarian Cancer) families vol 124, pg 334, 2012. WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2012; 124(19-20); 735-735.
42. van der Zee AG, Colombo N, Gitsch G, Reed N, Amant F, Cibula D, Kesic VI, Kimmig R, Lopes AD, Markowska J, Marth C, Radolakis A, Salvesen H, Vaitkiene D, Verheijen RH, Zola P. ESGO statement on the role of CA-125 measurement in follow-up of epithelial ovarian cancer. Int J Gynecol Cancer. 2012 Jan;22(1):175. doi: 10.1097/IGC.0b013e3182261f15. No abstract available.
43. du Bois A, Marth C, Pfisterer J, Harter P, Hilpert F, Zeimet AG, Sehouli J. Int J Gynecol Cancer. 2012 Feb;22(2):182-5. doi: 10.1097/IGC.0b013e31821d419a. Neoadjuvant chemotherapy cannot be regarded as adequate routine therapy strategy of advanced ovarian cancer.
44. Singer, CF.; Tea, MK.; Pristauz, G.; Hubalek, M.; Rappaport, C.; Riedl, C.; Helbich, T.: Guideline for the Prevention and Early detection of Breast and Ovarian cancer in High-risk patients, especially in Women from HBOC (Hereditary Breast and Ovarian Cancer) families vol 124, pg 334, 2012. WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2012; 124(19-20); 735-735. [FLDID: 100825]

7.2. Publikationen Endokrinologie

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. (•) Bottcher, B.; Radenbach, K.; Wildt, L.; Hinney, B.: Hormonal contraception and depression: a survey of the present state of knowledge. ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2012; 286(1); 231-236.
2. Deisenhammer, EA.; Hofer, S.; Schwitzer, O.; Defrancesco, M.; Kemmler, G.; Wildt, L.; Hinterhuber, H.: Oxytocin plasma levels in psychiatric patients with and without recent suicide attempt. PSYCHIATRY RESEARCH. 2012; 200(1); 59-62.
3. Moser, C.; Zoderer, D.; Luef, G.; Rauchenzauner, M.; Wildt, L.; Griesmacher, A.; Seger, C.: Simultaneous online SPE-LC-MS/MS quantification of six widely used synthetic progestins in human plasma. ANALYTICAL AND BIOANALYTICAL CHEMISTRY. 2012; 403(4); 961-972.
4. (•) Seeber, B.; Ziehr, SC.; Gschliesser, A.; Moser, C.; Mattle, V.; Seger, C.; Griesmacher, A.; Concin, N.; Concin, H.; Wildt, L.: Quantitative levonorgestrel plasma level measurements in patients with regular and prolonged use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. CONTRACEPTION. 2012; 86(4); 345-349.
5. Seeber, BE.: What serial hCG can tell you, and cannot tell you, about an early pregnancy. FERTILITY AND STERILITY. 2012; 98(5); 1074-1077.

7.3. Laufende Studien

7.3.1 Mamma-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 Hubalek
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 Hubalek
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 Hubalek
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	OA Hubalek
ABCSG 39 APHINITY	Randomisierter, multizentrischer, doppelblinder, Placebo-kontrollierter Vergleich von Chemotherapie + Trastuzumab + Plazebo mit Chemotherapie + Trastuzumab + Pertuzumab als adjuvante Therapie bei Patienten mit operalem HER2-positivem primärem Mammakarzinom	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 Hubalek
Belle 3	Randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Phase-III-Studie von BKM120 in Kombination mit Fulvestrant bei postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor-positivem, HER2-negativem, Albehandeltem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs mit Progression während oder nach Behandlung mit mTOR-Inhibitoren.	OA Hubalek
NIS Abraxane	Einsatz von nab-Paclitaxel (Abraxane®) beim metastasierten Mammakarzinom unter Praxisbedingungen	OA Hubalek
ABCSG 12	Multizentrische Therapiestudie der Kooperativen Studiengruppe Mamma- und colorektales Carcinom. Adjuvante endokrine Therapie und Bisphosphonattherapie: Tamoxifen im Vergleich zu Anastrozol, alleine oder in Kombination mit Zoledronat, bei prämenopausalen Patientinnen mit Mammakarzinom Stadium I und II und hormonrezeptorpositivem Tumor.	Prof. Marth

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
ABCSG 15 IBIS II	Tamoxifen im Vergleich zu Anastrozol bei postmenopausalen Patientinnen mit intraduktalem Karzinom (DCIS)	OA Hubalek
ABCSG 16 SALSA	S.A.L.S.A (Sekundär Adjuvante Langzeit-Studie mit Arimidex®) Eine prospektiv randomisierte, offene, multizentrische Phase III-Studie zur Evaluierung der Wirksamkeit einer sekundären adjuvanten endokrinen Therapie mit Anastrozol für weitere 2 Jahre versus weitere 5 Jahre bei Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom nach 5 Jahren primärer adjuvanter endokriner Therapie	OA Hubalek
ABCSG 19 HERA	A randomized three-arm multi-centre comparison of 1 year and 2 years of Herceptin® versus no Herceptin® in women with HER2-positive primary breast cancer who have completed adjuvant chemotherapy.	Prof. Zeimet
ABCSG 23 FACE	A randomized, multi-center Phase IIIb, open label, study of letrozole vs anastrozole in the adjuvant treatment of postmenopausal women with hormone receptor and node positive breast cancer	Prof. Marth
ABCSG 26 SOLE	A phase III trial evaluating the role of continuous letrozole versus intermittent letrozole following 4 to 6 years of prior adjuvant endocrine therapy for postmenopausal women with hormone-receptor positive, node positive early stage breast cancer	OA Hubalek
ABCSG 27 beatrice	An international multi-centre open-label 2-arm phase III trial of adjuvant bevacizumab in triple negative breast cancer	Prof. Marth
ABCSG 29 NATHAN	A randomized, multicenter, open phase III study comparing the postoperative use of zoledronic acid versus no treatment in patients with histological tumor residuals after preoperative anthracycline and taxane containing chemotherapy for primary breast cancer	Prof. Marth
ABCSG 30 BETH	A Multicenter Phase III Randomized Trial of Adjuvant Therapy for Patients with HER2-Positive Node-Positive or High Risk Node-Negative Breast Cancer Comparing Chemotherapy Plus Trastuzumab with Chemotherapy Plus Trastuzumab Plus Bevacizumab	Prof. Marth
BOLERO-2	Eine randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Studie mit Everolimus in Kombination mit Exemestan in der Behandlung von postmenopausalen Frauen mit Östrogenrezeptor-positivem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs, die auf Letrozol oder Anastrozol nicht ansprechen	OA Hubalek
NOR-BREAST	Phase II study evaluating oral vinorelbine as a single agent in patients with hormone receptor positive breast cancer with bone metastases previously treated by a hormone therapy	Prof. Marth
NIS Myocet EOS	EOS (European Observatory & Survey): A 6-month follow-up of women treated for metastatic breast cancer in Europe	

7.3.2. Gyn. Onkologie-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
NIS Carma	Nicht-interventionelle Studie zur Anwendung von Removab bei Patienten mit malignem Aszites bei EpCAM-positiven Tumoren	Prof. Marth
AGO 26 Desktop III	Multizentrische, randomisierte Studie zum Vergleich der Wirksamkeit einer zusätzlichen Tumordebulking-Operation gegen eine alleinige Chemotherapie bei Patientinnen mit einem platin-sensiblen Ovarialkarzinom-Rezidiv	Prof. Marth
AGO 28 Trinova 2	Eine randomisierte, doppel-blinde Phase 3 Studie zu pegyliertem liposomalem Doxorubicin (PLD) plus AMG 386 oder Plazebo bei Frauen mit wiederkehrendem, teilweise platinsensitivem oder platinresistenten epithelialem, primär peritonealem Ovarial- oder Eileiterkrebs	Prof. Marth
AGO 30 Trinova 3	Eine randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte, multizentrische Studie der Phase 3 zu AMG 386 mit Paclitaxel und Carboplatin als Erstlinientherapie bei Studienteilnehmerinnen mit epithelialem Ovarial-, primärem Peritoneal- oder Eileiterkarzinom des FIGO-Stadiums III-IV	Prof. Marth
NIS Bovari	BOVARI – eine Nicht-interventionelle Studie mit Avastin als Frontlinien-Therapie bei Ovarialkarzinomen	Prof. Marth
AGO 17 HECTOR	Topotecan plus Carboplatin im Vergleich zur Standardtherapie (Paclitaxel plus Carboplatin oder Gemcitabin plus Carboplatin) bei platin-sensitivem rezidivierten epithelialen Ovarialkarzinom, Peritonealkarzinom oder Tubenkarzinom	Prof. Zeimet
AGO 21 AGO-OVAR16/V EG110655	A Phase III Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Pazopanib Monotherapy Versus Placebo in Women Who Have not Progressed after First Line Chemotherapy for Epithelial Ovarian, Fallopian Tube, or Primary Peritoneal Cancer	Prof. Marth
AGO 24 BIBF1199	A multicentre, randomized, double-blind, Phase III trial to investigate the efficacy and safety of BIBF 1120 in combination with standard treatment of carboplatin and paclitaxel compared to placebo plus carboplatin and paclitaxel in patients with advanced ovarian cancer	Prof. Marth
AGO 25 LION	LION: LYMPHADENEKTOMIEN IN OVARIELLEN NEOPLASIEN Protokoll: AGO-OVAR OP.3 Eine offene randomsierte prospektive Multicenterstudie Ein Projekt der AGO-Studiengruppe (AGO-OVAR) in Zusammenarbeit mit der AGO-Österreich	Prof. Marth
ROSiA	Global study to assess the addition of bevacizumab to carboplatin and paclitaxel as front-line treatment of epithelial ovarian cancer, fallopian tube carcinoma or primary peritoneal carcinoma (MO22923)	Prof. Marth
NIS Zarzio	Mehrstufige Auswertung einer Prophylaxe mit dem Granulozyten Kolonie stimulierenden Faktor (GCSF) gegen Chemotherapie-induzierte febrile Neutropenie, Bewertung des Outcome und der Bestimmungsgrößen	Prof. Marth
NIS Sarcut	Sarcoma of the uterus survey	Prof. Concin

7.3.3. Geburtshilfe-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
Cook-Ballon	zur Geburtseinleitung	OÄ Ramoni
PreOS	Eine multizentrische, prospective, offene, nicht-interventionelle Studie zur Untersuchung des Einflusses der Bestimmung der angiogenen Biomarker sFit-1 und PIGF auf die Entscheidungsfindung von Ärzten bei schwangeren Frauen mit Verdacht auf Präeklampsie	OÄ Ramoni
Bonding	Der Einfluss des medizinischen Settings bei primärer Sectio (geplantem Kaiserschnitt) im Vergleich zur Spontangeburt auf den Beziehungsaufbau zum Kind, postpartale Depression und Schmerzempfinden	OÄ Ramoni, Dr. Schneitter I.
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
TRUFFLE	Randomisierte multizentrische Studie zur Festlegung des Entbindungszeitpunktes bei schwerer fetaler Wachstumsretardierung auf Basis von frühen und späten Veränderungen im venösen Doppler im Vergleich zur computerisierten Cardiotokographie (Oxford CTG)	Prof. Brezinka, OÄ Ramoni
Pentraxin	Der Zweck dieser klinischen Prüfung ist es, durch die Bestimmung der Blutspiegel des körpereigenen Eiweißstoffes Pentraxin 3 (PTX 3) in unterschiedlichen Phasen der Schwangerschaft die Nützlichkeit von Pentraxin 3 bei der frühen Diagnose von Präeklampsie zu erforschen	OÄ Ramoni

7.3.4. Fetalmedizin-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
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.	OA Scheier
Folgeschwangerschaft nach intrauterinem Fruchttod	Die Studie untersucht die Folgeschwangerschaften von allen Patientinnen, die zwischen 2000 und 2008 an der Innsbrucker Frauenklinik eine Totgeburt hatten mit dem Ziel die Risikoabschätzung für die Folgeschwangerschaft zu ermöglichen. Die Datenauswertung ist abgeschlossen und die Publikation wird vorbereitet.	H. Hasibether, OA Scheier
Wissen über und Einstellung zum Down Syndrom von schwangeren Frauen vor der Ersttrimestersonographie	Die Studie untersucht das Wissen und die Einstellung zum Down Syndrom von schwangeren Frauen vor der Ersttrimestersonographie. Die Datenerhebung ist im Moment im Gange.	T. Steurer, OA Scheier

7.3.5. Gynäkologie-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
Astellas Beyond	Doppelblinde, randomisierte, multizentrische Studie mit Vergleichsgruppe zur Evaluierung der Wirksamkeit und Sicherheit von Mirabegron verglichen mit Solifenacin bei Probanden mit überaktiver Blase (OAB), die mit Antimuskarinika behandelt werden und aufgrund der ausbleibenden Wirksamkeit unzufrieden sind	OA Kropshofer

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. Eine Woche später ist eine Nachuntersuchung vorgesehen.	OÄ Böttcher Dr.in Winkler
ETHIG-Studie	Risikoschwangere erfolgreich antikoagulieren	OÄ Ziehr, Dr.in Czech
	Medical Management of Early Pregnancy Failure (in collaboration with University of Pennsylvania)	PDoz.in Seeber Dr.in Colleselli
	PCOS longitudinal follow up	PDoz.in Seeber Dr. Lunger

7.3.7. Studienpatientinnen

Eingebrachte Patientinnen	2008	2009	2010	2011	2012
Mamma-Studien					
neu eingebracht	178	93	111	101	162
Gesamt eingebracht seit 2003					**1.250**
Gyn. Onkologie-Studien					
neu eingebracht	53	49	41	19	75
Gesamt eingebracht seit 2002					**476**
Geburtshilfe- und Fetalmedizin-Studien					
neu eingebracht		1.215	326	1.187	1.680
Studienpatientinnen Klinik Gynäkologie und Geburtshilfe					
Gesamt neu eingebracht		**1.357**	**478**	**1.307**	**1.917**

7.4. Präklinische Projekte

Gynäkologie und Geburtshilfe

Projekttitel	ProjektleiterIn
Klinische Relevanz von p53 und p73 Isoformen beim Ovarialkarzinom	Prof.in Concin OÄ Hofstetter Dr.in Berger
Nachweis und Charakterisierung von Ovarialkarzinom-Tumorstammzellen	PDoz. Reimer Prof. Zeimet
Oncotyrol 2.1.8: Identification and targeting of ovarian cancer stem cells	Prof. Zeimet PDoz. Reimer
Expression der E2F Transkriptionsfaktorfamilie (E2F-TFs) in Tumoren und ihre Rolle bei EGF-vermittelten Effekten	PDoz. Reimer Prof. Zeimet
Tumormarker HE4 Analysen im Serum von Endometriumkarzinom-patientinnen, sowie bei Schwangeren.	Dr.in Mutz-Dehbalaie Prof. Marth
Funktionelle Analysen zur Klärung des Mesothelinsheddings Die Brust als endokrines Organ	Dr.in Mutz-Dehbalaie Prof. Daxenbichler
Identifikation von spezifischen Autoantikörpern im Serum von Patientinnen mit Mamma-, und Ovarialkarzinom.	Doz.in Fiegl
Oncotyrol-3.2: Biomarker-Identifizierung zur Voraussage des Metastasenrisikos bei Brustkrebs-patientinnen	Doz.in Fiegl Prof. Marth
Oncotyrol-3.7: Biomarkeridentifizierung beim Ovarialkarzinom	Doz.in Fiegl Prof. Marth
Oncotyrol-2.1.2: Biomarkeridentifizierung beim Mammakarzinom	Doz.in Fiegl Prof. Marth
Analyse der DNA-demethylierenden Eigenschaften von Lidocain an Brustkrebszelllinien	Doz.in Fiegl
Entwicklung eines neuen auf Massenspektrometrie basierenden Tests zur Prädiktion des Ansprechens von Brustkrebspatientinnen auf eine endokrine Therapie (Kooperation mit Fa. Biodesix)	Doz.in Fiegl

Endokrinologie

Projekttitel	ProjektleiterIn
A New Strategy for Fertility Preservation of Leukemia and Breast Cancer Patients: 3D-in vitro culture of secondary follicles isolated from frozen/thawed human ovarian tissue (OENB)	OÄ Ziehr Dr.in Winkler
Preservation of fertility in cancer patients: Examination of frozen-thawed human ovarian tissue viability by dynamic in vitro culture and xenografting into immunodeficient (SCID) mice (TWF)	OÄ Ziehr Dr.in Winkler
Maturation of oocytes isolated from cryopreserved ovarian tissue after culture in a perifusion system (OEGGG-Award 2008 & 2012, OEGRM-Wissenschaftspreis 2010 & 2011, OEGGG+BGGF Posterpreis 2011) (Doc-fForte-Stipendium, ÖAW & bmwf)	Dr.in Winkler

8. Lehre

8.1. Lehrangebot im WS 2011/2012 und SS 2012

Die geburtshilflich-gynäkologische Klinik (Hauptvorlesung) wird von Prof. Marth, für den Bereich „gynäkologische Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin" von Prof. Wildt 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 2.07: 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	Alge, Berger, Concin, Brezinka
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, Angerer-Dengg, Berger, Böttcher, Brantner, Brezinka, Concin, Czech, D'Costa, Fiegl, Huemer, Jerabek-Klestil, Mutz-Dehbalaie, Nehoda, Net, Reimer, Sölder, Strobl E, Strobl I, Taucher, Tiechl, Wagener, Weissenböck, Widschwendter, Zeimet, Ziehr
Labormethoden im Rahmen der praktischen Gynäkologie	Müller-Holzner
Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe	Bergant
Gentherapie und Immuntherapie in der gynäkologischen Onkologie	Zeimet
Literaturkolloquium Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Wildt
Spezielle Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Wildt
Privatissimum für Dissertanten	Daxenbichler, Marth, Wildt, Zeimet

Titel der Lehrveranstaltung	**Anzahl StundentInnen**
Gynäkologisches Praktikum	540
Famulaturen	33
EAP-Prüfungen	51
KPJ-StudentInnen	21

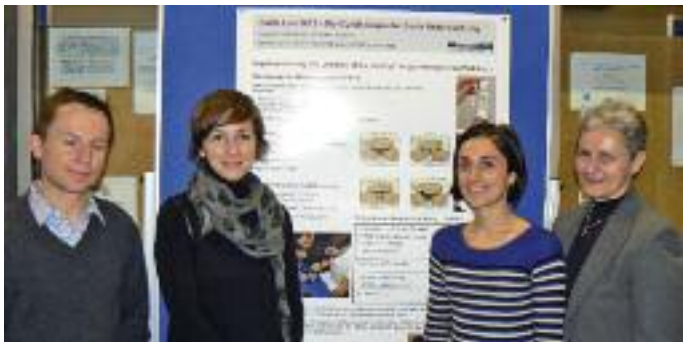
8.2. Dissertationen/Diplomarbeiten

2012 wurden folgende Dissertationen und Diplomarbeiten an der Frauenheilkunde fertiggestellt:

Name (alphabethisch)	**BetreuerIn**	**Diplomarbeit**
Bauer Eva-Maria	Concin	Prognostic significance of gamma-glutamyltransferase in patients with endometrial cancer: a multi-center trial
Bruch Maximilien	Concin	Gamma-glutamyltransferase is a prognostic marker for overall survival in 113 patients with cervical cancer
Folie Roswitha	Brezinka	Ultraschall im Hebammensetting (FHG Tirol, Hebammen)
Goldner Roberto	Zeimet	Wertigkeit einer Omentektomie bei klarzelligen und serös-papillären Endometriumkarzinomen
Haslwanter Lydia	Brezinka	Fetoembryonale, senso-neurologische Entwicklung, frühkindliches Reizempfinden und intrauterine Stimulationsmöglichkeiten (FHG Tirol, Hebammen)
Izadi Behnaz	Zeimet Ramoni	Outcome kongenitaler Zwerchfellhernien an der Universitätsklinik Innsbruck
Katzlinger Johanna	Brezinka	Die Buchgeschenke der Besatzer – Aufarbeitung der von den französischen Behörden 1945–1955 der Innsbrucker Frauenklinik gestifteten französischen Fachbücher in Gynäkologie und Geburtshilfe
Kostner Alexia	Brezinka	Migräne in der Schwangerschaft – Diagnostik, Therapie und Erfahrung betroffener Frauen (FH Claudiana Bozen, Hebammen)
Lechner Christian	Wildt	AMH während Chemotherapie unter Fertilitätsprotektion mittels GnRH-Analoga
Lunger Fabian	Wildt	Insulinresistenz bei
Rothe Friederike	Wildt	Histologische Evaluation von murinem Ovarialgewebe nach Kryokonservierung und dynamischer in vitro Kultur
Salama Mahmoud Abdelhalim	Wildt	Reproductive aging including cryopreservation of ovarian tissue and pharmacological protection of ovarian follicles during chemotherapy (OEGGG+BGGF Posterpreis 2011)
Steurer Theresia	Marth Scheier	Einstellung zum und das Wissen über das Down Syndrom von schwangeren Frauen vor der Ersttrimester-Sonographie
Stühlinger Xenia	Wildt	Östrogene und die Brust – ein Wechsel des aktuellen Paradigmas
Thumann Carolin	Wildt Ziehr	Auswertung immunologischer Befunde bei Kinderwunschpatientinnen

8.3. Erfolg mit neuem Praktikumskonzept

(Dr.in Irene Mutz-Dehbalaie)



Prof. Wolfgang Prodinger (Vorsitzender der Curricularkommission) und (vrnl) Dr.in Karen Pierer (Vizerektorat für Lehre) mit Dr.in Christine Brantner und Dr.in Irene Mutz-Dehbalaie, den beiden an der Frauenklinik für das Praktikum zuständigen Assistentinnen.

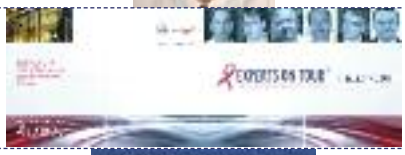
Das Gynäkologische Praktikum wurde mit Wintersemester 2011/2012 umstrukturiert. Bereits im Mai 2011 wurde in der Curricularkommission die Reduktion der Semesterwochenstunden auf die Hälfte beschlossen. Dadurch ist es gelungen, die Studentenzahlen im Praktikum zu halbieren und somit eine entscheidende Qualitätsverbesserung zu erreichen. Von bisher 2×4 Tagen Praktikum im 9. Studiensemester und 2×4 Tagen im 10. Semester wurde das Praktikum auf lediglich 4 Tage/Semester reduziert. Aber auch die Struktur wurde grundlegend verändert, die Lehrinhalte wurden gestrafft und der organisatorische Ablauf optimiert.
Nun verläuft das Praktikum nach einem Konzept, das eine kurze theoretische Einführung im Hörsaal mit Fokus auf die spezielle Anamnese beinhaltet. Danach haben die Studenten in Gruppen zu 5–7 Personen die Gelegenheit, praktische Fertigkeiten entweder an den Untersuchungsmodellen oder bei der Anamneseerhebung am Patienten zu erwerben. Abschliessend werden die Patientenfälle in Kleingrupen besprochen, dabei liegt uns die Interaktion Student – Lehrender besonders am Herzen.
Die statistische Auswertung der Studentenbefragung durch das Vizerektorat für Lehre ergab eine deutlich gesteigerte Zufriedenheit mit dem „Gynäkologischen Praktikum NEU". Auch die Lehrenden der Frauenklinik sehen in der Reduktion der Praktikumsgruppengröße und der Umstrukturierung eine Erleichterung im Vermitteln der Lehrinhalte.
Die MUI Innsbruck veranstaltete zum zweiten Mal die Ausschreibung „Clinical Skills Lab", durch die Lehrprojekte finanziell gefördert werden sollen.
Stolz über den Erfolg ihres Praktikumentwurfes „Gynäkologisches Praktikum NEU" haben Irene Mutz-Dehbalaie und Christine Brantner sich mit dem neuen Praktikumskonzept für diese Ausschreibung um die Anschaffung von Untersuchungsmodellen beworben. Mit dem eingereichten Lehrprojekt „Die Gynäkologische Basisuntersuchung" gelang es, neben vier weiteren Projekten der Universität, Fördermittel der MUI in der Höhe von 10.000 Euro zu lukrieren.
Das Projekt wurde als Poster am Curriculumstag präsentiert und mit dem 2. Preis ausgezeichnet.

9. Fortbildungen

9.1. Montagskonferenzen

Datum	ReferentIn	Titel
09.01.12	M. Hubalek	Kongressbericht San Antonio 2011
16.01.12	Neuner / Ethicon	Ensil- und Harmonic-Präsentation (Generator)
23.01.12	A. Berger	Keimstrangstroma-Tumore, etc.
30.01.12	Dr. M. Kleines	HPV Diagnostik am Institut für Virologie
06.02.12	E. D'Costa	Genese des Npl.ovarii aus den Fimbrien
20.02.12	Mag. G. Umshaus	Umstellung Allgemeine Ambulanz auf digitale Ambulanzkarte
27.02.12	PDoz. F. Kralinger, Dr. S. Euler, F. Preishuber	Präsentation „Logbuch neu"
05.03.12	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
12.03.12	Mag.[a] M. Augl	Workshop „MyMedis" OP-Organisation
19.03.12	S. Taucher	SOLE Studie
26.03.12	L. Wildt	Pille mit Östradiol
16.04.12	R. Nehoda	Burn out Syndrom bei Ärzten
23.04.12	Dr. Hübschen / Eisai	Update Eribulin
30.04.12	I. Mutz-Dehbalaie	HE4
14.05.12	C. Brezinka	Warum wird geklagt? Veränderung bei den Vorwürfen in Arzthaftungsfragen
21.05.12	C. Marth	Perioperatives Management
11.06.12	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
18.06.12	C. Brezinka	Ultraschall + HCG in der Früh-SS, bei Abortus- und Plazentaresten
25.06.12	Prof. R. Meier	Advances in gynecologic excellence
16.07.12	Dr.[in] I. Schneitter	Bonding bei Sectio
	A. Ramoni	Magnesium als fetale Neuroprotektion
06.08.12	Dr. S. Navarro-Psihas	Neugeborenenreanimation
20.08.12	C. Brezinka	„Babyfernsehen" und psychosomatische Auswirkungen des Ultraschalls i. d. SS
27.08.12	I. Mutz-Dehbalaie	Lupus in der SS
03.09.12	C. Brezinka	Rolle der Reproduktionsmedizin beim Wandel des Familienbildes
17.09.12	C. Marth, F. Preishuber	Mafög: Ausbildungsziele, Kompetenzen
24.09.12	M. Mahlknecht / Vivocell	Schulung Nabelschnurblutentnahme
01.10.12	Mag.[a] S. Aufhammer / kontakt&co	Projektbericht: „Wir sind Eltern"
08.10.12	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
22.10.12	B. Seeber	Medikamentöse Behandlung bei Fehlgeburten
05.11.12	Mag. G. Umshaus	PAP-Liste
12.11.12	A. Widschwendter	Anatomie der Vulva
19.11.12	C. Mörwald / A. Rieder	MyMedis – Planung
10.12.12	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
17.12.12	C. Mörwald / A. Rieder	MyMedis – Dokumentation

9.2 Fach-Fortbildungen

Datum, Ort	Titel	
28.02.12 Innsbruck	Prof. K. Barnhart, Philadelphia Perinatal Outcomes of Assisted Reproductive Technologies Epidemiology of Reproduktion Correct and Efficient Diagnosis of Early Pregnancy	
05.03.12 Innsbruck	Experts on Tour: Individualisierte Brustkrebstherapie – Quo vadis?	
19.-21.04.12 Salzburg	XXI. Wissenschaftliche Tagung der AGO	
26.04.12 Innsbruck	Sind intensivmedizinische Maßnahmen und Reanimation bei onkologischen Patienten vertretbar?	
13.06.12 Innsbruck	Post-ASCO	
16.06.12 Fügen	Sommerfortbildung	

19.09.12 Innsbruck	HER2 Meeting Mammakarzinom	
04.-06.10.12 Loas	16. Onkologischer Alpengipfel	
06.10.12 Bozen	5. Brustkrebs-Akademie Projekt Diplompatientin	
18.10.12 Innsbruck	Tu felix Austria!! – Braucht Österreich wirklich keine kostenlose HPV-Impfung für seine Jugend?	
17.11.12 Längenfeld	Winterfortbildung	
12.12.12 Innsbruck	Prof. R. Zeilinger Circulating Tumor Cells in Ovarian Cancer A study of the OVCAD Consortium	

10. Pressespiegel

Datum	Titel	Medium
Jänner	• Weltfrauentag: OEGGG setzt sich erneut für HPV-Impfung ein! • HER2-positives Mammakarzinom	JARTOS
Jänner	Bilder als Vermittler von Gefühlen	hallo
Jänner	Ein besonderes Service	hallo
9. Jänner	Baby des Tages: Sandro boxt sich durchs Leben	Tiroler Tageszeitung
11. Jänner	Dürfen Frauen während der Wehen essen?	derStandard
12. Jänner	Dürfen Frauen während der Wehen essen?	OBSERVER
17. Jänner	Innsbruck: Gute Überlebenschancen für Frühgeborene	tirol.ORF.at
17. Jänner	Behandlung von Frühgeborenen	Tiroler Tageszeitung
17. Jänner	Für Frühchen ist Innsbruck offenbar ein sehr gutes Pflaster-Die Klinik liegt weltweit bei der Betreuung an der Spitze	ORF – Tirol Heute
18. Jänner	Spitzenmedizin für „Frühchen"	Kronen Zeitung
18. Jänner	Gekommen, um zu bleiben	Tiroler Tageszeitung
21. Jänner	Brustkrebs verstehen: Neuer Film klärt auf	Kronen Zeitung
27. Jänner	Schwangere abgewiesen im AKH Wien	APA
27. Jänner	Schwangerschaften: 50 Prozent enden nicht mit Geburt	Tiroler Tageszeitung
30. Jänner	Baby des Tages: Musikalität in die Wiege gelegt	Tiroler Tageszeitung
Februar	• Einsatz von liposomalem Doxorubicin in der Behandlung des Ovarialkarznoms • Prävention, Diagnostik Behandlung und Nachsorge • Von der Pränataldiagnose zur Fetalmedizin	JATROS
2. Februar	Weltkrebstag – gemeinsame Aktion gegen den Krebs	BauernZeitung
3. Februar	Die Tricks der Profis	Woman
7. Februar	Baby des Tages: Das große Wunder namens Elisa	Tiroler Tageszeitung
14. Februar	Baby des Tages: Valentina, die kleine Prinzessin	Tiroler Tageszeitung
15. Februar	In der Regel schmerzhaft	Tiroler Tageszeitung
21. Februar	Brustkrebs: Konsensuspapier der Gynäkologen	AEK – Ärztezeitung
21. Februar	Drillingsmutter kann wieder lachen	Tiroler Tageszeitung
22. Februar	Baby des Tages: Der erste Enkerl ist ganz brav	Tiroler Tageszeitung
29. Februar	Baby	ORF – Tirol Heute
März	Beiträge zur Jahrestagung der OEGGG	GYN-Aktiv
16. März	Österreich Schlusslicht bei HPV-Impfung – Prof. Marth	Kronen Zeitung
21. März	Baby des Tages: Das erste Enkelkind	Tiroler Tageszeitung
April	Das andere Geschlecht	OBSERVER & ÖKZ
2. April	Pink Ribbon – mehr als eine Schleife	Media Planet
8. April	Brustkrebs Früherkennung – Wozu?	Media Planet
10. April	Brust Gesundheitzentrum Tirol	Media Planet
11. April	Ratgeber Mammographie	ORF Tirol
19. April	XXI. Wissenschaftliche Tagung der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie	OEGGG
20. April	Krebs besiegen – BrustGesundheitZentrum Tirol	Media Planet
26. April	Sind intensivmedizinische Maßnahmen und Reanimation bei Onkologischen Patienten vertretbar?	ratio-College
Mai	Ratgeber Mammographie	ORF
8. Mai	Baby des Tages: Zum Geburtstag kam Paul	Tiroler Tageszeitung

10. Mai	Baby des Tages: Dreimäderlhaus ist komplett	Tiroler Tageszeitung
31. Mai	Baby des Tages: Paul wird ein Fußballer	Tiroler Tageszeitung
Juni	Wertheim-Preis 2012 für den Vater der HPV-Impfung Einsatz von liposomalem Doxorubicin in der Therapie des Ovarialkarzinoms „Wir haben die Möglichkeit und nutzen sie nicht“ Expertenforum: Hormonersatztherapie in der Praxis	GYN-Aktiv
Juni	Methoden des Fertilitätserhalts bei onkologischen Patientinnen	krebs:hilfe!
Juni	Schwangerschaftsverlauf während und nach Chemotherapie	krebs:hilfe!
Juni	Neue Kampagne für die HPV-Impfung	krebs:hilfe!
Juni	Schlaf, Kindlein, Schlaf	Gesund in Tirol
Juni	mTOR-Inhibition als Meilenstein	krebs:hilfe!
2. Juni	Schutz vor humanen Papillomviren durch frühzeitige Impfung	Media Planet
5. Juni	Kinderwunsch und seine Folgen - Podiumsdiskussion	Haus d.Begegnung
11. Juni	Habilitationen	MUI – myPoint
20. Juni	Ein Film über Brustkrebs	Tiroler Tageszeitung
21. Juni	Warum Eisenmangel erkannt und behandelt werden sollte	Med. Uni Innsbruck
16. Juli	Künstliche Befruchtung	Tirol heute Servus TV
17. Juli	Ein Baby nicht um jeden Preis	Tiroler Tageszeitung
17. Juli	Baby des Tages: Tobias, ein Sonntagskind	Tiroler Tageszeitung
25. Juli	Baby der Tages Ein Sonnenschein namens Lena	Tiroler Tageszeitung
21. August	Baby des Tages Der kleine Anton ist da	Tiroler Tageszeitung
21. August	Initiative für HPV-Impfung: Nationales Impfprogramm fehlt	MUI - myPoint
3. Sept.	Baby des Tages: Nayla heißt die vierte Tochter	Tiroler Tageszeitung
17. Sept.	Baby des Tages Ein Stammhalter für die Gumrizas	Tiroler Tageszeitung
18. Sept.	Baby des Tages: Denise wird Skirennfahrerin	Tiroler Tageszeitung
24. Sept.	Baby des Tages: Das erste Foto ist im Kasten	Tiroler Tageszeitung
27. Sept.	Auf der Suche nach neuen Tumormarkern bei Brustkrebs	Forum MedizinUni
27. Sept.	Ringvorlesung „gender medicine: Geschlechtserforschung in der Medizin“	Forum MedizinUni
1. Oktober	Baby des Tages: Eine glückliche Familie	Tiroler Tageszeitung
6. Oktober	Projekt Diplompatientin	mamazone
18. Oktober	Streitgespräch: HPV-Impfung	ratio-College Tiroler Tageszeitung
17. Nov.	Fortbildung Wintersemester	Frauenklinik
28. Nov.	Einschneidende Erlebnisse	Tiroler Tageszeitung
30. Nov.	Diagnose Eierstockkrebs	Forum MedizinUni
30. Nov.	Vom Labor bis zur Behandlung	Forum MedizinUni
5. Dez.	Anonyme Entbindung senkte Zahl der Kindestötungen	Tiroler Tageszeitung
5. Dez.	Myome schrumpfen lassen	Tiroler Tageszeitung
Dezember	Erfolgreiche Aktionen für Pink Ribbon	Tiroler Tageszeitung
Dezember	Eine kritische Begleitung	Ethik

Obige Liste stellt nur einen Auszug der Pressemeldungen dar.

Weltkrebstag – gemeinsame Aktion gegen den Krebs

VORSORGE – *30 bis 40 Prozent der Todesfälle könnte man durch vernünftigen Lebensstil und rechtzeitiges Erkennen von Krebserkrankungen vermeiden.*

Der Weltkrebstag findet jährlich am 4. Februar statt und hat zum Ziel, das Vorbeugung, Erforschung und Behandlung von Krebserkrankungen ins öffentliche Bewusstsein zu rücken.

Anlässlich dieses Tages führte die Bauernzeitung ein Interview mit Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, dem Direktor der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Innsbruck.

Wie viele Menschen in Österreich erkranken jährlich an Krebs?

Jedes Jahr erkranken in Österreich etwa 40.000 Menschen an Krebs.

Wie hoch ist die genetische Veranlagung für eine Krebserkrankung?

An und für sich ist die überwiegende Mehrzahl der Krebserkrankungen nicht genetisch verursacht. Es gibt allerdings Ausnahmen, dies betrifft vor allem Brustkrebs, Eierstockkrebs sowie Darmkrebs. Dabei können bis zu fünf Prozent der Erkrankungen durch Vererbung ausgelöst werden.

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Frauen, die aus Familien stammen, in denen gehäuft derartige Krebserkrankungen auftreten, eine Beratung aufsuchen, wie z. B. die Sprechstunde für [illegible] Krebserkrankungen an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde in Innsbruck.

Sind Frauen häufiger von Krebserkrankungen betroffen?

Männer sind etwas häufiger betroffen als Frauen. [illegible] Geschlechtern [illegible] Tumorerkrankungen [illegible] den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache dar.

Der Geschlechtsunterschied ist vor allem [illegible] Gebärmutterkörper oder Eierstock. An vierter Stelle dann bösartige Erkrankungen der Atemwegsorgane, wie z. B. Lungenkrebs.

Wie hoch sind die Heilungschancen bei Brustkrebs?

Die Heilungsaussichten sind natürlich abhängig von der frühen Diagnostik. Durch die Vorsorge-Mammographie gelingt es zunehmend, Tumore in einem Frühstadium zu diagnostizieren. Damit gibt es auch ganz ausgezeichnete Chancen, die Krankheit zu überleben. Durch die Frühdiagnostik werden z. B. an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Innsbruck derzeit über drei Viertel der Patientinnen im Frühstadium operiert. Aus diesem Grund sind nach fünf Jahren noch mehr als 90 Prozent der Patientinnen am Leben.

Gibt es Lebensmittel, die eine Krebserkrankung fördern oder bzw. vor Krebs schützen?

Prinzipiell reduziert eine gesunde Ernährung, die viel frischen Obst und Gemüse enthält, ohne Zweifel die Krebshäufigkeit. Generell hängt ein erhöhtes Körpergewicht mit häufigerer Krebserkrankung zusammen. Alkohol im Besonderen kann verschiedene [illegible]

Brustkrebs ist die häufigste bösartige Erkrankung bei Frauen.

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

Internationale Studie zeigt Erfolg für Fachabteilung an Innsbrucker Kinderklinik

Spitzenmedizin für „Frühchen"

Die rund 80 Frühgeborenen, die jedes Jahr an der Uniklinik Innsbruck zur Welt kommen, sind gut aufgehoben. Mehr als 97 Prozent der Kinder überleben. Das ist laut einer internationalen Studie an 900 Kliniken ein absoluter Spitzenwert. [illegible]

[illegible]

Gynäkologie-Leiter Marth und Neonatologie-Leiterin Kiechl-Kohlendorfer sagen Dank.

[illegible]

Gesundheitsbranche

Alle Berufe auf einer Infomesse

[illegible]

mamazone
PROJEKT DIPLOMPATIENTIN

ZONTA CLUB INNSBRUCK I
LADIES CIRCLE 2 TIROL
BENEFIZKONZERT
Christoph Berner
Klavier
Florian Berner
Violoncello
artpress

Weltfrauentag: OEGGG setzt sich erneut für HPV-Impfung ein!

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
Präsident der OEGGG

Univ.-Prof. Dr. Alain Gustav Gregl
Präsident der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie der Region (AGO) der OEGGG

WISSENSCHAFTLICHE BEIRÄTE

SABCS 2011

HER2-positives Mammakarzinom

Ein weiteres Mal bot das SABCS 2011, das von 6. bis 10. Dezember in San Antonio, Texas, stattfand, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zur Diagnose und Therapie des Mammakarzinoms. Einige Highlights zum Thema HER2-positives Mammakarzinom mit Einfluss auf den Behandlungsalltag wollen hier dargestellt werden.

Pathologisch komplette Remission (pCR) beim HER2+ Mammakarzinom: Surrogatmarker für das Gesamtüberleben

„Einige Male am Tag sollte man das Baby in Bauchlage bringen, damit die Nackenmuskulatur gestärkt wird."

Erfolgreiche Aktionen für Pink Ribbon

Innsbruck, Kitzbühel – Alljährlich trifft die Diagnose Brustkrebs 430 Frauen in Tirol (5000 Frauen in Österreich).

1992 gründete Evelyn Lauder in den USA die „Pink Ribbon Aktion", die mittlerweile weltweit jedes Jahr im Oktober begangen wird. Seit zehn Jahren wird das „Pink Ribbon" von der Österreichischen Krebshilfe genutzt, um auf die Bedeutung der Früherkennung von Brustkrebs hinzuweisen und Spenden zu sammeln.

Mit zwei großartigen Aktionen wurde die Pink-Ribbon-Idee in Tirol unterstützt: Beim Tour-Stopp der Österreichischen Krebshilfe Tirol überreichte Casino-Innsbruck-Marketingleiterin Carina Mauthner einen Spendenscheck in Höhe von 4000 Euro an die Pink-Ribbon-Organisation.

Andrea L'Arronge, Botschafterin für Brustkrebs Deutschland, hatte das erste Soko-Kitzbühel-Golfturnier am GC Eichenheim organisiert. Die Spendenfreudigkeit der Gäste war enorm, mehrmals wurde die Summe nach oben redigiert: Schlussendlich waren es 21.360 Euro, di in die Pink-Ribbon-Kass flossen. *(stk)*

Carina Mauthner (Casino), Klinik-Chef Cl
GF Anita Tusch, Monika Lanz-Pittl (v. l.).

8 | Forum MedizinUni

Auf der Suche nach neuen Tumormarkern bei Brustkrebs

Myome schrumpfen lassen

Eine neue Tablettentherapie verspricht, Gebärmuttermyome rasch und langanhaltend zu verkleinern. Die Chance, gebärmuttererhaltend zu operieren, soll dadurch erhöht werden.

Formen von Myomen

Einschneidende Erlebnisse

Stefan Abenthung und Christina Malle mit Klein Sandro. Foto: Zimmermann

Sandro boxt sich durchs Leben

Innsbruck – Über einen Stammhalter freuen sich Christina Malle und Stefan Abenthung. In der Innsbru-

Daniela Seiwald und Hannes Mader mit Marie Elisabeth. Foto: Zimmermann

Musikalität in die Wiege gelegt

Innsbruck, Rietz – Als Geschenk des Himmels bezeich-

Monika Wille und Albin Hammerle mit Felix und Paul. Foto: Zimmermann

Zum Geburtstag kam Paul

Innsbruck, Arzl i.P. – Ein besonderes Geburtstagsgeschenk gab es heuer für Albin Hammerle. Seine Freundin

Julia und Jens Wilke mit Heidi, Maja und Baby Olivia. Foto: Wilke

Dreimäderlhaus ist komplett

Innsbruck, Rinn – Schon wieder so ein süßer Knopf im Hause Wilke in Rinn. Olivia kam am 19. April in Innsbruck zur Welt, mit 45 cm und 2210 g. Ihre Schwestern Heidi und Maja platzen vor Stolz und eifern im Kampf ums „Hopperlendürfen" ganz or-

Daniela Steffan und Andreas Mayr mit ihrem Baby Paul. Foto: Zimmermann

Paul wird ein Fußballer

Innsbruck, Rinn – Mama Daniela Steffan und Papa Andreas Mayr wissen schon genau, was die beiden aktiven Ballsportler ihrem Sohn Paul so bald wie möglich beibringen wollen: Fußball. Vorerst muss der junge Rinner erst wachsen, um von seinen 3085 g

David und Rita Lieberherr mit Elisa. Foto: Zimmermann

Das große Wunder namens Elisa

Innsbruck, Rum – Ein „Dreimäderlhaus" ist nach Aussage von Mama Rita durch ein „großes Wunder namens Elisa" nun bei der Familie Lieberherr in Rum komplett geworden. Elisa kam am 25. Jänner in der Innsbrucker Klinik mit 3295 g und 50 cm auf die Welt. Neben Papa David Lieberherr freut sich Alena (2) über das Baby. (rip)

Margret und Gabriel Thaler mit ihrem Stammhalter Anton

Der kleine Anton ist da

Innsbruck – Anton ist am 17. August in der Innsbrucker Klinik zur Welt gekommen. Mama Margret – eine 77-Mit-

Mama Evelyne Gumriza mit ihrem Stammhalter Darcy.

Ein Stammhalter für die Gumrizas

Innsbruck – Über einen Stammhalter – der in der Klinik Innsbruck das Licht der

Gekommen, um zu bleiben

Für Frühgeborene gibt es in Tirol gute Überlebenschancen. Die Kinderklinik liegt hier international im Spitzenfeld.

Im siebten Himmel: Mama Jennifer Knispel, Papa Martin Pock mit Baby Phillip und Jeraldine.

Eine glückliche Familie

Innsbruck, Schönberg – Über

tilak
Das erste zertifizierte BrustGesundheitZentrum in Österreich empfiehlt ihnen
Brust Gesundheit zentrumtirol
„Kunden erwarten von Ihrer Bank eine präzise Diagnose."
„Und eine individuelle Beratung"
Tiroler SPARKASSE

11. Adressen Gynäkologie/Geburtshilfe

Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
A-6020 Innsbruck · Anichstraße 35
frauenheilkunde@uki.at
www.frauenklinik.at
www.BrustGesundheitZentrum.at
Tel.: +43 (0)50 504-DW (zum Ortstarif)
Fax: +43 (0)50 504-230 55
2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

Direktor: O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
E-Mail: christian.marth@i-med.ac.at
DW: -230 50

Sekretariat: Ingrid Zeimet-Kirchmair
E-Mail: ingrid.kirchmair@uki.at
DW: -230 51

StudentInnensekretariat: Margit Bültemeyer
E-Mail: margit.bueltemeyer@uki.at
DW: -257 50

Klinikmanager: Mag. Franz Preishuber
E-Mail: franz.preishuber@uki.at
DW: -231 05

Geschäftsführender Oberarzt: OA Dr. Otto Huter
E-Mail: otto.huter@uki.at
DW: -230 51

Pflegedienstleitung: DGuKS Elisabeth Schmid
E-Mail: elisabeth.schmid@uki.at
DW: -230 53

Studienzentrale: AGO
Leiterin: Mag.ª Dr.in Regina Berger
E-Mail: ago.studienzentrale@i-med.ac.at.
DW: -241 62
Fax: -224 58

Studienzentrale: Mamma
Leiterin: Mag.ª Carmen Albertini
E-Mail: carmen.albertini@i-med.ac.at
DW: -241 42
Fax: -230 72

Tumordatenbank
Dr.in Justina Angerer
E-Mail: justina.angerer@uki.at
DW: -241 42
Fax: -224 58

11.1. Ambulanzen und Sprechstunden

Haus 3 - Frauen-Kopf-Klinik (Haus3-FKK), Tel. +43 (0)50 504-DW
(Durchwahlnummern und E-Mail-Adresse siehe unten bei den jeweiligen Ambulanzen)

Ambulanzzeiten:
Mo – Fr: 8.00 – 15.30
nur mit Terminvereinbarung (Mo – Fr: 8.00 – 12.00) falls bei der jew. Sprechstunde nicht anders angegeben
Akutfälle ohne Termin
MZA Notfallaufnahme
Mo – Fr: 15.30 – 8.00, Sa, So, Fei: 0.00 – 24.00

Ambulanz	Tag	Zeit	DW	Anmerkung
ALLG. AMBULANZ	Mo – Fr	08.00 – 15.30	23101	Terminvereinbarung Tel. 23060 frauenklinik.ambulanz@uki.at Haus3-FKK|2.St.|Leitstelle
Allg. Ambulanz ABENDsprechstunde Mo: OA Dr. S. Fessler Di: OA Dr. S. Kropshofer Mi: A.Univ.-Prof. Dr. A. Widschwendter / Ass.-Prof.in Dr.in E. Sölder	Mo – Mi	16.00 – 17.30	23101	Terminvereinbarung Tel. 23060 Haus3-FKK|2.St.|Leitstelle
Allg. Ambulanz HIV-Sprechstunde	Di, Mi	12.00 – 13.30	23101	Terminvereinbarung Tel. 23060 Haus3-FKK|2.St.|Leitstelle
Allg. Ambulanz KVF-(Dysplasie-)Sprechstunde		nach Vereinb.	23101	Terminvereinbarung Tel. 23060 Haus3-FKK|2.St.|Leitstelle
Allg. Ambulanz MIGRANTINNENsprechstunde Vreme prijema za imigrantkinje na klinici za ginekologiju i akušerstvo Kadin kliniginde göçmen kadinlar için muayene saatleri		nach Vereinb.	23101	Terminvereinbarung Tel. 23060 Muttersprache und allf. Dolmetschbedarf angeben Haus3|2.St.|Leitstelle
Allg. Ambulanz URODYNAMIK	Mo – Do	08.00 – 15.30	23098	nur mit Terminvereinbarung urodynamik.frauen@uki.at Haus3-FKK|2.St.|Zi.45
BrustGesundheitZentrum-Sprechstunde	Mo – Fr	08.00 – 15.30	23075	nur mit Terminvereinbarung Haus3-FKK|2.St.|Zi.24 brust.ambulanz@uki.at
HEBAMMENsprechstunde	Mo – Fr	08.00 – 15.30	81463	nur mit Terminvereinbarung hebammen.ambulanz@uki.at Haus3-FKK|2.St.|Zi.123 **Kreißsaal-Führung:** jeden Mo+Do 15.00
Hebammensprechstunde AKUPUNKTUR zur Geburtsvorbereitung	Mi, Fr	13.00 – 15.30	81463	nur mit Terminvereinbarung Haus3-FKK|2.St.|Zi.123

ONKOLOGIEsprechstunde	Mo – Fr	08.00 – 15.30	23064	nur mit Terminvereinbarung onko.gyn@uki.at Haus3-FKK|2.St.|Zi.20
Onkologiesprechstunde familiär bedingte MALIGNOME	Mo	11.30 – 13.45	23064	nur mit Terminvereinbarung Haus3-FKK|2.St.|Zi.20
SCHWANGERENsprechstunde	Mo – Fr	08.00 – 15.30	23070	nur mit Terminvereinbarung (Mo-Fr 13.00-15.00) schwangeren.ambulanz@uki.at Haus3-FKK|2.St.|Zi.34
ULTRASCHALL FETALMEDIZIN	Mo – Fr	08.00 – 15.30	23057	nur mit Terminvereinbarung (Mo-Fr 13.00-15.00) fetalmedizin@uki.at Haus3-FKK|2.St.|Zi.56
STILLsprechstunde	Di	08.00 – 13.00	82151	nur mit Terminvereinbarung still.ambulanz@uki.at Haus3-FKK|5.St.|Mutter-Kind-Station

11.2. Labore – Physikal. Therapie – Sozialberatung

Morphologisches Labor
Haus3-FKK, 2. Stock
E-Mail: elisabeth.mueller@i-med.ac.at
DW: -230 97

Labor für klinische Biochemie
Haus3-FKK, 2. Stock
E-Mail: heidelinde.fiegl@i-med.ac.at
DW: -231 13

Physikalische Therapie
Haus3-FKK, 5. Stock, Station Gyn 1
E-Mail: alice.hotter@uki.at
DW: -241 13

Sozialberatung
Haus3-FKK, 5. Stock, Station Gyn 1
E-Mail: sozialberatung.gyn@uki.at
DW: -814 65
E-Fax: +43 (0)50 504-67 241 62

11.3. Entbindungsabteilung

Kreißsaal
Haus3-FKK, 2. Stock
E-Mail: entbindungsabteilung@uki.at
DW: -231 04
Fax: -247 89
0.00 – 24.00 Uhr erreichbar

Geburtshilfestation
Haus3-FKK, 2. Stock
E-Mail: entbindungsabteilung@uki.at
DW: -231 04
Fax: -247 89
Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00, Väter ganztägig

11.4. Pflegestationen

Gynäkologie I (Sonderstation)
Haus3-FKK, 5. Stock, Station Gyn 1
E-Mail: gyn1-stat-fkk@uki.at
DW: -241 10
Besuchszeiten: übliche Tageszeit

Station Gynäkologie II (Operativ – Schwangere)
Haus3-FKK, 6. Stock, Station Gyn 2
E-Mail: gyn2-stat-fkk@uki.at
DW: -241 20
Besuchszeiten: täglich 14.00–20.00

Station Gynäkologie III (Onkologie + Mamma)
Haus3-FKK, 6. Stock, Station Gyn 3
E-Mail: gyn3-stat-fkk@uki.at
DW: -241 50
Besuchszeiten: täglich 14.00–20.00

Tagesklinik Gyn 3 (Chemotherapie)
Haus3-FKK, 6. Stock, Station Gyn 3
E-Mail: gyn3-stat-fkk@uki.at
DW: -255 42

Tagesklinik Gyn 4 (Operativ)
Haus3-FKK, 6. Stock, Station Gyn 4
E-Mail: lki.gyn4tk@uki.at
DW: -828 51

Mutter-Kind-Station (Wochenstation)
Haus3-FKK, 5. Stock
E-Mail: muki.fkk@uki.at
DW: -241 30
Besuchszeiten: täglich 14.00–16.00, 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
  E-Mail: medpsych.ambulanz@uki.at

11.6. Psychoonkologische Ambulanz

Ort: Haus3-FKK, Eingangsbereich rechts
Terminvereinbarung Mo – Fr: 9.00 – 11.00
Tel: +43 (0)50 504-236 91
E-Mail: ag.psychoonkologie@uki.at
Sekretariat: Birgit Wolfsgruber

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes
Dr.in Verena Meraner
Mo – Fr von 8.00 – 16.30
Tel.: +43 (0) 50 504-81 534 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. Dr. Ludwig Wildt
E-Mail: ludwig.wildt@i-med.ac.at
DW: -232 76

Sekretariat: Monika Glaser
E-Mail: monika.glaser@i-med.ac.at
DW: -232 76

Ambulanz	Tag	Zeit	Telefon
Endokrinologische Ambulanz und IVF	Mo–Fr	nach Vereinbarung	-230 68
First-Love-Ambulanz	Di + Do	14.00–15.30	-230 68
Hormonambulanz (Abortus habitualis)	Mo–Fr	nach Vereinbarung	-230 68
Hormonambulanz (Menopausensprechstunde)	Mo–Fr	nach Vereinbarung	-230 68
Spezialambulanzen	Mo–Fr	nach Vereinbarung	-230 68

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

www.tirolersparkasse.at/aerzte

Für Ihr gesundes Geldleben: **Ihr s Ärzteservice.**

Ärzte werden in der Tiroler Sparkasse aufgrund der speziellen beruflichen Bedürfnisse und rechtlichen Rahmenbedingungen als eigene Kundengruppe geführt.

Unser Angebot speziell für Ärzte:

- **AesculapCard**, die Kreditkarte mit dem erweiterten Versicherungsschutz für Ärzte
- In der **Praxisgründungsmappe** finden Sie alle wichtigen Informationen zu Geld, Recht, Steuer, Marketing ...
- Flexibles **Finanzieren oder Leasen** – wir erstellen Ihnen gerne ein attraktives Angebot
- **Umfassende Versicherungsberatung** mit objektiven Maklerlösungen – plus Spezialversicherungen für Ärzte
- **Maßgeschneiderte Vermögensberatung** über traditionelle und alternative Investments
- Gemeinsam mit dem wohn²Center am Sparkassenplatz finden und finanzieren wir **Ihre Wunsch-Immobilie**
- **www.s-aerzteservice.at** mit Infos zum Geldleben von Ärzten in Ausbildung, angestellten und niedergelassenen Ärzten

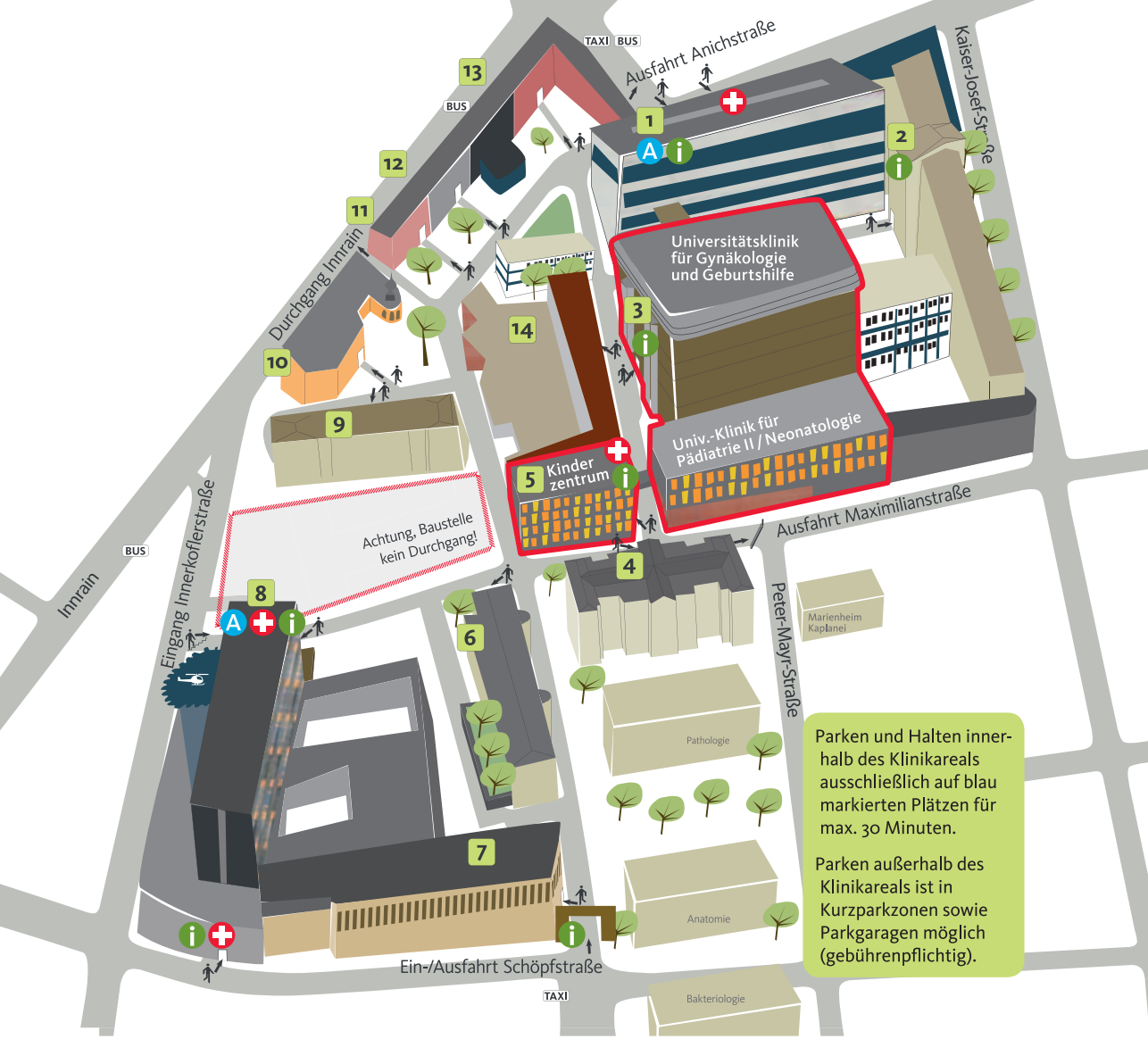
Ihre Ansprechpartner:

Herbert Wötzer
Kundenbetreuer für angestellte Ärzte
Tel.: 05 0100 - 70351
Fax: 05 0100 9 - 70351
herbert.woetzer@tirolersparkasse.at

Andrea Außerlechner
Kundenbetreuerin für angestellte Ärzte
Tel.: 05 0100 - 70979
Fax: 05 0100 9 - 70979
andrea.ausserlechner@tirolersparkasse.at

Mag. Katharina Wagensonner
Kundenbetreuerin für angestellte Ärzte
Tel.: 05 0100 - 70350
Fax: 05 0100 9 - 70350
katharina.wagensonner@tirolersparkasse.at

Tiroler SPARKASSE
In jeder Beziehung zählen die Menschen.



Parken und Halten innerhalb des Klinikareals ausschließlich auf blau markierten Plätzen für max. 30 Minuten.

Parken außerhalb des Klinikareals ist in Kurzparkzonen sowie Parkgaragen möglich (gebührenpflichtig).

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 **Kinderzentrum**
- Information Portier
- Notfallaufnahme Kinder- und Jugendheilkunde

6 **Psychiatrie**

7 **Zentrales Versorgungsgebäude ZVG**

8 **Chirurgie-Gebäude**
- Information Portier
- An- und Abmeldung Chirurgie
- Notfallaufnahme Chirurgie, Innerkoflerstraße
- Notfallaufnahme Unfallchirurgie, Schöpfstraße

9 **Pavillon**

10 **Blutbank**

11 **Vinzenzgebäude**

13 **HNO-Gebäude**

14 **Verwaltungsgebäude**

Michael Samuel Simon Mehmed Monika Lynette Lena Matteo Phillipp
Nuray Dario Ruth Helga Lucia Paul Celina Franz Emma Peter Rubi
Antonia Patrik Enderson Sigrid Joseph Fabian Laurin Yusuf Nelly
Thomas Kevin Anastasia Merlin Eva Viktoria Heinz Raphael Anja
Pia Tamara Manfred Josef Clea Toni Paula Justine Viktor Pamela
Gusta Oskar Meriem Helena Daisy Janos Valentina Zita Hans Arianna
Alma Lukas Nick Esra Julian Gudrun Livia Serafin Nora Raquel Nuray Pasqual

Department Frauenheilkunde · Anichstraße 35 · A-6020 Innsbruck · www.frauenklinik.at