

tilak

Universitätskliniken
LKH Innsbruck



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK
UNIVERSITÄTSKLINIKEN

Department Frauenheilkunde Innsbruck

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



Lara Thomas Guliano Rosa Liam Sharon Alexander Anna Vanessa
onardo Zoe Celeste Renate Christine Lois Valerie Susi Joschuar Andreas
Laura Kevin Amelie Amanda Maria Lea Julia Miriam Elias Caspar Lara
el Marc Christoph Lois Anton Otto Ali Mustafa Florance Lilly Allya Jakob Niklas
Melissa Elias Theo Moritz Sabine Elke Eugenie Sophie Noah Leo Dorian
enjamin Neil Roman Helga Sabrina Sascha Juan Ayse Timna Liam Cora Kurt
Jan Tizian Martha Daphne Benedikt Ludwig Oliver Adrian Ilona Meriem

Jahresbericht 2009

Evra®

Das Verhütungspflaster

befreiend **einfach**
die Pille zum **kleben**



einfach **1x**
wöchentlich kleben

- 3 Pflaster pro Zyklus
- 1 Woche pflasterfrei

- ebenso sicher wie die Pille ^{1,2}
- Umgehung des Magen-Darm-Traktes
- Kein First-Pass Effekt
- Konstante Hormonspiegel über 7 Tage
- Klebt zuverlässig - auch beim Schwimmen, Baden, in der Sauna oder beim Sport

1: Audet, M.C. et al. JAMA May 2001, Vol 285., 2: Hedon, B et al. Int J Gyn Obstet 2002; 70 (suppl1).

Reg.Nr.: 2010-0080 EVR/can/ADS/APR2010/AUT001

Bezeichnung des Arzneimittels: Evra transdermales Pflaster. **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Jedes transdermale 20-cm²-Pflaster enthält 6 mg Norelgestromin (NGMN) und 600 Mikrogramm Ethinylestradiol (EE). Jedes transdermale Pflaster gibt in 24 Stunden durchschnittlich 203 Mikrogramm NGMN und 33,9 Mikrogramm EE ab. Die Arzneimittelexposition wird durch das pharmakokinetische Profil in geeigneter Weise charakterisiert. **Anwendungsgebiete:** Hormonelle Kontrazeption für die Frau; Evra ist für Frauen im gebärfähigen Alter bestimmt. Belegt ist die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit bei Frauen im Alter von 18 bis 45 Jahren. **Gegenanzeigen:** Evra darf bei Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen nicht angewendet werden. Wenn eine dieser Erkrankungen während der Anwendung von Evra auftritt, muss Evra sofort abgesetzt werden: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, Bestehende oder zurückliegende venöse Thrombose, mit oder ohne Lungenembolie; Bestehende oder zurückliegende arterielle Thrombose (z.B. zerebrovaskuläre Durchblutungsstörung, Myokardinfarkt, Retinathrombose) oder Prodrom einer Thrombose (z.B. Angina pectoris oder transiente ischämische Attacke); Migräne mit fokaler Aura; Vorliegen schwerwiegender oder multipler Risikofaktoren für die Entstehung einer arteriellen Thrombose; Persistierende systolische Blutdruckwerte von ≥ 160 mmHg oder diastolische Werte ≥ 100 mmHg; Diabetes mellitus mit Gefäßbeteiligung; Erbliche Dyslipoproteinämie; Mögliche ererbte Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose, beispielsweise Resistenz gegen aktiviertes Protein C (APC-Resistenz), Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus anticoagulans); Bekanntes oder vermutetes Mammakarzinom; Karzinom des Endometriums oder andere bekannte oder vermutete, östrogenabhängige Neoplasmen; Abweichungen der Leberfunktion in Verbindung mit einer akuten oder chronischen hepatobiliären Erkrankung; Leberadenome oder -karzinome; Abnorme Genitalabteilungen ohne Diagnosestellung. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Norelgestromin und Estrogen; ATC-Code: G03AA13. **Sonstige Bestandteile:** Außenschicht: Außere Lage aus pigmentiertem Polyethylen niedriger Dichte, innere Lage aus Polyester; Mittlere Schicht: Polyisobutyl/Polybuten-Klebstoff, Croscopolon, Polyestervlies, Dodecylalcat. Dritte Schicht: Polyethylenterephthalat; (PET) Folie, Dimeticon-Überzug. **Inhaber der Zulassung:** JANSSEN-CILAG INTERNATIONAL N.V., Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Vertrieb für Österreich:** JANSSEN-CILAG Pharma GmbH, 1232 Wien. **Verschreibungspflicht / Apothekspflicht:** Rp, apothekenschlüssig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis

1.

2.

3.

| | |
|--|----|
| Vorwort | 5 |
| 1. Team Frauenheilkunde | 7 |
| 1.1 Team Gynäkologie und Geburtshilfe | 8 |
| 1.2 Team Endokrinologie | 8 |
| 1.3 Gegenfach, Karenz | 8 |
| 1.4 ÄrztInnen-Team | 10 |
| 1.5 Pflege-Team | 12 |
| 2. Struktur | 14 |
| 2.1 MitarbeiterInnen..... | 14 |
| 2.2 Organigramm | 15 |
| 3. Berichte | 17 |
| 3.1 Geburtshilfe | 17 |
| 3.1.1 Fetalmedizin..... | 21 |
| 3.1.2 Laufende Studien der Perinatal Gruppe und der Fetal Research Group..... | 24 |
| 3.1.3 Neue Leistungen im Mutter-Kind-Pass | 26 |
| 3.1.4 Mutter-Kind-Station NEU | 29 |
| 3.1.5 Zusammenarbeit Geburtshilfe – Neonatologie | 31 |
| 3.2 Gynäkologie..... | 32 |
| 3.2.1 Urodynamik – Beckenbodenzentrum | 32 |
| 3.3 Onkologie..... | 35 |
| 3.3.1 Familiäre Malignome | 39 |
| 3.3.2 Loas 2009 – HER-2 | 40 |
| 3.3.3 AGO-Studienzentrale Österreich..... | 43 |
| 3.4 Brustzentrum d. Frauenheilkunde im Rahmen des BrustGesundheitZentrumTirol | 47 |
| 3.5 Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin..... | 51 |
| 3.5.1 Kinderwunschsprechstunde..... | 51 |
| 3.5.2 Kindergynäkologie und First-Love-Ambulanz | 52 |
| 3.5.3 Fertilitätsprotektion bei PatientInnen unter gonadotoxischer Therapie | 53 |
| 3.6 Morphologisches Labor | 54 |
| 3.7 Biochemisches Labor | 56 |
| 3.8 IVF-Labor und assistierte Reproduktion | 58 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3.9 | Pflege..... | 59 |
| 3.10 | Sozialberatung | 61 |
| 3.11 | Physiotherapie | 62 |
| 3.12 | Psychosomatisch-psychotherapeutischer Konsiliar-Liaisondienst..... | 63 |
| 3.13 | Psychoonkologisches Betreuungskonzept | 65 |
| 3.14 | Klinikseelsorge – Lebenszusammenhänge | 67 |
| 3.15 | Webseiten | 68 |
| 3.15.1 | www.frauenklinik.at | 68 |
| 3.15.2 | www.brustgesundheitszentrum.at | 70 |
| 3.15.3 | www.kinderwunsch-zentrum.at | 71 |
| 4. | Highlights | 72 |
| 4.1 | MitarbeiterInnen-Kinder: geboren 2009 | 72 |
| 4.2 | Seit 2009 neu im Haus und herzlich willkommen | 73 |
| 4.3 | 50. Geburtstag von Christian Marth | 75 |
| 4.4 | 60. Geburtstag von Ludwig Wildt | 76 |
| 4.5 | Prof. Dr. Anton Bergant – Danke Toni!..... | 77 |
| 4.6 | Ass.-Prof. Kurt Heim – Primar am KH Kirchdorf an der Krems | 78 |
| 4.7 | Wissenschaftspreis ÖGGG-Award | 78 |
| 4.8 | Wissenschaftspreis der OEGRM | 79 |
| 4.9 | Forum TILAK – „Die Wärme riechen“ | 80 |
| 5. | Klinisches Leistungsspektrum | 82 |
| | Ambulanzen..... | 82 |
| | Stationen | 82 |
| | Einzugsgebiet | 83 |
| | Altersstruktur | 83 |
| | MitarbeiterInnen | 84 |
| | Erlöse – Aufwand | 84 |
| 5.1 | Ambulanzen..... | 85 |
| 5.1.1 | Allgemeine Ambulanz | 86 |
| 5.1.2 | Brustambulanz (BrustGesundheitZentrum Tirol) | 86 |
| 5.1.3 | Endokrinologische Ambulanz | 87 |
| 5.1.4 | Hebammenambulanz..... | 87 |
| 5.1.5 | Onkologische Ambulanz | 88 |
| 5.1.6 | Schwangerenambulanz | 88 |
| 5.1.7 | Stillambulanz..... | 88 |
| 5.1.8 | Ultraschall | 89 |
| 5.1.9 | Urodynamik..... | 89 |

3.

4.

5.

| | | |
|-----------|--|------------|
| 5.2 | Sprechstunden | 90 |
| 5.2.1 | Dysplasie | 90 |
| 5.2.2 | Familiäre Malignome | 90 |
| 5.2.3 | HIV | 90 |
| 5.2.4 | Migrantinnen | 90 |
| 5.3 | Labore | 91 |
| 5.3.1 | Morphologisches Labor | 91 |
| 5.3.2 | Labor für klinische Biochemie | 91 |
| 5.4 | Physikalische Therapie | 91 |
| 5.5 | Sozialarbeit | 92 |
| 5.6 | Geburtshilfe | 93 |
| 5.6.1 | Hebammen-, Entbindungs- u. Stillambulanz | 93 |
| 5.6.2 | Geburtshilfe-Station..... | 93 |
| 5.6.3 | Kreißsaal – Geburten..... | 94 |
| 5.7 | Pflegestationen..... | 96 |
| 5.7.1 | Station Gynäkologie I (Privatstation) | 96 |
| 5.7.2 | Station Gynäkologie II (Operativ) | 96 |
| 5.7.3 | Station Gynäkologie III (Onkologisch) | 97 |
| 5.7.4 | Station Gynäkologie IV (Konservativ/Schwangere – Mamma) | 97 |
| 5.7.5 | Tagesklinik | 98 |
| 5.7.6 | Station Mutter-Kind (Wochenstation) | 98 |
| 5.8 | OP-Statistik | 99 |
| 5.8.1 | Gynäkologische Onkologie..... | 99 |
| 5.8.2 | Gutartige Indikationen | 101 |
| 5.8.3 | Geburtshilfe | 102 |
| 6. | Qualität ist uns wichtig! | 103 |
| 6.1 | Patientinnen-Zufriedenheit..... | 103 |
| 6.2 | Qualitätsmanagement | 105 |
| 6.3 | Risikomanagement | 106 |
| 7. | Forschung | 108 |
| 7.1 | Publikationen Gynäkologie u. Geburtshilfe | 108 |
| 7.2 | Publikationen Endokrinologie | 114 |
| 7.3 | Laufende Studien | 119 |
| 7.3.1 | Mamma-Studien..... | 119 |
| 7.3.2 | Gynäkologische Studien..... | 122 |
| 7.3.3 | Geburtshilfliche Studien | 124 |
| 7.3.4 | Studienpatientinnen | 125 |
| 7.3.5 | Endokrinologische Studien | 127 |

5.

6.

7.

| | | |
|------------|--|-----|
| 7.4 | Präklinische Projekte | 128 |
| 8. | Lehre | 130 |
| 8.1 | Lehrangebot im WS 2008/2009 und SS 2009..... | 130 |
| 8.2 | Dissertationen/Diplomarbeiten | 132 |
| 9. | Fortbildungen | 135 |
| 9.1 | Montagskonferenzen | 135 |
| 9.2 | Fach-Fortbildungen | 137 |
| 10. | Pressespiegel | 145 |
| 11. | Adressen Gynäkologie/Geburtshilfe | 167 |
| 11.1 | Ambulanzen | 168 |
| 11.2 | Labore – Physikal. Therapie – Sozialberatung | 169 |
| 11.3 | Entbindungsabteilung | 169 |
| 11.4 | Pflegestationen | 170 |
| 11.5 | Psychotherapeutische Ambulanz | 171 |
| 11.6 | Psychoonkologische Ambulanz | 171 |
| 12. | Adressen Endokrinologie | 172 |

7.

Impressum: Umschlagseite 3

8.

9.

10.

11.

12.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ich freue mich, Ihnen den Jahresbericht 2009 des Departments Frauenheilkunde und der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Speziellen vorstellen zu können. Obwohl bereits implementiert haben wir mit der Namensgebung immer noch unsere Probleme. Zu sehr hat sich der alte Namen in unser Kleinhirn eingebrannt. Der altmodisch anmutende Ausdruck Frauenheilkunde entspricht aber weiterhin am besten unserem Verständnis vom Fach. Im Zeitalter von „Gender Medicine“ verstehen wir die Gynäkologie als

„Women Health“ im originären Sinn. Die Vision des Frauenarztes als Hausarzt für die Frau ist in einem Zeitalter der Hyperspezialisierung wohl nicht zielführend. Eine Erweiterung unseres Horizontes für frauenspezifische Probleme ist notwendig, um den Herausforderungen an eine moderne Frauenheilkunde gerecht zu werden. „Gender Medicine“ dürfen wir nicht an andere Disziplinen abtreten, dazu müssen wir Stellung beziehen.

Mit dem Jahresbericht bieten wir Ihnen einen Überblick unserer Leistungen an. In der Diskussion über die Qualitätssicherung in der Medizin stellt die Veröffentlichung von Kennzahlen bis hin zu Komplikationen einen wichtigen Baustein dar. Nur dadurch wird es möglich, sich selber immer weiter zu entwickeln und die Qualität zu verbessern. Diese Entwicklung wurde durch Einrichtung einer eigenen Stabsstelle für Qualitätssicherung und Risikomanagement Rechnung getragen. Nur eine konsequente Befassung mit Risiken kann langfristig das Auftreten von Fehlern minimieren. Nach einer Visitation durch internationale Risikospezialisten implementieren wir in allen Bereichen Maßnahmen um Fehler zu vermeiden und Qualität zu steigern. Die Zertifizierung von Bereichen, wie etwa das BrustGesundheitZentrum, oder der Gynäkologischen Onkologie als Kompetenzzentrum gehört ebenso dazu.

Besondere Freude empfinde ich über die wissenschaftliche Aktivität des Teams, das auf nationaler Ebene und vor allem auch International große Aufmerksamkeit erregt hat.

Ein derartiger Jahresbericht ist für uns auch stets eine Grundlage für Diskussionen. Sie sind herzlich dazu eingeladen, uns Ihre Ideen und Kritikpunkte mitzuteilen. Ich garantiere persönlich dafür, dass diese ausnahmslos und eingehend geprüft werden.

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

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

Auch im Jahre 2009 konnte die erfolgreiche Arbeit der Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin fortgesetzt werden. Durch die Einführung neuer Methoden, wie die IMSI (Intrazytoplasmische Morphologisch selektierte Spermien Injektion), die Polkörperdiagnostik sowie die Etablierung neuer Kulturmethoden konnte die Schwangerschaftsrate nach assistierter Reproduktion deutlich erhöht werden und die Betreuung unserer Sterilitäts-

patientinnen wesentlich verbessert werden. Weiterhin wurden neue Methoden in der Diagnostik und Therapie endokriner Funktionsstörungen, wie die Knochendichtemessung mittels Ultraschall, der Collagenmessung der Haut, die Messung biophysikalischer Parameter in der Menopause u.a. Verfahren eingeführt bzw. weiter entwickelt. Dies hat zu einer weiteren Steigerung der Patientenzahl, auch im Bereich der gynäkologischen Endokrinologie geführt.

Spezialbereiche in der Betreuung der Patientinnen wie die First Love Ambulanz, die Abortus habitualis Sprechstunde sowie die Betreuung von Transgender-Patienten wurde kontinuierlich ausgebaut.

MitarbeiterInnen der Klinik waren auch 2009 auf zahlreichen wissenschaftlichen Kongressen vertreten und haben neue in Innsbruck erarbeitete Daten vorgestellt. Darüber hinaus waren MitarbeiterInnen der Klinik in österreichischen und internationalen Expertengremien und Advisory Boards zu Fragen der Hormonersatztherapie und der Kontrazeption tätig. Im April 2009 fand unter internationaler Beteiligung der 3. Intensivkurs in Gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in Innsbruck statt.

Im Januar 2009 trat Dr. Wolfgang Biasio als Biologe und Embryologe seine Tätigkeit in unserer Klinik an. Seine große Erfahrung kommt der Betreuung unserer Patientinnen und Patienten sehr zu Gute.

Ich bin überzeugt, dass sich diese positive Entwicklung auch in den kommenden Jahren durch das Engagement aller Mitarbeiter weiter fortsetzen wird.

O.Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt
Direktor Univ.-Klinik f. Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin

1. Team Frauenheilkunde

1.

| Department Frauenheilkunde | |
|---|--|
| O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth Gf. Klinikdirektor | |
| DGuKS Elisabeth Schmid Pflegedienstleitung | |
| DGuKS Eva Triendl PDL-Stellvertreterin | |
| Mag. Franz Preishuber Klinikmanager | |
| Univ.-Klinik f. Gynäkologie und Geburtshilfe | Univ.-Klinik f. 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 Frieß 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, Annemarie Frank, Marianne Gutmann, Anna Harm, Michael Hubalek, Andrea Lawatsch, Elisabeth Müller-Holzner, Franz Preishuber, Günther Putz, Angela Ramoni, Elisabeth Schmid, Regina Stadlmeier, Alain G. Zeimet | |
| OberärztInnen-Konferenz (sechswöchentlich) alle OberärztInnen beider Kliniken | |

1.1 Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

| Bereich | Oberärzte/innen |
|-----------------------|--|
| Perinatalogie | Kreißsaal, Geburtshilfestation, Gyn4, Mutter-Kind-Station, Schwangerenambulanz, |
| Geburtshilfe | OÄ Dr. ⁱⁿ Angela Ramoni Gf.OA Dr. Otto Huter A. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka OÄ Dr. ⁱⁿ Gudrun Windbichler |
| Sonographie | OA Dr. Matthias Scheier Ass.-Prof. Dr. Alexander Alge |
| Onkologie | Gyn1, Gyn3, Morphologie, Brustzentrum, Onkologische Ambulanz, Familiäre |
| Privatstation | Univ.-Prof. Dr. Christian Marth |
| Onkologie | A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet Ass.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Elisabeth Abfalter OA Dr. Daniel Reimer |
| Brustzentrum | OA Dr. Michael Hubalek OÄ Dr. ⁱⁿ Gerda Hofstetter OÄ Dr. ⁱⁿ Karin Matthä A. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Susanne Taucher |
| Morphologisches Labor | A. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. Elisabeth Müller-Holzner |
| Biochemisches Labor | A. Univ.-Prof. Dr. Günther Daxenbichler Doz. Dr. ⁱⁿ Mag. ^a Heidi Fiegl |
| Operativ | Gyn2, OP, Allg. Ambulanz, Urodynamik, HIV, Dysplasie, Laser |
| Gynäkologie | OA Dr. Siegfried Fessler OÄ Dr. ⁱⁿ Alexandra Ciresa-König OA Dr. Stephan Kropshofer Ass. Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Elisabeth Söldner A. Univ.-Prof. Dr. Andreas Widschwendter |
| Urodynamik | OA Dr. Stephan Kropshofer |

1.2 Univ.-Klinik für gynäkologische Endokrinologie und

| Bereich | Oberärzte/innen |
|--|--|
| Kinderwunsch / ART | OÄ Dr. ⁱⁿ Stephanie Frieß, OÄ Dr. ⁱⁿ Janette Müller, OÄ Dr. ⁱⁿ Beata Seeber |
| Hormonsprechstunde Zyklusstörungen, Postmenopause, zyklusabhängige Erkrankungen, Kontrazeption, Transgender | Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt, OÄ Dr. ⁱⁿ Stephanie Frieß OÄ Dr. ⁱⁿ Janette Müller, OÄ Dr. ⁱⁿ Beata Seeber |
| First Love / Kinder-Gynäkologie | OÄ Dr. ⁱⁿ Janette Müller OÄ Dr. ⁱⁿ Beata Seeber |
| IVF-Labor | Doz. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Susanne Hofer, Dr. Wolfgang Biasio |
| Forschungslabor | Doz. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Susanne Hofer, Dr. Wolfgang Biasio OÄ Dr. ⁱⁿ Stephanie Frieß, OÄ Dr. ⁱⁿ Beata Seeber |

1.3 Gegenfach, Karenz

| | |
|-----------|---|
| Gegenfach | |
| Karenz | OÄ Dr. ⁱⁿ Doris Bastl, A. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Nicole Concin Ass.-Prof. Dr. Kurt Heim, OA Dr. ⁱⁿ Veronika Kunczicky |

| | Assistenten/innen | Stationsärzte/innen | Leitende Stationsschwester/BMA |
|--------------------|---|---|--|
| Sonographie | | | |
| | Dr. ⁱⁿ Christine Brunner Dr. Florian Kraxner Dr. ⁱⁿ Nihal Net | Dr. ⁱⁿ Branka Firulovic | <i>Kreisssaal + Geburtshilfestation:</i> Dipl. Heb. Anna Harm <i>Mutter-Kind-Station:</i> DGuKS Luzia Köfler <i>Gynäkologie 4:</i> DGuKS Belinda Posch |
| | Dr. ⁱⁿ Verena Weiskopf-Schwendinger Dr. ⁱⁿ Susanne Zauner | | |
| Malignome | | | |
| | Dr. ⁱⁿ Jasmina Suljkanovic | Dr. ⁱⁿ Jasmina Suljkanovic | <i>Gynäkologie 1:</i> PDL-Stv. DGuKS Eva Triendl |
| | Dr. ⁱⁿ Astrid Berger Dr. Andreas Gschließer | Dr. ⁱⁿ Petra Wiesbauer <i>Tagesklinik:</i> Dr. ⁱⁿ Johanna Salzer Dr. ⁱⁿ Hildegard Wegscheider | <i>Gynäkologie 3:</i> DGuKS Anna-Maria Frank |
| | Dr. ⁱⁿ Regina Achleitner Dr. ⁱⁿ Christine Brantner Dr. ⁱⁿ Eva-Maria Strobl | Dr. ⁱⁿ Elisabeth Lutterotti | |
| | Dr. ⁱⁿ Elisabeth Grubinger Dr. ⁱⁿ Anouk Wagener | | BMA Mag. ^a Martina Chamson |
| | Dr. ⁱⁿ Michaela Angerer-Dengg Dr. ⁱⁿ Susanne Jerabek-Klestil Dr. ⁱⁿ Irene Mutz-Dehbalaie Dr. ⁱⁿ Evelyn Weissenböck | Dr. ⁱⁿ Elisabeth Horvath Dr. ⁱⁿ Bettina Geiger-Wiederman | <i>Gynäkologie 2:</i> DGuKS Maria-Luise Holzknacht <i>Ambulanzen:</i> DGuKS Regina Stadlmeir |

Reproduktionsmedizin

| | Assistenten/innen | Leitende Stationsschwester/BMA |
|--|---|--------------------------------|
| | Dr. ⁱⁿ Verena Mattle | |
| | OÄ Dr. ⁱⁿ Beata Seeber, Dr. ⁱⁿ Verena Mattle Dr. ⁱⁿ Verena Porto, Dr. ⁱⁿ Theresa Czech | |
| | Dr. ⁱⁿ Theresa Czech | |
| | Mag. ^a Iris Berger Dr. Karl Friedrich Murach | |
| | Mag. ^a Iris Berger, Dr. Karl-Friedrich Murach Dr. M. Salama, Dr. ⁱⁿ Katharina Winkler | |
| | Dr. Daniel Egle, Dr. ⁱⁿ Isolde Strobl | |
| | Dr. ⁱⁿ Evelyn Baumgartner Dr. ⁱⁿ Daniela Sarlay-Schweiger | Stand: 30. April 2010 |



Ärztinnen-Team im Department Frauenheilkunde

LEITUNGEN



FBegleitenleitung
Elisabeth Schmid



Stv. PD, Leitung Gyn 1
Eva Triandl



Stv. Leitung Gyn 1
Susanne Schwaiger



Leitung Gyn 2
Maria-Luise Holzkecht



Stv. Leitung Gyn 2
Doris Wolcher



Leitung Gyn 3
Annemarie Frank



Stv. Leitung Gyn 3
Tanja Pösch



Leitung Gyn 4
Sabina Pösch



Stv. Leitung Gyn 4
Corina Fugl



Leitung Mutter Kind
Lutz Koller



Stv. Leitung Mutter Kind
Annelie Föger

PFLEGE

LEITUNGEN



Leitende Medizinerin
Anneli Norn



Stv. Leit. Nebenklinne
Wiegand Wimmer



Leitung OP
Marlene Gubmann



Stv. Leitung OP
Petra Duggendorfer



Leitung Ambulanz
Regina Stadlmeir



Stv. Leitung Ambulanz
Maria-Luise Ager



Leitung Endokrinologie
Bernadette Mayr

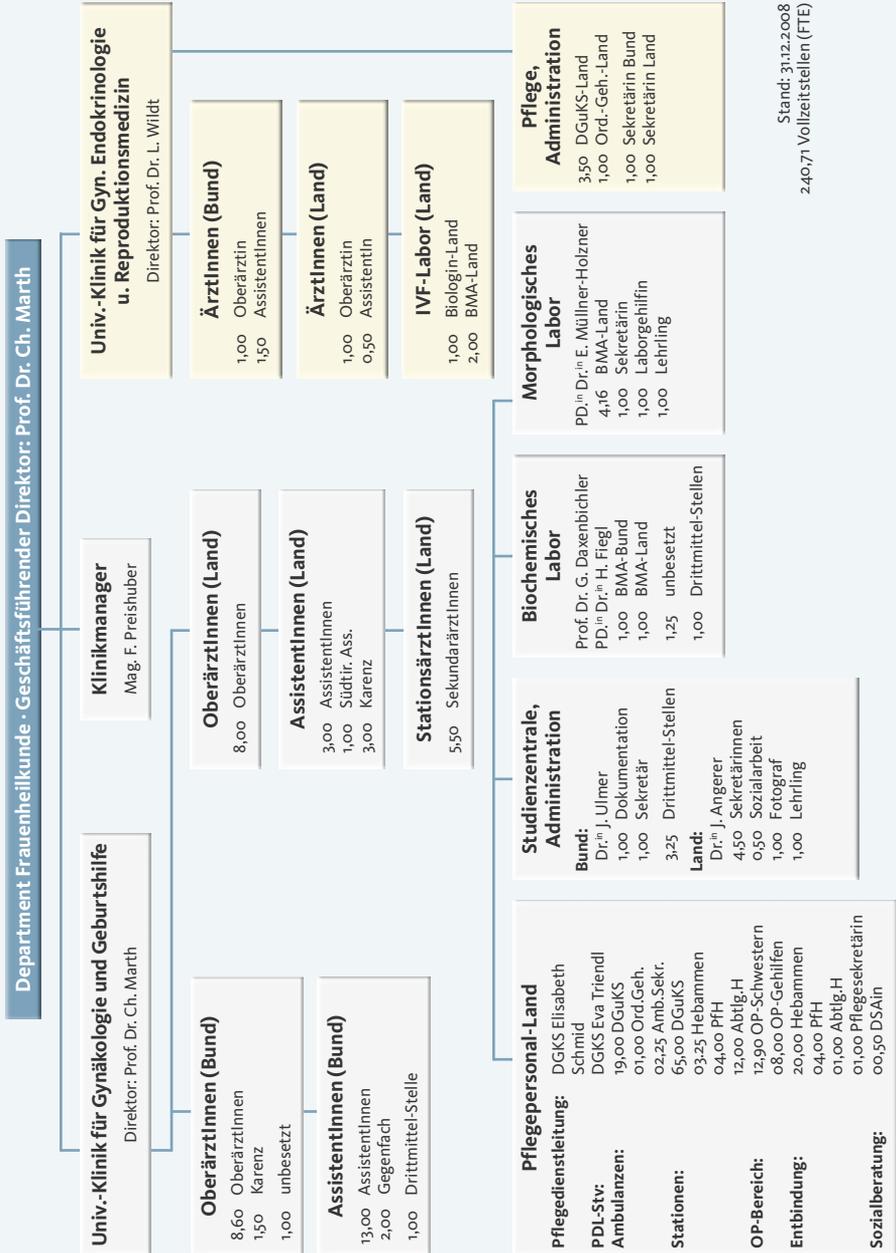


Stv. Leitung Endokrinologie
Nadine Pfalterer

FUNKTIONSBEREICHE

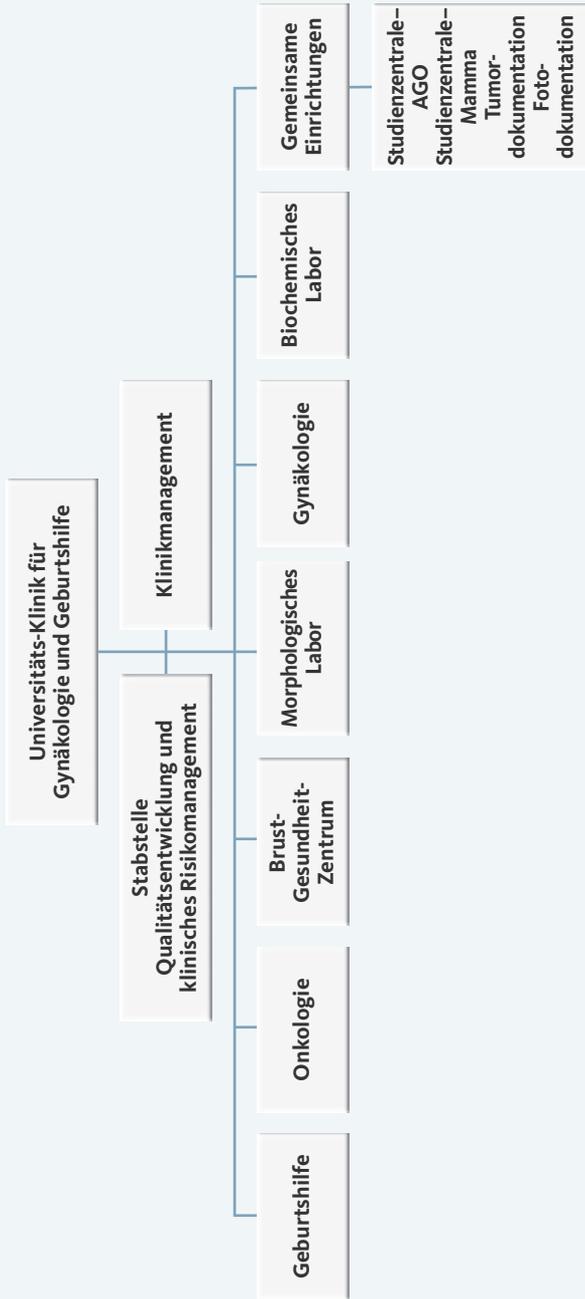
2. Struktur

2.1 MitarbeiterInnen



Stand: 31.12.2008
2.407,71 Vollzeitstellen (FTE)

2.2 Organigramm



Moderne Therapie des mBC

The image displays three overlapping brochures for cancer treatments. The top-left brochure is for AVASTIN (bevacizumab), featuring a red molecular structure and the text 'Angiogenese hemmen', 'AVASTIN® bevacizumab', 'Führend in der Angiogenesehemmung', 'Tumorstadium kontrollieren', and 'First-Line mBC'. The top-right brochure is for Herceptin (trastuzumab), featuring a woman and child and the text 'Herceptin®', 'Goldstandard bei HER2-positivem Brustkrebs adjuvant metastasiert'. The bottom brochure is for Xeloda (capecitabine), featuring a couple and the text 'Freiheit für Tumorkontrollen', '• Hoch wirksam', '• Hohe Lebensqualität', '• Einfach und flexibel', and the Xeloda logo.

3. Berichte

3.1 Geburtshilfe

(OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni, Perinatal-Gruppe-Universität-Innsbruck)



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

Im Berichtsjahr haben 1917 Mütter 1987 Kinder geboren. Bei österreich- und auch tirolweit rückläufigen Geburtenzahlen konnte die Frauenklinik Innsbruck erfreulicherweise einen gegenläufigen Trend mit Steigerung der Geburten um 3,5% verzeichnen. Wir konnten neben 1.851 Einlingen auch 62 Schwangere von Zwillingen und 4 von Drillingen entbinden.

In der Geburtshilfe erreichten wir 2009 eine wesentliche Verbesserung. Durch Fortbildung von ÄrztInnen und Hebammen konnte die Rate an Episiotomien in den letzten Jahren kontinuierlich bei Primiparae um 25% und bei Multiparae um fast 50% gesenkt werden.

Die Rate an Rissverletzungen insbesondere höhergradiger Dammrisse blieb konstant. Aufgrund der möglichen Inkontinenzproblematik bei höhergradigen Rissverletzungen innerhalb des ersten Jahres haben wir für diese Patientinnen ein Nachsorgekonzept erstellt, um als primärer Ansprechpartner bei Auftreten von Problemen zur Verfügung zu stehen. Die Patientinnen werden zudem über notwendige prophylaktische Optionen (Beckenbodentraining) aufgeklärt.

Bei 12 Schwangeren musste im Berichtsjahr ein IUFT nach der 26. SSW diagnostiziert werden. Bei 5 Feten fand sich ursächlich eine organische Fehlbildung (Chondrodystrophie, Lissencephalie, Lungenvenenfehleimündung bei einem Zwilling einer dichorialen Gravidität, cerebrale Fehlbildung bei Translokation, Nierenagenesie). Bei 2 Feten fand sich eine intrauterine Infektion (CMV, Toxoplasmose mit Nabelschnurtorsion), in 2 weiteren Fällen eine Nabelschnurkomplikation, zwei vorzeitige Plazentasitzlösungen, ein Fall blieb ursächlich unklar. Letztlich kann man damit durch geburtshilfliche Maßnahmen keine Verbesserung mehr erwartet werden.

Neuerungen 2009

Aufgrund der steigenden Sectiorate sind zunehmend Plazentationsstörungen zu diagnostizieren, welche Einfluss auf den Entbindungsmodus finden müssen. Eine Patientin mit Plazenta percreta (Blasenwandinfiltration) wurde mittels Sectio und anschließender Ligatur der beiden Aa. uterinae bei Belassung der Plazenta in situ behandelt. Unter wöchentlicher Methotrexatgabe und antibiotischer Prophylaxe konnte die spontane Regression und Ausstoßung der Plazenta abgewartet werden. Dadurch konnte der Patientin eine Hysterektomie mit Blasenteilresektion und potentieller Massentransfusion erspart werden.

Bei Patientinnen mit frustraner medikamentöser Geburtseinleitung bzw. Z.n. Sectio und gleichzeitigem Wunsch nach Spontanpartus bieten wir bei Indikation die Option der mechanischen Einleitung mittels Cook Ballon an. Unsere bisherigen Erfahrungen sind diesbezüglich vielversprechend.

Durch den Einsatz des fetalen Fibronektintests zur Abschätzung einer drohenden Frühgeburtlichkeit in der Risikoambulanz gelingt es, einen Großteil der Patientinnen, die aufgrund einer Verkürzung der Zervixlänge ohne Wehentätigkeit vorgestellt werden, im ambulanten Setting weiterzubetreuen.

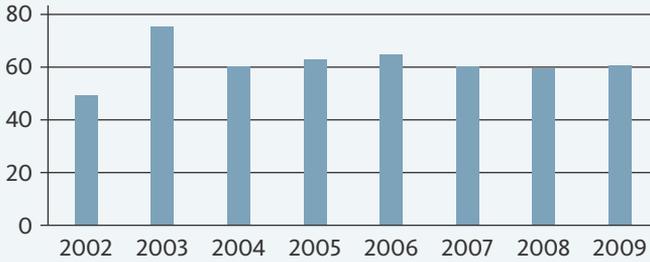
Mehrlinge

2009 wurden an unserer Klinik 62 Zwillingsschwangere entbunden, nur 6 davon spontan. 15 Zwillinge waren monochorial/diamniot, die restlichen dichorial.

Bei 21 der Zwillingsschwangerschaften war eine künstliche Befruchtung als Konzeptionsmodus erueierbar, in 10 Fällen gab es diesbezüglich keine Aufzeichnung, 50% der Schwangeren gaben eine spontane Konzeption an.

Als frühe Frühgeburten wurden 3 Zwillinge zwischen 28+0 und 29+5 SSW (2 x bei unstillbaren Wehen, 1 x akutes schweres TTTS) geboren. Weitere 13 Zwillinge wurden vor der 34+0 SSW entbunden (in 2 Fällen aufgrund maternale Indikation). Die restlichen 74,2% konnten über die 35. SSW hinaus intrauterin verbleiben.

Zwillingsgeburten 2002–2009

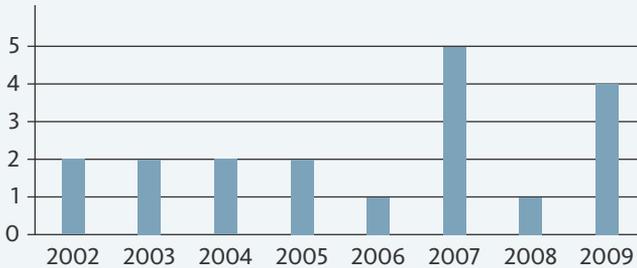


Weiters konnten wir **4 Drillingsmütter** betreuen.

Alle wurden erst in der 34. SSW nach wöchentlicher Kontrolle sektioniert.

- ▶ Spontane dichorial/triamniale Drillinge (1 Mädchen 1.655g, 2 Knaben 2.150g, 1.890 g)
- ▶ Spontane trichoriale Drillinge (3 Knaben 1.980g, 1.988g, 1.550g)
- ▶ nach IVF dichorial/triamnial (3 Knaben 1.630g, 1.040g, 1.760g)
- ▶ nach Stimulation trichorial (3 Knaben 2.180g, 1.937g, 2.155g)

Drillingsgeburten 2002–2009





Worauf
Frauen
vertrauen!



3.1.1 Fetalmedizin

(OA Dr. Matthias Scheier)



2009 wurde die Qualität der Ersttrimestersonographie durch Bestimmung zusätzlicher sonographischer Marker verbessert. Alle Untersuchungen werden als one step clinic for assessment of risk (OSCAR) durchgeführt. Der Bedarf an dieser Untersuchung ist größer, als wir aufgrund unserer stark beschränkten Ressourcen anbeiten können. Deshalb mussten auch in diesem Jahr viele Patientinnen abgewiesen werden.

In diesem Jahr konnten wir zwei AssistentInnen ausbilden (Dr. Florian Kraxner und Dr.ⁱⁿ Susanne Zauner). Beide Ärzte haben sich außerdem für die Ersttrimestersonographie zertifiziert. In Anbetracht der Bedeutung, die die Fetalmedizin in der Geburtshilfe hat, ist diese Anzahl für eine Klinik von dieser Größe zu gering.

Daten über durchgeführte fetalmedizinische Untersuchungen und Therapien können den folgenden Tabellen entnommen werden.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ersttrimestersonographie | 1.993 | 1.926 | 1.597 | 1.125 | 1.323 |
| Organschall (20 Wochenschall) | 1.774 | 2.009 | 1.408 | 1.536 | 1.790 |
| Fetale Echocardiographie | 163 | 164 | 160 | 157 | 94 |
| Dopplersonographie | 1.503 | 1.862 | 1.127 | 1.415 | 1.711 |
| Wachstumskontrolle | 2.520 | 3.600 | 3.625 | 3.930 | 4.849 |

Die Anzahl der fetalen Echocardiographien ist deutlich zurückgegangen. Dies hängt damit zusammen, dass vermehrt Wert auf die exakte Beurteilung des fetalen Herzens im Rahmen des 20 Wochenschalls gelegt wird und deshalb die Anzahl der notwendigen Echocardiographien infolge von unklaren Befunden bei Routineuntersuchungen zurück gegangen ist.

Die Anzahl der invasiven diagnostischen Eingriffe hat sich auf niedrigem Niveau stabilisiert. Dabei ist der Anteil pathologischer Befunde bei den Chorionzottenbiopsien deutlich angestiegen. Dies ist auf die Berücksichtigung der durch die FMF London freigegebenen zusätzlichen Marker für chromosomale Abberationen bedingt.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Chorionzottenbiopsie | 126 | 119 | 85 | 89 | 89 |
| davon pathologisch | 18 (14%) | 15 (13%) | 11 (13%) | 11 (12%) | 17 (19%) |
| Genetische Amniocentese | 45 | 40 | 30 | 36 | 21 |
| davon pathologisch (Karyotyp) | 6 | 6 | 4 | 7 | 1 |
| Chordocentese | 2 | 1 | 0 | 5 | 5 |
| Intrauterine Bluttransfusion | 11 | 7 | 0 | 3 | 6 |
| Punktion fetaler Organe | 7 | 5 | 0 | 5 | 3 |
| Fetale Therapie (Fetoskopisch, Laser) | 3 | 5 | 0 | 0 | 2 |

2009 haben wir in unserer fetalmedizinischen Ambulanz 120 Zwillingsschwangerschaften (85 dichorial, 26 monochorial-diamniot, 4 monochorial monoamniot, 5 mit unbekannter Chorionizität) und 3 Drillingschwangerschaften (einmal dichorial-triamniot, zweimal trichorial-triamniot) untersucht und teilweise allein oder in Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Facharzt betreut. Obwohl in Fortbildungen regelmäßig auf die Wichtigkeit der Bestimmung der Chorionizität im Rahmen der Ersttrimestersonographie hingewiesen wird, hatten wir fünf Schwangerschaften mit nicht bestimmter Chorionizität.

Matthias Scheier hat einen dreimonatigen Studienaufenthalt am Harris Birthright Research Center for Fetal Medicine, Kings College Hospital, London bei Prof. K. Nicolaides zum Training in Lasertherapie absolviert, nachdem er bereits 2001 und 2002 an dieser Klinik gearbeitet hat. In enger Zusammenarbeit mit Prof. K. Nicolaides und Dr. P. Kuhn aus Bern führen wir in Innsbruck die Behandlung des Zwillingstransfusionssyndroms mittels Laserkoagulation der anastomosierenden Gefäße durch.

Im Jahr 2009 hatten wir fünf behandlungsbedürftige Zwillingstransfusionssyndrome, von denen wir zwei in Innsbruck durchgeführt haben. Die anderen drei Eingriffe wurden während des Studienaufenthaltes von Matthias Scheier am Harris Birthright Center for Fetal Medicine in London durchgeführt. Eine weitere Patientin entwickelte in der 26. SSW eine twin anemia polycythemia sequence, die erfolgreich durch Laserkoagulation der anastomosierenden Gefäße behandelt wurde.

Seit 2009 haben wir begonnen, Plazenten von monochorialen Zwillingen postpartal zu untersuchen. Dabei werden die Gefäße der Plazenta sowohl durch Farbinjektion, als auch radiologisch dargestellt. Dies ist zur Qualitätssicherung der Lasertherapie notwendig. Daneben ist diese Methode hilfreich zur Erklärung von klinischen Befunden.

Zum ersten Mal seit vielen Jahren wurde 2009 eine Fachärztin dauerhaft der Fetalmedizin zugeordnet. Mit Frau Dr.ⁱⁿ Verena Weiskopf-Schwendinger konnten wir eine außerordentlich begabte Ärztin mit großer fachlicher und menschlicher Kompetenz in unser Team aufnehmen. Durch die dauerhafte Zuteilung zum Ultraschall können wir erstmalig seit vielen Jahren eine Ärztin in Theorie und Technik (Ultraschall, invasive Eingriffe) einer qualitativ hochwertigen Fetalmedizin ausbilden.

Frau Dr.ⁱⁿ Isolde Strobl, die 2006 am Harris Birthright Research Centre for Fetal Medicine in London gearbeitet hat, absolviert derzeit ihre Gegenfächer und wird anschließend wieder der Fetalmedizin zur Verfügung stehen. OA Dr. Alexander Alge hat seine Anstellung auf 50% reduziert.

Am 06. und 07. Februar 2009 haben wir in Zusammenarbeit mit der Fetal Medicine Foundation eine Fortbildung „Sonographie und interdisziplinäre Beratung im ersten Trimenon der Schwangerschaft“ durchgeführt. In dieser Veranstaltung haben medizinische und psychologische Aspekte, die im Zusammenhang mit der Ersttrimestersonographie wichtig sind, behandelt.

In unserer zweiten Veranstaltung am 11. und 12. Dezember 2009 zum Thema „Die Mehrlingsschwangerschaft“ wurden von in- und ausländischen ReferentInnen alle praktisch wichtigen Aspekte der Mehrlingsschwangerschaft behandelt.

Beide Veranstaltungen wurden von vielen ÄrztInnen aus Österreich, Italien, Deutschland und der Schweiz besucht.

Die Personal- und Raumknappheit machen es zunehmend unmöglich, eine qualitativ hochwertige Fetalmedizin anzubieten. Der Betrieb kann nur deshalb aufrecht erhalten werden, weil die pflegerischen und ärztlichen MitarbeiterInnen hochmotiviert und weit über das geforderte Maß tätig sind. Obwohl wir immer wieder Patientinnen aufgrund von Terminmangel ablehnen müssen, bestehen lange Wartezeiten bedingt durch Notfälle. Die Belastung für das Personal ist in der Fetalmedizin aufgrund der anspruchsvollen Arbeit im verdunkelten Raum, der Bildschirmarbeit und durch die oft schwerwiegenden Diagnosen, die wir den Patientinnen kommunizieren müssen, extrem hoch. Diese Zustände sind dem Krankenhausträger bekannt. Durch den Personalmangel müssen wir zur Aufrechterhaltung des Betriebs immer wieder auf KollegInnen aus anderen Arbeitsbereichen zurückgreifen, was die kontinuierliche Weiterentwicklung der Fetalmedizin erschwert.

Die Fetal Research Group, die seit 2008 besteht, hat ihre Schwerpunkte erweitert. Neben der Forschung betreffend die Sonoanatomie in der Ersttrimester-

sonographie und mütterlicher Erkrankungen nach Praeeklampsie sind als weiterer Schwerpunkt die Plazenta- und Nabelschnurpathologie und die psychologischen Aspekte des Ultraschalls hinzugekommen. Sehr erfreulich ist, dass zahlreiche junge Ärzte durch ihre Mitarbeit ihr Interesse an der fetalmedizinischen Forschung zeigen. Die derzeit laufenden Studien dieser Gruppe finden Sie im Anschluss und unter Pkt. 7.3.3.

3.

3.1.2 Laufende Studien der Perinatal Gruppe und der Fetal Research Group

(OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni, OA Dr. Matthias Scheier, Perinatal-Gruppe-Universität-Innsbruck)

Beurteilung der Fossa Posterior in der 11+3 bis 13+6 SSW

Daniel Egle, Matthias Scheier

Im Rahmen dieser Studie wurde die Darstellbarkeit im Ultraschall und die Bedeutung pathologischer Befunde der Fossa posterior untersucht. Die Daten für die Studie wurden ausgewertet und die Studie wurde zur Publikation eingereicht.

Sonographische Funktionsbeurteilung des mütterlichen Herzens vor Präeklampsie

Isolde Strobl, Matthias Scheier

Frauen nach Präeklampsie haben eine eingeschränkte Herzfunktion, die subklinisch ist und mittels Messung kardialer Funktionsparameter nachgewiesen werden kann. Die Ergebnisse dieser Studie wurden zur Publikation eingereicht. In der Folgestudie wird untersucht, ob die eingeschränkte Herzfunktion bereits vor der Präeklampsie bestanden ist.

Die Einschätzung des Down Syndroms durch schwangere Frauen im Rahmen der Ersttrimestersonographie

Yvonne Vergörer, Matthias Scheier

Die Datenerhebung wurde abgeschlossen und die Studie wird derzeit ausgewertet.

Pentraxin-Studie (Multicenter)

**Angela Ramoni, Isolde Strobl, Branka Firulovic,
Verena Weiskopf-Schwendinger**

55 Patientinnen eingeschlossen

Die Präeklampsie ist nach wie vor eine häufige Ursache für Frühgeburtlichkeit, die durch prophylaktische Massnahmen in der Frühschwangerschaft evtl. verhindert werden kann.

Durch Doppler-Messung der A. uterinae, welche bei pathologischem Flussmu-

ster ein erhöhtes Risiko für Präeklampsie vermuten lässt und Bestimmung des Pentraxinwertes im Serum, der bei Plazentationsstörungen in der Frühschwangerschaft erhöht scheint, versuchen wir eine Möglichkeit einer Früherkennung des Präeklampsierisikos und dadurch eine frühzeitige Einleitung einer Prophylaxe zu ermöglichen.

TRUFFLE Studie (Multicenter)

Christoph Brezinka, Angela Ramoni

Diese Studie soll Daten zur Feststellung des besten diagnostischen Tools zur Festlegung des Entbindungszeitpunkts bei stark wachstumsretardierten Feten liefern.

Es werden 2 Methoden eingesetzt:

Vergleich von täglicher sonographischer Doppler Fluss-Messung des fetalen Ductus venosus sowie täglichem computerisiertem Oxford CTG

Unterschiedliches neonatales Outcome in Abhängigkeit von Tag/Nacht-Zeit der Geburt

Irene Mutz

Auswertung anhand von Daten des Geburtenregisters in Bezug auf unterschiedliches neonatologisches Outcome und geburtshilfliches Management abhängig von der Tageszeit der Geburt (Perinatologisches Zentrum verglichen mit peripherer Geburtshilfe-Abteilung)

Bestimmung der fetalen Blutgruppe aus maternalem Blut im ersten Trimenon

Martina Meyer, Angela Ramoni

25 Schwangere untersucht

Durch den Nachweis freier fetaler DNA aus dem Plasma der Mutter kann das Rhesusmerkmal des Feten bestimmt werden. Es werden 10 Rh pos und 50 Rh negative Schwangere untersucht

Diese Studie dient der Leistungsbewertung des Invitrodiagnostikums Free DNA fetal Kit RhD.

Lichttherapie zur Prävention postpartaler Depression

Gudrun Windbichler

vor Publikation

3.1.3 Neue Leistungen im Mutter-Kind-Pass

(A. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka)



Foto: F. Preishuber

Seit dem Ernährungsbeihilfegesetz von 1948 werden in Österreich von Seiten des Bundesstaates kontinuierlich Maßnahmen gesetzt, welche die Mütter von Kleinkindern und junge Familien unterstützen sollten. 1949 wurde erstmals Kinderbeihilfe gewährt, 1954 das Beihilfensystem des Familienlastenausgleichsgesetzes geschaffen, seit 1957 gibt es den Karenzurlaub. Seit 1974 existiert das Mutter-Kind-Pass-Programm (MKP), ein in der Systematik des sonst sehr föderal organisierten österreichischen Gesundheitswesens einmaliges bundesweit geltendes Regelwerk, welches Leistungen, die an der

Schwangeren und am Kleinkind erbracht werden, außerhalb der in dem jeweiligen Bundesland geltenden Kassenverträge entlohnt.

In der zweiten Regierung Kreisky wurde unter der Gesundheitsministerin Dr. Ingrid Leodolter 1974 das MKP-Programm begonnen. Man brauchte ein Gegengewicht zur eben legalisierten Fristenlösung. Gleichzeitig wurde 1974 die Karenzregelung novelliert, die Anwartschaft erleichtert, das Karenzgeld erhöht und einkommensunabhängig gestaltet. Der medizinische Arm dieses umfassenden Maßnahmenpaketes sollte der Mutter-Kind-Pass werden. Die Grundgedanken waren:

- ▶ eine strukturierte medizinische Schwangerenvorsorge
- ▶ vollständige Kostenübernahme durch die Versicherungsträger bzw. den Familienlastenausgleichsfonds
- ▶ finanzielle Belohnung der Schwangeren, wenn sie die MKP-Untersuchungstermine einhält
- ▶ statistische Erfassung aller im Rahmen des MKP durchgeführten Untersuchungen

Der Mutter-Kind-Pass ist ein gelbes Büchlein im Format eines Reisepasses in welches alle in der Schwangerschaft durchgeführten klinischen Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen und Labortests eingetragen werden. Von 1974 bis 1996 gab es für Frauen, die brav zu allen Untersuchungen gegangen waren, eine Belohnung in Form der „erhöhten Geburtenbeihilfe“, ein Betrag von rund 5000 Schilling wurde für einen vollständig gestempelten Mutter-Kind-Pass ausbezahlt.

Die Koppelung der erhöhten Geburtenbeihilfe an Wohlverhalten während der Schwangerschaft zeigt einen ungewöhnlich vormundschaftlichen Staat. Im Vergleich zur sonstigen Sozialgesetzgebung ist diese Strenge für Österreich eigentlich atypisch. Abgeschaut wurde die Vorgangsweise in Frankreich, wo bald nach dem 2. Weltkrieg ein System eingeführt wurde (*allocation de grossesse/allocation au jeune enfant*), nach dem Frauen vom 4. Monat der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensmonat des Kindes eine monatliche Geldprämie erhalten, wenn sie regelmäßig ihre Arztbesuche absolvieren. Um die *allocation* zu erhalten, waren drei Arztbesuche in der Schwangerschaft und zwei nach der Geburt vorgeschrieben. Diese *allocation* fiel in Frankreich 1995 dem Sparpaket der Regierung Juppé zum Opfer. Österreich, das vieles vom Mutter-Kind-Pass Konzept von Frankreich abgeschaut hatte, folgte ein Jahr später: Die erhöhte Geburtenbeihilfe fiel dem „zweiten Sparpaket“ der Regierung Klima 1996 zum Opfer, die sich davon Einsparungen in der Höhe von 1,3 Milliarden Schilling pro Jahr erhoffte. Die Argumentation lautete, man müsse gegen Ende des 20. Jahrhunderts in einem modernen westlichen Industriestaat nicht die Bürgerinnen auch noch mit Geld dafür belohnen, dass sie ärztliche Leistungen konsumierten, die der Staat ohnehin schon kostenlos bereitstellte.

Es folgten dann 15 Jahre in denen im Mutter-Kind-Pass nichts weiterging: was immer die Mutter-Kind-Pass-Kommission vorschlug, es wurde mit dem Hinweis auf das Diktat der leeren Kassen abgeschmettert. Bereits 1994 wurde von der Mutter-Kind-Pass-Kommission die Einführung eines oralen Glukose-Toleranztestes und ein Ultraschall im ersten Schwangerschaftstrimester gefordert und vom obersten Sanitätsrat unterstützt.

Für die Langsamkeit, mit der die Mühlen der Sanitätspolitik in Österreich nun mahlen, spricht, dass nach anderthalb Jahrzehnten in der Schublade, die Forderungen von damals nun umgesetzt werden. Der Mutter-Kind-Pass enthält seit 1.1.2010 drei zusätzliche Untersuchungen:

- ▶ Ultraschalluntersuchung in der 8–12 SSW
- ▶ HIV-Untersuchung
- ▶ oraler Glukosetoleranztest

Bei der Ultraschalluntersuchung erwartet das Ministerium lediglich ein kursoresches „Draufschaun“, ob die Schwangerschaft vital ist und ob es nicht etwa eine Zwillingsschwangerschaft ist. Ein Erst-Trimester Screening ist damit ganz bewußt nicht gemeint.

Die Hinzunahme der HIV-Untersuchung in den MKP, die 20 Jahre seit dem ersten Auftreten dieser heimtückischen Erkrankung ohnehin bei allen Schwangerschaften durchgeführt wird, ist nur eine späte Kenntnisnahme einer Selbsterständlichkeit: bei kaum einer Erkrankung macht das Wissen um das

Bestehen einer HIV Infektion in der Schwangerschaft so viel aus, und zwar für Mutter und Kind. Nicht-Wissen ist hier oft tödlich, Wissen ist meist lebensrettend oder jedenfalls signifikant lebensverlängernd.

3. Mit dem oralen Glukostoleranztest wird eine alte Forderung endlich verwirklicht, auch damit erfolgt eine Anpassung des MKP an gesellschaftliche Entwicklungen: Jahr für Jahr steigen die Fälle von Gestationsdiabetes mit den daraus resultierenden Problemen für Mutter und Kind. Hinzukommt, dass immer mehr Frauen einige Jahre nach dem Gestationsdiabetes auch einen „richtigen“ Diabetes entwickeln. Durch rechtzeitiges Erkennen des Gestationsdiabetes kann damit nicht nur für die laufende Schwangerschaft ein erheblicher Nutzen erzielt werden, es besteht auch die Chance, Ess- und Gesundheitsverhalten der jungen Mutter so zu modifizieren, dass sich nicht in kürzester Zeit das Vollbild eines Diabetes mellitus entwickelt.

Manche Fragen sind bei der Umsetzung der drei neuen Untersuchungen in der Schwangerschaft im Rahmen des MKP noch offen. Grund zu großer Freude ist aber, dass sich nach 15 Jahren beharrlichem Stillstand endlich wieder inhaltlich beim MKP etwas bewegt hat. Das Mutter-Kind-Pass Programm ist das größte und am längsten dauernde, aus dem Bundeshaushalt finanzierte und über das Gesundheitsministerium dirigierte Gesundheitsprogramm in Österreich. Jeder andere Staat würde mit einem derartigen umfassenden Schwangerenvorsorgeprogramm prahlen – man stelle sich nur vor, wie etwa die Niederländer oder die Dänen den Rest der Welt über die Vorteile ihres „*moeder en kind pasje*“ belehren würden, wenn sie eines hätten. Es ist schade, dass Österreich nach 36 Jahren Mutter-Kind-Pass sein Licht immer noch beharrlich unter den Scheffel stellt und man nicht einmal im eigenen Land und bei den eigenen Entscheidungsträgern ein Minimum an Wissen über das Thema erreichen konnte. Vielleicht geben die drei neuen Punkte, die mit 1.1.2010 im MKP sind, dafür neuen Schwung

3.1.4 Mutter-Kind-Station NEU

(Gf. OA Dr. Otto Huter)



Prof. Dr. Christian Marth, DGuKS Martina Raitmayr, Kinderarzt OA Dr. Gernot Reiter, Frau Tangl mit ihrem Baby, Stationsleiterin DGuKS Luzia Köfller, Hebamme Martina Hörtnagl, Stationsärztin Dr.ⁱⁿ Branka Firulovic (vlnr)

Die Gynäkologische Sonderstation wurde seit der Inbetriebnahme Mitte der 1980er Jahre keiner grösseren Sanierung unterzogen und entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand der Patientinnenversorgung. Auch die Mutter-Kind-Station entspricht mit den 3-Bett-Zimmern schon aufgrund der Zimmergrößen nicht mehr den Anforderungen einer zeitgemässen Mutter-Kind-Betreuung („Rooming-in“).

Um ein zweimaliges Übersiedeln der Mutter-Kind-Station zu vermeiden, wurde auf Vorschlag und in Absprache mit den zuständigen Abteilungen Bau+Technik sowie Betriebsorganisation eine Stationsrochade durchgeführt. Somit befindet sich in der endgültigen Verortung die MuKi mit 22 Betten im Nordwesten, die Gyn Sonder mit 20 Betten im Südwesten des G5.

Im Oktober 2009 wurde die Mutter-Kind-Station nach sensationell kurzer, erfolgreicher Umbauzeit neu bezogen. Im 5. Stock der Frauenklinik, auf der Fläche im Nord-West-Bereich mit Nordkettenblick, wurde für die Wöchnerinnen umgebaut. Der Grundriss war vorgegeben. Es wurde der „Wochenstation“ jedoch ein neues Gesicht gegeben. Insgesamt ist die Station hell und mit warmen Farben gestaltet. Die Nassbereiche wurden in die Zimmer integriert, im Zimmer Platz geschaffen für Wickeltisch und Babybad.

In dieser neu gestalteten Umgebung versuchen wir die ganzheitliche Wochenbettpflege umzusetzen. Eine Diplomschwester/Diplomkinderschwester bzw. Hebamme übernimmt an aufeinanderfolgenden Tagen immer die Betreuung

derselben Gruppe und ist für die „Rundumversorgung“ von Mutter und Kind zuständig.

24h-Rooming-in nicht nur auf den Papier: Wir unterstützen die Mütter darin, ihre Kinder immer bei sich zu haben, geben ihnen aber auch die Möglichkeit, die Kinder bei Bedarf ins Kinderzimmer zur Betreuung zu bringen. Schlicht und einfach – Mutter, Vater und Kind können die ersten Tage nach der Geburt in freundlicher und behaglicher Umgebung gemeinsam verbringen. Und dies alles in einer Universitätsklinik – wo angeblich nur Medizintechnologie und Anonymität vorherrscht.

3.

Unsere „Mutter-Kind“ ist anders. Nette, aufmunternde Rückmeldungen der Wöchnerinnen persönlich oder über anonyme Patientinnenfragebögen belegen das immer wieder mit „Höchstnoten“. Unsere Station wird von den Müttern positiv angenommen, sie schätzen die umfassende Betreuung durch Diplomschwester, Kinderschwestern und Hebammen – in Zusammenarbeit mit KinderärztInnen und GeburtshelferInnen.

Stillen wird von uns in vollem Umfang gefördert, unterstützt von allen MitarbeiterInnen, bei Problemen helfen ausgebildete Stillberaterinnen. Alle im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Untersuchungen – inkl. Hüftultraschall und Hörtest – werden während des Aufenthalts durchgeführt.

Es besteht die Möglichkeit, dass Vater und Geschwister des Neugeborenen während des Krankenaufenthaltes mit aufgenommen werden. Dafür gibt es eigene Familienzimmer.

In Summe somit eine ganz positive Annahme der neu umgebauten Station bei den Müttern. Nicht verwunderlich, dass der Anteil der ambulanten Geburt sehr niedrig ist. Eine Tiroler Mutter genießt ihr „Wochenbett“.

3.1.5 Zusammenarbeit Geburtshilfe – Neonatologie

(A. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ursula Kiechl-Kohlendorfer, OA Dr. Gernot Reiter, Neonatologie d. Univ.-Klinik f. Pädiatrie IV)



A. Univ.-Prof.in Dr.in Ursula Kiechl-Kohlendorfer, Leiterin der Pädiatrie IV / Neonatologie

Die Zusammenarbeit zwischen Geburtshilfe und Neonatologie ist seit Jahren sehr eng, mit dem Ziel eine optimale Versorgung von Mutter und Kind in der Schwangerschaft sowie rund um die Geburt gewährleisten zu können.

Diese enge Kooperation spiegelt sich in gemeinsamen Empfehlungen für Risikoschwangere sowie vielfach auch in gemeinsamen Therapieentscheidungen wider. Den Patientinnen mit Risikoschwangerschaft wird bereits vor der Geburt ein ausführliches Gespräch mit der Neonatologin/dem Neonatologen angeboten, sodass sie über die zu erwartende Situation möglichst genau Bescheid wissen. Bei jedem Kaiserschnitt und bei jeder

Vakuumgeburt ist eine Neonatologin/ein Neonatologe vor Ort, damit auch das Baby optimal versorgt werden kann. Auf der Mutter-Kind-Station, die als Rooming-in-Station geführt wird, werden bei den Kindern in den ersten Tagen nach der Geburt die im Rahmen des Mutter-Kind-Passes notwendigen Untersuchungen durchgeführt. Hier wird den Eltern auch genügend Gelegenheit gegeben, mit dem Kinderarzt allfällige Fragen zu besprechen.

Seit der Übersiedlung ins neue Kinderzentrum im April dieses Jahres ist die Neonatologie direkt neben der Geburtshilfe verortet. Dies erspart sowohl den kleinen PatientInnen und deren Eltern als auch den ÄrztInnen und dem Pflege-



personal lange Wege. Mit dem Umzug in das neue Kinderzentrum konnte die sehr knappe Platzsituation durch drei zusätzliche Betreuungsplätze für Neu- und Frühgeborene wesentlich entschärft werden. Erstmals stehen für die Eltern auch Eltern-Kind-Zimmer zur Verfügung, sodass sie noch intensiver in die Behandlung ihres Babys eingebunden werden können.

3.

3.2 Gynäkologie

3.2.1 Urodynamik – Beckenbodenzentrum

(OA Dr. Stephan Kropshofer)



*Das interdisziplinäre Team des Beckenbodenzentrums:
Kinderchirurg Josef Hager, Chirurg Felix Aigner, Kontinenzberaterin Dora Mair, Gynäkologe Stephan Kropshofer, Initiator Helmut Madersbacher (vlnr)*

Das Jahr 2009 stand für die Urodynamische Ambulanz und den Bereich Urogynäkologie ganz im Zeichen von Veränderungen. Zum einen gab es auf personellem Gebiet Veränderungen, die langjährige Ambulanzschwester Bernadette Dorer wurde in den Ruhestand verabschiedet, dafür konnten wir als kompetentes und neues, engagiertes Team Claudia Kaplenig, Anna Raml und Rafaela Dibona begrüßen. Im Laufe des Berichtsjahres wurde der Ambulanzablauf komplett neu geordnet, insbesondere wurde die Durchführung der urodynamischen Messung – wie weltweit üblich – in die Hände der Pflege verlagert, die Befundung obliegt natürlich weiterhin den zuständigen Ärzten.

Nach längeren Vorbereitungen ist es uns auch gelungen, einen neuen Untersuchungsstuhl mitsamt der dafür benötigten Hard- und Software in Betrieb zu

nehmen, nachdem das alte System nach 20 Jahren Verwendung ausgeschieden werden musste.

Eine weitere Neuerung betrifft die Kooperation und Zusammenarbeit mit anderen Kliniken und Abteilungen. Als erste Klinik Österreichs ist es uns gelungen ein Kontinenz- und Beckenbodenzentrum zu etablieren (**www.beckenbodenzentrum-innsbruck.at**), in welchem FachärztInnen, Diplomschwestern und –pfleger, PhysiotherapeutInnen, DiätologInnen und weitere Berufsgruppen aus den Gebieten Chirurgie, Neurourologie, Kinderchirurgie und Gynäkologie eng zusammenarbeiten. In regelmäßigen, meist zweiwöchigen Meetings werden Probleme und spezielle Fragestellungen interdisziplinär behandelt, um ein optimales Behandlungskonzept für Patienten und Patientinnen zu ermöglichen.

Besonders stolz sind wir, daß es uns gelungen ist als erste Einrichtung Österreichs dieses Kontinenz- und Beckenbodenzentrum durch eine Kommission zertifizieren zu lassen!

In der Therapie wurden die bereits erfolgreich eingesetzten Methoden (TVT, Netzoperationen, ...) weiter angewandt, wobei durch die breite Palette von möglichen Behandlungsmethoden ein individuelles und an die speziellen Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen angepasstes Vorgehen unser oberstes Ziel darstellt.

Vom 20. bis 21. November fand die Jahrestagung der österreichischen Gesellschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenchirurgie AUB (**www.urogyn.at**) an unserer Abteilung statt. An die 140 TeilnehmerInnen bescherten der Veranstaltung, welche gemeinsam mit der gynäkologischen Abteilung des BKH Schwaz durchgeführt wurde, einen überwältigenden Erfolg. Insbesondere die angebotenen workshops (Dammriß von A. Sultan u. R. Thakar aus London etc..) und die internationalen Vortragenden wurden als große Bereicherung empfunden.

Aufgrund der angeführten Änderungen und der zu erwartenden Zunahme von an uns gestellten Anforderungen sehen wir mit großer Freude und Zuversicht den nächsten Jahren entgegen.

wirkt



13% SENKUNG DES MORTALITÄTSRISIKOS^{1,2*}

- 1) Mouridsen H for the BIG 1-98 Collaborative Group, Letrozole alone or in Sequence with Tamoxifen for Postmenopausal Women with Early Breast Cancer. Presented at: the 31st Annual Meeting of the CTRC-AACR San Antonio Breast Cancer Symposium, 31st Annual Meeting, 11th December, 2008
- 2) Mouridsen H for the BIG 1-98 Collaborative Group, BIG 1-98: A randomized double-blind phase III study evaluating letrozole and tamoxifen given in sequence as adjuvant endocrine therapy for postmenopausal women with receptor-positive breast cancer: San Antonio Breast Cancer Symposium, 31st Annual Meeting, 2008; Abstract No. 13

* im Vergleich zu Tamoxifen, n.s. ($p=0,08$)

 **NOVARTIS**
ONCOLOGY


(Letrozol)

3.3 Onkologie

(A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet)



Als akkreditiertes „European Centre of Gynecological Oncology“ sind wir durch regelmäßige Audits zur Qualitätssicherung und zur Teilnahme an internationalen Studien verpflichtet. Darüber hinaus sollen auch innovative Studien zur Verbesserung der Behandlung von gynäkologischen Malignomen vom Zentrum selbst entworfen und durchgeführt werden. Im Jahr 2009 wurden drei neue AGO-Studien für die Therapie des Ovarialkarzinoms initiiert: 1) Die zusammen mit der AGO-Deutschland geführte Pazopanib Studie (einem Tyrosinkinasehemmer des VEGF-R) untersucht dessen Wirksamkeit als Erhaltungstherapie beim primären Ovarialkarzinom, wobei hier besonders zu erwähnen ist, dass das Pazopanib als oral verfügbarer Biological in dieser Studie täglich über die Dauer von einem Jahr nach abgeschlossener Primärtherapie verabreicht wird. 2) Die Myocet®-Gemzar® (AGO 10) Studie in der die Myocet® Monotherapie mit dessen Kombination mit Gemzar® in einer österreichweiten randomisierten Studie beim platinresistenten Rezidiv des Ovarialkarzinoms verglichen wird. 3) Ebenfalls in der Behandlung des platinresistenten Rezidivs

des Ovarialkarzinoms wird in der dänischen „PALIDO“ Studie eine Caelyx® Monotherapie mit einer Caelyx® – Panitumumab (ein gegen den EGF-Rezeptor gerichteten vollhumanisierten monoklonalen Antikörper; Vectibix®) verglichen. Ende 2009 wurde das Kooperationsprotokoll der AGO mit der ÖGRO (Österreichische Gesellschaft für Radio-Onkologie) zur Verbesserung der primären Radiochemotherapie beim fortgeschrittenen Zervixkarzinoms fertiggestellt. Im Rahmen dieser Studie, die Anfang des kommenden Jahres starten wird, sollen die Patientinnen neben dem Cisplatin das Panitumumab (humanisierter anti-EGFR Antikörper) zusätzlich zur Tele- und Brachytherapie bekommen. Aufgrund der langen Halbwertszeit von Panitumumab und dessen nachgewiesener Wirkung als Radiosensitizer erhofft man sich eine Verbesserung der Heilungsraten. Von unserem Zentrum wurde eine große internationale akademische Multizenterstudie initiiert, in der die prognostische Wertigkeit des Adhäsionsmoleküls L-1 CAM beim frühen Endometriumkarzinom anhand eines Kollektivs von über 1000 Patientinnen untersucht werden soll. Teilnehmende Zentren sind neben der Mayo Clinic (Rochester, USA), das Kaplan Medical Center in Rehovot (Israel), die Universitätskliniken Leuven, Nijmegen, Wien und Graz.

Life is so good! Thank you

Dear Doctor,
Life is so good since I got
the all clear. Thank you
so much for giving me the
opportunity to beat my
breast cancer.

Mammakarzinom – adjuvant

Mammakarzinom – metastasiert

NSCLC

Prostatakarzinom

Magenkarzinom

Kopf-Hals-Karzinome

NEU:
1-Vial

iTAXOTERE®
(docetaxel)

Time Life Confidence

in adjuvant breast cancer

In der Therapie des Ovarialkarzinoms wurden im Laufe des letzten Jahres neue Therapiekonzepte erprobt und weitergetrieben. Die intraperitoneale Chemotherapie wurde zu großen Teilen auf die besser verträgliche und als reine intraperitoneale Therapie durchgeführte Carboplatin-Paclitaxel Kombination umgestellt. Die Verträglichkeit und Effizienz wird im Rahmen der österreichischen Dokumentationsstudie zur IP-Therapie der AGO festgehalten. In diese Studie konnten bisher 92 Patientinnen eingebracht werden. Ein weiteres innovatives Therapiekonzept beim Ovarialkarzinom, betrifft die Dose-dense Applikation der klassischen intravenösen Carboplatin-Taxan Therapie, von der man sich eine signifikante Verbesserung des Rezidivfreien- und Gesamtüberleben erwartet. Es muss jedoch auch festgehalten werden, dass die ersten Erfahrungen mit diesem dose-dense Regime vor allem auf eine stärkere Nebenwirkungsrate (Fatigue und Hämatoxizität) hinweisen.

Eine weitere Aufgabe eines „European Centre of Gynecological Oncology“ ist die Ausbildung zum Zusatzfacharzt für Gynäkologische Onkologie. OA Dr. Daniel Reimer steht derzeit als motivierter und umsichtiger Trainee im zweiten Jahr seiner Ausbildung.

Dem Zentrum ist eine optimale onkologisch-therapeutische Betreuung aller Patientinnen über seine eigenen Grenzen hinweg, d.h. des gesamten Einzugsgebietes wichtig. Aus diesem Grund sehen wir es als ESGO akkreditiertes Zentrum als unsere Pflicht, Therapieentscheidungen in einem neu organisierten und neu strukturierten interdisziplinären gynäko-onkologischen Tumorboard zu treffen. Um eine effizientere Vernetzung mit den assoziierten Partnerkrankenhäusern zu erreichen, hat die Planung für ein multimediales Tumorboard mit live Zuschaltungen der Partnerhäuser begonnen. Für diesen Zweck wurde die Bibliothek der Frauenklinik mit einer neuen EDV-Anlage ausgestattet.

Die onkologische Gruppe der Frauenklinik zeigte zudem hohe Präsenz auf nationalen und internationalen Kongressen. So konnten interessante neue Daten zur Biologie des Ovarialkarzinoms am ESGO-Meeting in Belgrad präsentiert werden. Sowohl auf der AGO- als auch auf der OEGGG-Jahrestagung war das Innsbrucker gynäko-onkologische Team in hohem Maße vertreten. Die hohe Qualität unserer wissenschaftlichen Arbeiten wurde mit der Zuteilung des OEGGG-Award 2009 für den Beitrag *„Die neue p53 Splice Variante p53 δ als unabhängiger prognostischer Marker beim Ovarialkarzinom“* von G. Hofstetter, G. Schuster, A. Berger, A. Wolf, C. Marth, A.G. Zeimet, N. Concin, R. Zeillinger gewürdigt.

Zum ersten Mal konnten wir als einziges Zentrum in Österreich über eine multimediale Direktschaltung zusammen mit Zürich und einigen anderen Gynäko-Onkologischen Zentren aus Deutschlands Großstädten an einem von der Charité in Berlin organisierten Post-ASCO Meeting teilnehmen. Die von der Firma

GSK gesponserte Veranstaltung hat viele onkologisch Interessierte aus ganz Österreich und Südtirol in den Hörsaal der Innsbrucker Frauenklinik gebracht.

Traditionsgemäß wurde das im Rahmen der Jahrestagungen der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) stattfindende „Fortbildungsseminar für onkologisches Pflegepersonal“ auch dieses Mal von DGUKS Annemarie Frank organisiert und unter aktiver Mitwirkung der Mitarbeiter der Pflege der Gynäkologischen Station III mit sehr großem Erfolg in Salzburg abgehalten. Die Teilnehmerzahl an der 8. Auflage dieses Fortbildungsseminars konnte wieder einmal deutlich gesteigert werden, was den Beliebtheitsgrad dieser Veranstaltung unterstreicht.

Im Bereich der onkologischen Pflege-Wissenschaften und -Fortbildung ist die Gynäkologischen Station III mustergültig involviert. Sowohl in der Onkologischen Sonderausbildung als auch in der Ausbildung zur Breast Care Nurse werden über das ganze Jahr die PraktikantenInnen auf der Station in die besonderen pflegerischen Massnahmen und Aufgaben für onkologische Patientinnen theoretisch und praktisch eingeführt. Derzeit wird eine Schwester der Station selbst zur Breast Care Nurse ausgebildet eine weitere besucht den Sonderausbildungskurs für Stoma- und Inkontinenzberatung und ein Pfleger absolviert zur Zeit die onkologische Sonderausbildung.

Für eine gut organisierte onkologische Abteilung ist, neben allen medizinischen und pflegerischen Bemühungen, eine Abdeckung des sozialen Bereichs für Patientinnen unerlässlich. Durch die Aufnahme der erfahrenen Sozialarbeiterin Frau DSAⁱⁿ Petra Hillebrand in das onkologische Team ist es gelungen, diesen Bereich weiter zu verstärken. Frau Hillebrand bearbeitet die sozialen Probleme unserer Patientinnen mit viel Kompetenz und Umsicht.

Die Zahl der Teilnehmerinnen an der Mal- und Gestaltungstherapie für gynäkologische Patientinnen konnte durch eine Ausweitung des künstlerischen Angebotes weiter gesteigert werden. Aufgrund ihrer Funktion als psychologische Stütze und ihrer Beliebtheit bei den Patientinnen ist uns diese Therapieform sehr wichtig. Durch eine großzügige Unterstützung der Frauen des Innsbrucker Zonta-Klubs sowie der gewohnten finanziellen Unterstützung der Firma GlaxoSmithKline Österreich konnte die Finanzierung der Maltherapie an der Frauenklinik Innsbruck weiterhin aufrecht gehalten werden.

Damit sich sowohl das ärztliche wie auch pflegerische Team von den erheblichen Strapazen des Alltags erholen konnte, hat die Gyn III zum ersten Mal in ihrer Geschichte einen Ausflug über die Grenzen Tirols nach Luxemburg gemacht. Neben den Weinverkostungen an der Mosel, dem guten Essen und den schönen Schlössern wird die gute Stimmung und das ausnahmsweise in Luxemburg vorgefundene gute Wetter den TeilnehmerInnen ewig in Erinnerung bleiben.

3.3.1 Familiäre Malignome

(OA Dr. Michael Hubalek)

In unserer wöchentlichen Spezialambulanz werden Patientinnen mit familiärer Disposition für gynäkologische Malignome beraten.

Vererbare Mamma- und Ovarialkarzinome unterscheiden sich von sporadischen Fällen durch das frühe Erkrankungsalter, die höhere Prävalenz von bilateralen Manifestationen und einer größeren Anzahl von assoziierten Tumoren in den betroffenen Familien. Im Gegensatz dazu treten sporadische Mammakarzinom-erkrankungen in späterem Lebensalter und meist einseitig auf. Etwa 12% aller Patientinnen mit einem Mammakarzinom berichten über eine weitere erstgradig Verwandte mit derselben Erkrankung, 1% haben 2 oder mehr betroffene Familienmitglieder. 1994 und 1995 wurden 2 Gene (BRCA1 und BRCA2) entschlüsselt, die bei Vorliegen einer autosomal-dominant vererbten Keimbahnmutation mit der familiären Häufung von Mamma- und Ovarialkarzinomen in Verbindung gebracht werden.

Heute können für die Abklärung von Hochrisiko-Patientinnen oder für Verwandte von Patienten mit bekannten BRCA1- oder BRCA2-Mutationen DNS-basierte Gentests angeboten werden, die nach krebsdisponierenden BRCA1- und BRCA2-Mutationen suchen. Die Beratung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit krebsdisponierenden BRCA1- und BRCA2-Mutationen beinhaltet die offene Diskussion über Krebs-Screening-Programme, Chemo-Präventionsstudien und die Option prophylaktischer chirurgischer Interventionen. Ein integraler Bestandteil eines Beratungsgespräches ist eine individuelle psychologische Betreuung der Patientinnen.

Durch die Neubesetzung der Sektion für Humangenetik/Klinische Genetik der Universität Innsbruck durch Univ.-Prof. DDr.med. Johannes Zschocke hat sich unser Beratungsfeld noch insofern erweitert, als daß wir zukünftig auch in der Lage sind Patientinnen mit einer Prädisposition für ein Lynch-Syndrom (hereditäre non-polypöse Kolonkarzinom (HNPCC) auf diese genetische Prädisposition zu testen. Insgesamt hat sich mit Prof. Zschocke einiges an der Beratung erfreulichst und sehr zum Wohl der Patientinnen verändert. Die gesamte Beratung erfolgt gemeinsam mit Dr. Schütz (Section Humangenetik). Die komplette molekulargenetische Untersuchung wird nun auch in Innsbruck durchgeführt und hat die Wartezeit der Patientinnen auf den Befund auf ein Minimum reduziert. Seit der Implementierung dieser gemeinsamen Beratung konnten Frequenz und Qualität deutlich verbessert werden.

3.3.2 Loas 2009 – HER-2

(OA Dr. Daniel Reimer)



„Ein Tisch voller TeilnehmerInnen“

Auch in diesem Jahr fand unser traditioneller „Onkologischer Alpengipfel“ vom 15.10. – 17.10.2009 auf der „Loas“-Alm, einem idyllischen Alpengasthof in den Bergen über der Stadt Schwaz, statt. Dieses Symposium stellt einen zentralen Bestandteil der wissenschaftlichen Aktivität der Universitätsklinik für Frauenheilkunde der medizinischen Universität Innsbruck dar. Seit seiner Gründung vor nunmehr 13 Jahren dient diese Veranstaltung nicht nur dem wissenschaftlichen Dialog, sondern sie soll zudem jungen, onkologisch interessierten Kollegen eine Plattform zur Präsentation und Diskussion ihrer eigenen Forschungsergebnisse sein.

Trotz vorzeitigem Wintereinbruch konnten wir auch heuer wieder eine Reihe internationaler und nationaler Gastredner für diesen Kongress gewinnen, welche in ihren Referaten Probleme und neueste Erkenntnisse zur „Funktion der HER-2 Familie bei malignen Erkrankungen“ erörterten. Den Auftakt bildete ein Vortragsblock junger Kollegen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, die vor einem hochkarätigen Publikum ihre eigenen wissenschaftlichen Daten erörtern konnten: Neben der Rolle von E2F Transkriptionsfaktoren in der Pathophysiologie der EGF vermittelten Proliferation im Ovarialkarzinom und dem molekularen Hintergrund der stabilisierenden Wirkung von Lapatinib auf HER-2 wurde auf die Funktion von microRNAs in der Tumorentstehung eingegangen. Des Weiteren gab PD Dominik Wolf von der Universitätsklinik für Innere Medizin V (Hämatologie und Onkologie) einen interessanten Einblick in eine mögliche Anwendung von HER-2 Proteinen in der Immuntherapie maligner Erkrankungen.

Nach anregender Diskussion fand der erste Abend schließlich seinen Ausklang in gemütlicher Atmosphäre beim traditionellen „Loas-Schnitzel“.

Der Freitag Vormittag stand ganz im Zeichen klinischer Aspekte und neuer Therapie-Konzepte: Prof. Roland Reitsamer eröffnete die Session mit einem Überblick über die EGF vermittelte Signaltransduktion. Ihm folgte Professor Stefano Iacobelli aus Rom, der über die Bedeutung von Resistenzmechanismen von Anti-HER-2 Substanzen beim Mammakarzinom referierte. Prof. Heinz Zwierzina aus Innsbruck erörterte schließlich Möglichkeiten in der Entwicklung neuer Biomarker im Rahmen der „EGFR-targeted“ Therapie und Prof. Edgar Petru aus Graz fasste die Problematik der Kardiotoxizität von HER-2 blockierenden Substanzen zusammen. Den Abschluss dieser von Prof. Christian Marth geleiteten Sitzung bildete ein Vortrag von Prof. Ludwig Wildt, dem Leiter der Abteilung für Endokrinologie und Sterilität der hiesigen Frauenklinik, der über endokrinologische Aspekte der EGF vermittelten Signaltransduktion sprach. Die schon traditionelle Wanderung musste aufgrund starken Schneetreibens ausfallen, stattdessen nutzen die TeilnehmerInnen die Mittagspause, um persönliche Kontakte neu zu knüpfen oder bereits bestehende wissenschaftliche Kooperationen zu unterhalten.

Die Nachmittags Sitzung war ein weiterer Höhepunkt dieser Veranstaltung. Prof.ⁱⁿ Tanja Fehm aus Tübingen berichtete über ihre neuen Erkenntnisse im Bezug auf HER-2 Expression in disseminierten Tumorzellen gefolgt von Prof. Michael Bates aus USA, der über eine neue Methode zur Quantifizierung von EGFR Subtypen im Mammakarzinom referierte. Prof.ⁱⁿ Mina Fogel, eine Pathologin aus Israel, fasste ihre Daten zu L1, einem neuen prognostischen Marker beim Endometriumkarzinom zusammen. Prof. Peter Altevogt vom Deutschen Krebsforschungszentrum, ein langjähriger Kooperationspartner der Frauenklinik, sprach über die Detektion von Serum Exosomen in malignem Aszites und Prof. Lukas Huber aus Innsbruck stellte ein internationales, von der Universität Innsbruck ins Leben gerufene Projekt, ONKOTYROL, vor.

Den Abschluss dieses Symposiums bildete ein Festvortrag am Abend, für den wir den Medizinethiker Prof. Reinhard Merkel gewinnen konnten. In einem Vortrag zum Thema „*Forschung an embryonalen Stammzellen*“ wurden moralaethische und philosophische Aspekte beleuchtet. Den Ausklang der Veranstaltung bildete schließlich ein gemeinsamer Abend.

Zur First-Line-Behandlung von metastasiertem Brustkrebs

MYOCET®

50 mg Pulver und Beimischungen für ein Konzentrat zur Herstellung einer liposomalen Infusionsdispersion.

Zusammensetzung:

Wirkstoff: Liposomenverkapselter Doxorubicin-Citrat-Komplex, entsprechend 50 mg Doxorubicin-HCl. Sonstige Bestandteile: Myocet-Doxorubicin-HCl: Lactose; Myocet-Liposomen: Ei-Phosphatidylcholin, Cholesterin, Citronensäure, Natriumhydroxid, Wasser f. Injekt.-zwecke; Myocet-Puffer: Natriumcarbonat, Wasser f. Injekt.-zwecke.

Anwendungsgebiete:

In Kombination mit Cyclophosphamid für die First-Line-Behandlung von metastasiertem Brustkrebs bei Frauen.

Gegenanzeigen:

Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoff, die Beimischungen od. einen d. sonst. Bestandteile.

Zulassungsinhaber:

Cephalon Europe
5 Rue Charles Martigny
94700 Maisons Alfort
Frankreich

Örtlicher Vertreter:

Cephalon GmbH
Fraunhoferstr. 9a
82152 Martinsried
Deutschland
Telefon: +49 89 895570-0
Telefax: +49 89 895570-15

Verschreibungspflicht /

Apothekenpflicht:

Rezept- und apothekenpflichtig.

Wirkstoffgruppe:

Myocet gehört zur Gruppe der Zytostatika. Der Wirkstoff in Myocet ist das Anthrazyklin Doxorubicin-HCl. Doxorubicin kann seine antitumorigen und toxischen Wirkungen über eine Reihe von Mechanismen ausüben, einschließlich Hemmung der Topoisomerase II, Interkalation zwischen DNS-Basenpaaren, Bildung freier Radikale und Membranbindung.

Informationen über Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Stand: Dezember 2008



Freie Bahn für die Wirksamkeit

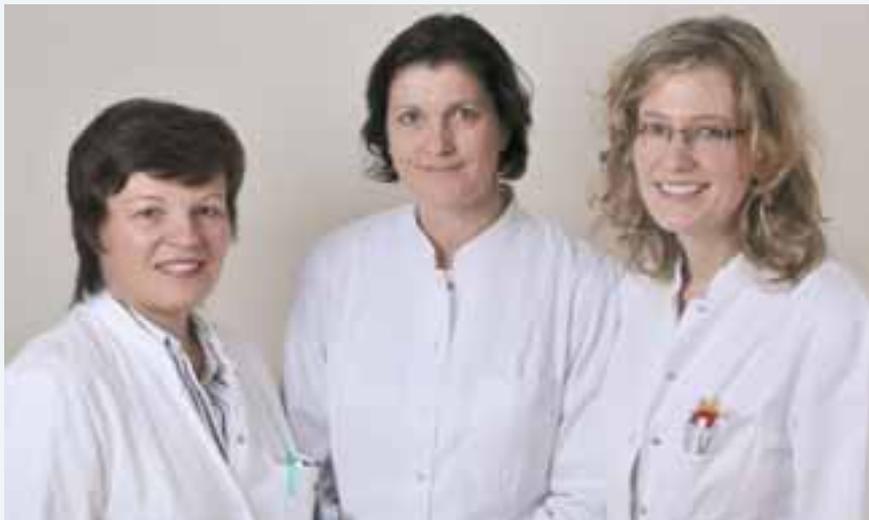
Myocet® | 
(liposomal doxorubicin)

Cephalon®
Oncology | 

Die volle Anthrazyklin-Wirksamkeit nutzen

3.3.3 AGO-Studienzentrale Österreich

(Dr.ⁱⁿ Birgit Kunz)



Das Team der AGO-Studienzentrale in Innsbruck:

Dr.ⁱⁿ Ingrid Weber, Dr.ⁱⁿ Birgit Kunz, Dipl. EWⁱⁿ Michaela Hardiman (vlnr)

2009 war ein Jahr, in dem sich einige personelle Veränderungen an der Studienzentrale, einem Projekt der Medizinischen Universität Innsbruck, ergeben haben:

Die größte Veränderung bedeutete das Ausscheiden unserer Geschäftsleiterin OÄ Dr.ⁱⁿ Birgit Volgger mit Ende Mai 2009. Fr. Dr.ⁱⁿ Volgger hat seit Gründung der Studienzentrale im März 2003 diese mit aufgebaut, erweitert und seit 2008 geleitet. Ihre sowohl fachliche als auch menschliche Kompetenz und nicht zuletzt ihr Wissen um administrative Belange hinterlässt eine große Lücke! Wir freuen uns sehr mit ihr, dass sie neue Aufgaben und Ziele an ihrer neuen Arbeitsstelle in Lienz verfolgen kann, allerdings bedauern wir ihr Ausscheiden in hohem Maße. Die Studienzentrale möchte ihr auf diesem Wege nochmals ein herzliches „Danke“ und beste Wünsche für die Zukunft übermitteln.

Wie im Vorjahresbericht bereits angekündigt wurde die Firma Raffener als neue Monitor-Firma engagiert und hat sowohl die bisher von Frau Dr.ⁱⁿ Bürger betreuten Studien als auch neu begonnene Studien übernommen. Diese Firma hat viel Erfahrung und ist mit großem Einsatz an die Aufgabe herangegangen.

Um vor allem dem unglaublich wachsenden administrativen Aufwand in der Betreuung der Studien gerecht zu werden, wurde die Studienzentrale selbst um

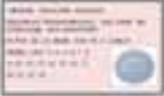


studienzentrale

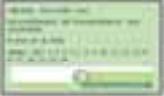


Projektleiter: Univ.-Prof. Dr. Christian Martini (christian.martini@uni-wuerzburg.de) | Tel.: +43(0)35024 2001
 Mitarbeiter: Dr. Ingrid Kuhn, Dr. Ingrid Weber, Dipl. Ute-Michaela Hardiman
 Department: Fraunhofer IPT, Institute for Land-Use and Sustainable Architecture, Amalienstraße 28, D-91054 Würzburg
 Tel: +43(0)35024 20122210 | Fax: +43(0)35024 20458 | email: ago.studienzentrale@uni-wuerzburg.de

STUDIENZENTREN DER AGO



















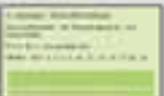




























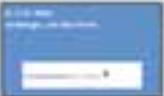




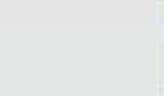








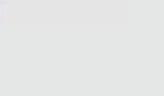














eine weitere Mitarbeiterin ergänzt. Von Mai bis August hat Fr. Mag.^a Ilse Partilla als Studienkordinatorin mitgearbeitet, seit November ist Fr. Dipl. EWⁱⁿ Michaela Hardiman im Team. Fr. Hardiman bringt fünfjährige Berufserfahrung mit, zuletzt als Leiterin der Monitorabteilung der CenTrial GmbH Tübingen.

Erfreulich ist auch die Zunahme der interessierten Zentren in Österreich. So werden von der Studienzentrale mittlerweile 28 gynäkologische Abteilungen betreut, die an den verschiedenen AGO-Studien teilnehmen. Auf Grund dieser guten und engen Zusammenarbeit finden wir auch international als Gruppe große Anerkennung. Außerdem arbeiten VertreterInnen der Studienzentrale sowohl bei den zweijährlichen Meetings der ENGOT als auch bei der GCIG an der Harmonisierung der Studienrichtlinien und Vereinfachung der Zusammenarbeit mit.

Veränderungen gab es aber auch in der Studienlandschaft. Neben den akademischen Eigenstudien haben wir uns zur Teilnahme an zwei kommerziellen Studien entschlossen: die Studie AGO 21 – Pazopanib als Erhaltungstherapie beim primären Ovarialkarzinom konnte bereits erfolgreich gestartet werden. In Österreich nehmen 14 Zentren an dieser Studie teil, die von der Studienzentrale koordiniert werden.

Die AGO 24 – BIBF1199 wird demnächst an 10 Zentren beginnen. Das Ziel dieser doppelt-blind Placebo-kontrollierten Phase III Studie ist die Wirksamkeit von BIBF 1120 mit der Chemotherapie Paclitaxel und Carboplatin im Vergleich zu Placebo mit Paclitaxel und Carboplatin bei Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom zu testen. Der primäre Endpunkt dieser Studie ist das progressionsfreie Überleben.

Trotz des hohen administrativen Aufwandes bieten diese Studien die Chance, unmittelbar mit neuen, international interessanten Substanzen zu arbeiten und den Patientinnen die neuesten Therapieoptionen bieten zu können.

Aber auch die akademischen Eigenstudien kamen nicht zu kurz: Die AGO 10 – Myocet/Gemzar versus Myocet Monotherapie beim platinresistenten Ovarialkarzinom – eine Multizenterstudie der AGO – konnte an 20 österreichischen Zentren erfolgreich gestartet werden. Und in Kooperation mit Dänemark wurde mit der AGO 22 – Caelyx in Kombination mit Panitumumab ein inovatives Protokoll in Österreich etabliert.

Erfolgreich abgeschlossen werden konnten die Studien AGO 8 Calypso: Eine internationale, randomisierte, Phase III-Multicenter-Studie der Gynecologic Intergroup (GCIG) zum Vergleich einer Chemotherapie mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin (CAELYX®) und Carboplatin versus Paclitaxel und Carboplatin bei Patientinnen mit einem späten Rezidiv (>6 Monate) eines epithelialen Ovarialkarzinoms und AGO 17 Hector: Topotecan plus Carboplatin im Vergleich zur Standardtherapie (Paclitaxel plus Carboplatin oder Gemcitabin plus Carboplatin) in der Therapie von Patientinnen mit Platin-sensitivem rezidivierten epithelialen Ovarialkarzinom, Peritonealkarzinom oder Tubenkarzinom.



BESSERE ÜBERLEBENSQUALITÄT

durch überlegene Wirksamkeit und Verträglichkeit



Fachkurzinformation siehe Seite 176

- Längeres Überleben mit Ovarialkarzinom¹
- Erhaltungstherapie mit Caelyx[®] beim metastasierten Mammakarzinom: wirksam, hämatologisch und kardial gut verträglich²
- Senkt das Progressionsrisiko des Multiplen Myeloms um 45% und verlängert das Überleben³

2010 werden mit den drei neuen Studien AGO 25 – LION, AGO 26 – Desktop III und AGO 27 – HPV Clearance Studien etabliert, die nicht unter das Arzneimittelgesetz fallen. Außerdem wird die Studie AGO 20 – eine Kooperation der AGO mit der ÖGRO (Österreichische Gesellschaft für Radio-Onkologie) beim fortgeschrittenen Zervixkarzinom gestartet. Die Patientinnen erhalten neben der Radiotherapie zum Cisplatin auch Panitumumab, man erhofft sich damit eine Verbesserung der Heilungsrate.

Trotz der zahlreichen Veränderungen war auch 2009 für die AGO Studienzentrale wieder ein sehr erfolgreiches Jahr und wurde sowohl durch internationales Interesse an der Studiengruppe sowie durch zunehmende Erweiterung in Österreich bestätigt.

Die Studienzentrale in Innsbruck ist Mo – Fr von 8.00 – 16.00 besetzt und in dieser Zeit telefonisch unter 050504-24162 erreichbar und jederzeit per mail ago.studienzentrale@i-med.ac.at.

3.4 Brustzentrum d. Frauenheilkunde im Rahmen des BrustGesundheitZentrumTirol

(OA Dr. Michael Hubalek)



Das Team der Mamma-Studienzentrale: Dr.ⁱⁿ Justine Angerer, Dr.ⁱⁿ Hanni Ulmer, Mag.^a Carmen Albertini, Bac. Claudia Riegler (vlnr)

Im Jahr 2009 wurden über 250 Frauen – das sind mehr als die Hälfte aller Frauen mit Brustkrebs in Tirol – mit einer Brustkrebs-Neuerkrankung bereits am Brust-GesundheitZentrum (BGZ) Tirol gesehen und behandelt. Ein großer Vorteil und sicherlich auch eine Komfortsteigerung für Patientinnen ist, dass die gesamte

Diagnostik und auch die anschließende Therapie unter einem Dach und von einem aufeinander optimal eingestimmten Team, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachbereiche, Schwestern und Technischen Assistentinnen, erfolgt. Um den europäischen Richtlinien endgültig gerecht zu werden, wurde das BGZ Tirol nach EUSOMA (European Society of Mastology) zertifiziert. Die Qualitätsziele sind sehr hoch gesteckt und betreffen sämtliche involvierten Disziplinen wie die Radiologie, Pathologie usw. sowie auch die Pflege. Im Rahmen der Initiierung der Zertifizierung nach EUSOMA Kriterien wurde in Zusammenarbeit mit dem Ausbildungszentrum West (AZW) ein Konzept für eine neue Ausbildung zur sogenannten „breast care nurse“ („Brust-Krankenschwester“) entwickelt. Laut den europäischen Richtlinien ist eine speziell ausgebildete diplomierte Pflegekraft integraler Bestandteil eines zertifizierten Brustzentrums. Nachdem diese Ausbildung bisher in Österreich nicht existiert hat, ist es der Initiative von Prof. C. Marth und Herrn Harald Tamerl zu verdanken, dass dies am Ausbildungszentrum West in Innsbruck seit Mai 2009 angeboten werden kann. Insgesamt haben vier Pflegekräfte der Frauenklinik diese Ausbildung begonnen. Damit ist ein weiterer Schritt in eine optimale Betreuung der Frau mit Brustkrebs gesetzt.

OA Dr. Thomas Frede trat Mitte des Jahres 2009 seinen wohlverdienten Ruhestand an. Durch seine Kompetenz sowohl in fachlicher Hinsicht als auch in zwischenmenschlichen Bereich ist es zu verdanken, daß das BGZ Tirol sich in sehr kurzer Zeit zu einem der größten und wichtigsten Zentren zur Behandlung von Brusterkrankungen in Österreich entwickelt hat. Durch seine Weitsicht ist es gelungen die Zusammenarbeit aller Disziplinen auf sehr hohem Niveau zu etablieren. Dr. Fredes Engagment für der Etablierung eines Mammographie Screening Programms in Tirol zeigt bereits erste Früchte. Wir möchten uns bei OA Dr. Frede für die vielen Jahre der guten Zusammenarbeit und des voneinander Lernens bedanken. Seine Verdienste für die Früherkennung und Diagnostik des Mammakarzinom kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. In die Fußstapfen von Thomas Frede konnte nun auch OA Dr. Martin Daniaux treten, welcher die Arbeit seines Mentors und Vorgängers in gleicher kompromissloser Weise fortführt.

Im abgelaufenen Jahr wurde die Zusammenarbeit mit den affilierten Partnern in Südtirol, Meran und Brixen, sowie in Vorarlberg, Dornbirn weiter intensiviert. In Bezug auf sämtliche Zertifizierungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen gilt es der besonderen Erwähnung von Prof. Dr. Günter Daxenbichler, welcher hier außerordentliches geleistet hat. Dass das BrustGesundheitZentrum Tirol sich jedoch hauptsächlich um die optimale Betreuung von Patientinnen mit Brustkrebs befasst, belegen unsere Behandlungszahlen:

Im abgelaufenen Jahr 2009 wurde im BGZ Tirol bei 251 Patientinnen ein primäres Mammakarzinom diagnostiziert und dementsprechend auch therapiert.

Damit wurde im Vergleich zum Vorjahr wieder eine Steigerung der Anzahl der Patientinnen verzeichnet. Insgesamt wurden über 600 Operationen zur Behandlung von Erkrankungen der Brust durchgeführt. Ebenfalls eindrucksvoll ist die Zunahme der Aktivität der ambulanten Leistungen: Die Anzahl der Patientinnen, die unsere Ambulanz aufsuchten, stieg um 8% auf 2.585 Frauen. Die Frequenzen in der Ambulanz stiegen um 9% auf 7.055 Patientenkontakte.

Ein weiterer integraler Bestandteil unseres Zentrums stellt Frau Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner dar. Durch ihre langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Mamma-Pathologie wird die Qualität der Arbeit am BGZ Tirol letztendlich auch auf lange Sicht gesichert. Damit besteht für die betroffene Patientin der große Vorteil, dass die gesamte Diagnostik und ein Großteil der nachfolgenden Therapie unter einem Dach und von einem aufeinander eingestimmten Team, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachbereiche, Schwestern und Technischen Assistentinnen, erfolgt. Durch intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Beteiligten ist es am BrustGesundheitsZentrumTirol möglich, einen kompletten Therapieplan innerhalb kürzester Zeit zu erhalten. Eine enge Zusammenarbeit mit dem plastischen Chirurgen OA Dr. Thomas Bauer ermöglichen auch bei ausgedehnten lokalen Tumorerkrankungen ein für die Patientin befriedigendes kosmetisches Ergebnis.

Neben der Erstbehandlung von Patientinnen mit Mammakarzinom bietet das BGZ Tirol alle modernen Möglichkeiten der Palliativmedizin und der psychoonkologischen Begleitung an. Die einzelnen Leistungen in diesen Teilgebieten werden entweder von den Kooperationspartnern selbst angeboten oder vom BGZ zur Verfügung gestellt. Es stehen nicht nur die klinischen Einrichtungen (Schmerzambulanz, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Beratungsstelle für Krebspatienten und Angehörige etc) zur Verfügung, sondern auch die notwendige wissenschaftliche und klinische Fachkompetenz. Höhere Patientenzahlen ermöglichten zusätzliche Initiierungen von klinischen Studien. Insgesamt konnten wieder über 25% aller Patientinnen mit verschiedensten Stadien der Erkrankung in eine der über 20 klinischen Studien eingebracht werden. Somit befanden sich 665 Patientinnen im Jahr 2009 in Mamma-Studien. Vorarbeiten für die Initiierung von weiteren klinischen Studien wurden von Frau Dr.ⁱⁿ Johanna Ulmer und Fr. Dr.ⁱⁿ Justina Angerer (Studienzentrale) erfolgreich geleistet. Eine weitere Verbesserung der Betreuung von Studienpatientinnen erbrachte die Anstellung von Fr. Mag.^a Carmen Albertini und Fr. Bac. Claudia Riegler.

Die räumlichen Möglichkeiten des BrustGesundheitsZentrums wurden im Jahr 2009 neuerlich verbessert, was aufgrund einer Zunahme der ambulanten Kontakte auch notwendig geworden war. Hierbei kann der unermüdliche Einsatz von DGuKS Marion Gebauer, DGuKS Sabine Bichler, DGuKS Inge Hueber,

Brigitte Riml, Astrid Kluckner und Alfred Wieser im Rahmen der ambulanten Patientenbetreuung nicht genug gewürdigt werden. Damit ist trotz steigender Patientenzahl die gewohnt freundliche und familiäre Atmosphäre für Frauen mit Brustkrebs auch in Zukunft gewährleistet.

Weitere Informationen finden sie auf unserer Homepage www.BrustGesundheitZentrum.at

3.



3.5 Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

(Direktor: o. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt)

3.5.1 Kinderwunschsprechstunde

(OÄ Dr.ⁱⁿ Stephanie C. Frieß)

Erfreulicherweise konnten wir im vergangenen Jahr unsere PatientInnenzahl weiterhin deutlich steigern. Unser umfassendes Angebot an Sterilitätstherapien umfasst sowohl eine ausführliche endokrine und sonographische Abklärung als auch die operative Therapie und wenn gewünscht die psychologische Beratung von Kinderwunschpaaren und die intensive Betreuung in der Frühschwangerschaft. Dieses ist nicht nur für Tiroler, sondern auch für Patientinnen aus anderen Bundes- und Nachbarländern attraktiv. Unser Ziel ist dabei die umfassende Beratung und Behandlung der Kinderwunschpaare, die alle Aspekte der Sterilitätsbehandlung umfasst und nicht nur auf die Verfahren der ART ausgerichtet ist.

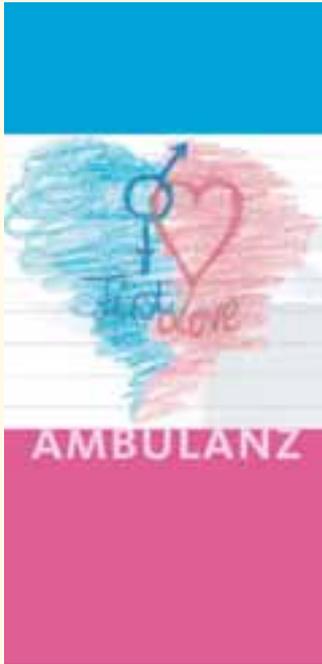
Der vierteljährlich durchgeführte Informationsabend, indem Kinderwunschpaare über die von uns angebotenen Therapien umfassend informiert werden und auf informelle Art und Weise Gelegenheit haben, sich Räumlichkeiten und Ausstattung anzusehen, fand allgemein sehr guten Anklang und führte zu einem regen Austausch mit den Paaren. Nach einem kurzen einführenden Vortrag haben die Kinderwunschpaare die Möglichkeit im persönlichen Gespräch ihre Fragen zu erörtern.

3.

3.5.2 Kindergynäkologie und First-Love-Ambulanz

(OÄ Dr.ⁱⁿ Janette Müller, Dr.ⁱⁿ Caroline Tomovski, Dr.ⁱⁿ Theresa Czech)

3.



Kindergynäkologie

Jeden Dienstag Vormittag gibt es eine eigene kindergynäkologische Sprechstunde an unserer Abteilung. Hier werden präpuberale und puberale Mädchen mit verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen und Problemen, wie Fremdkörper, Fluor, vaginale Blutung aber auch Hormonstörungen, wie z.B. die Pubertas praecox behandelt. Zur Behandlungsoptimierung wird großen Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit der Univ.-Klinik für Urologie und dem MiZi sowie der Pädiatrischen Endokrinologie der Univ.-Klinik für Pädiatrie gelegt.

Mädchen, bei denen der Verdacht auf Missbrauch geäußert wird, werden ebenfalls an unserer Klinik untersucht und beraten.

First Love Ambulanz

Seit über 4 Jahren gibt es an der Univ.-Klinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin die First Love Ambulanz.

Die Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren erhalten hier Auskunft und eine Beratung über den Zyklus, Pubertät, Verhütung und sexuell übertragbare Erkrankungen und außerdem damit im Zusammenhang stehenden Informationen. Die Beratung für die Mädchen ist weiterhin kostenlos und kann auch anonym durchgeführt werden.

Auf Wunsch gehen unsere Ärztinnen mit einem speziellen First Love Koffer an Tiroler Schulen, um dort über einen Informationsvortrag das Thema Sexualität, Verhütung, ungewollte Schwangerschaften sowie sexuell übertragbare Erkrankungen den Jugendlichen näher zubringen. Die gleiche Möglichkeit bietet sich Ihnen aber auch durch einen Besuch an unserer Klinik, um dabei die Ambulanzräume zu besichtigen und die Scheu vor dem gynäkologischen Stuhl zu verlieren. Jedes Jahr sind wir auf der Gesundheitsstraße von MiniMed im Sillpark zu finden und erfreuen uns am großen Interesse der Jugendlichen.

Wie in den vergangenen Jahren konnten wir einen deutlichen Zuwachs an Mädchen, welche das Angebot der First-Love Ambulanz der Univ.-Klinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, verzeichnen. Die Besuche an den Schulen haben im Gegensatz zu den Besuchen von Schulklassen in der Ambulanz ebenfalls deutlich zugenommen.

3.5.3 Fertilitätsprotektion bei PatientInnen unter gonadotoxischer Therapie

(OÄ Dr.ⁱⁿ Stephanie C. Frieß)

Ein Schwerpunkt unserer Klinik ist die Beratung von jungen Patientinnen und Patienten im Bezug auf Fertilitätsprotektion, die sich aufgrund einer Tumorerkrankung einer Chemotherapie und/oder einer Strahlentherapie unterziehen müssen. Aufgrund der stetig optimierten Therapieschemata nimmt das Gesamtüberleben von jungen onkologischen Patientinnen und Patienten stetig zu, so dass nach Remission die Lebensqualität incl. der Familienplanung einen neuen Stellenwert einnimmt.

Die Kryokonservierung von Spermien ist ein bereits seit Jahren etabliertes Verfahren, welches von onkologischen Patienten gerne angenommen wird. Die Kooperation mit den uns zuweisenden Kliniken wie der Urologischen und der Hämatologisch-Onkologischen Klinik gestaltet sich als unproblematisch. Die Terminvergabe erfolgt umgehend, so dass die Patienten vor Therapiestart ausreichend Material asservieren können.

Neben der Gabe von GnRH-Analoga zur Ovarialprotektion bieten wir als einziges Zentrum in Österreich die Kryokonservierung von Ovarialgewebe an. Bei dieser Maßnahme wird der Patientin vorzugsweise vor Therapiebeginn per Laparoskopie ein Ovarialstück entfernt und anschließend tiefgefroren. Im Vergleich zum Vorjahr konnten wir einen deutlichen Zuwachs an Patientinnen feststellen, welche dieses Angebot nutzen wollten. So hatten wir 2009 13 Patientinnen aus anderen Bundesländern, die sich ausschließlich wegen dieser Möglichkeit der Fertilitätsprotektion bei uns vorstellten. Außerdem verzeichneten wir eine Zunahme der Gewebezusendungen aus anderen Krankenhäusern, wie z. B. aus Südtirol (Meran) und Vorarlberg (Feldkirch).

Erstmalig konnte 2009 auch eine Retransplantation von Ovarialgewebe an das verbliebene Ovar vorgenommen werden. Leider zeigte sich bisher noch keine Hormonproduktion, so dass über eine neuerliche Retransplantation nachgedacht wird.

Wissenschaftlich beschäftigen wir uns intensiv mit der in-vitro-Kultur von Ovarialgewebe vor und nach Kryokonservierung sowie mit der in-vitro-Maturation von Oozyten aus dem entfernten Gewebe. Unsere PHD-StudentInnen Dr.ⁱⁿ Katharina Winkler und Dr. Mahmoud Salama konnten hier bereits vielversprechende Ergebnisse erzielen, die noch eine weitere Vertiefung fordern.

3.6 Morphologisches Labor

(A. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner)



Prof.ⁱⁿ Müller-Holzner mit einem Teil der Labormitarbeiterinnen

Seit Februar 1987 gibt es das Morphologische Labor an der Frauenklinik in der jetzigen Form unter der Leitung der Pathologin Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner. Seither werden hier neben den bereits davor durchgeführten zytologischen Untersuchungen (auch Einsendezytologie) zusätzlich alle Operationspräparate der Frauenklinik histologisch und immunhistochemisch untersucht.

Nach dem Ausscheiden von 2 BMAs (Pensionierung bzw. Übersiedlung nach Deutschland aus familiären Gründen) vor ca. 1½ Jahren ergab sich eine Neustrukturierung des Arbeitsablaufes. Waren bis dahin die Mitarbeiterinnen des medizinisch-technischen Bereichs auf Zytologie oder Histologie fixiert, wurden die neuen BMAs, die beide bereits jahrelange Erfahrung im Zytologie-Screening hatten, auch in den Bereichen Histologie und Immunhistochemie intensiv eingeschult. Diese breite Ausbildung hat sich 2009 sehr bewährt. Die neuen Mitarbeiterinnen sind vollständig im Team integriert und durch die hohe Flexibilität aller Mitarbeiterinnen können nun alle Methoden auch in Urlaubszeiten angeboten werden.

Im Rahmen der ISO-Zertifizierung werden u.a. die Zeiträume zwischen Eintreffen der Proben im Labor und Übersenden der Befunde ins Power Chart ausgewertet. Bis auf eine Ausnahme (Routinezytologie) wurde in allen Bereichen das gesteckte Ziel unterschritten bzw. erreicht. Folgende durchschnittlichen Erledigungszeiten wurden für die einzelnen Methoden erhoben (in der Spalte Ziel-

vorgabe jeweils das selbst gesteckte und angestrebte Ziel im Rahmen der EN ISO 9001:2008):

Zeit zwischen Eintreffen der Proben bis zum Export des Befundes ins Power Chart

| | Dauer 2009 | Zielvorgabe lt. ISO |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| Histologie | 2,08 Tage | 2 Tage |
| Schnellschnitt | 9,02 (+/-7) Minuten | 11 Minuten |
| Routinezytologie | 8,35 Tage | 7 Tage |
| Dringende Zytologie | 0,76 Tage | 1 Tag |
| Extragenitale Zytologie | 1,92 Tage | 2 Tage |

3.

Das nicht optimale Ergebnis bei der Routinezytologie wird bewusst in Kauf genommen: wir gehen davon aus, dass durch die Erledigung der als dringend deklarierten Abstriche innerhalb eines Tages (meist sind es nur wenige Stunden) in diesem Bereich am ehesten Spielraum beim Einsatz der personellen Ressourcen besteht. Die Erledigung der Routine-Abstriche kann vor allem in Urlaubs- bzw. Krankenstandszeiten auch länger dauern. Nur dadurch kann aber gewährleistet werden, dass Histologie, Schnellschnitte und Immunhistochemie (einschließlich in-situ Hybridisierung, SISH) durchgehend in den gewohnt kurzen Zeiträumen erledigt werden können.

Das Labor hat sich auch 2009 wieder an der „Freiwilligen Selbstkontrolle der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie“ beteiligt. Die Auswertung liegt noch nicht vor. Aus unserer Sicht ist sehr erfreulich, dass wir weiterhin bei der Anzahl an Pap III mit 0,3 % aller Befunde sehr niedrig liegen. In Hinblick auf unsere Einsender (intern und extern) ist bemerkenswert, dass 98,45% aller Abstriche repräsentatives Material enthielten. Nur 1,44% waren bedingt und 0,11% nicht beurteilbar. Dies ist ein außergewöhnlich gutes Ergebnis.

Weiters haben wir uns am Ringversuch „Molekularpathologische Faktoren des Mammacarcinoms“ der Österreichischen Gesellschaft für Pathologie beteiligt. Hier wird sowohl die labortechnische Bearbeitung als auch die Auswertung überprüft: die teilnehmenden Labors bekommen ungefärbte Schnitte von Mammarkarzinomen, die sie immunhistochemisch auf Östrogen- und Progesteronrezeptorgehalt sowie mittels SISH bezüglich einer HER2 Überexpression untersuchen. Die gefärbten Präparate werden sowohl vor Ort als auch zentral ausgewertet. Die Ergebnisse werden am 30. April in Wien präsentiert.

Bei der Anzahl an durchgeführten Leistungen ist 2009 im Bereich Zytologie ein Rückgang zu verzeichnen. Dies ist in erster Linie durch die deutlich verminderte Anzahl an Routineuntersuchungen in der Allgemeinen Ambulanz der Frauen-

klinik zu erklären. Aus diesem Grund wurden im Gegensatz zu früheren Jahren mit Aufnahmestopp im letzten Jahr drei neue auswärtige EinsenderInnen aufgenommen. Dabei soll es vorerst bleiben, denn nur durch den Rückgang in der Zytologie können die steigenden Anforderungen in anderen Bereichen mit den gegebenen Ressourcen ohne Qualitätsverlust bewältigt werden.

3.7 Biochemisches Labor

(A. Univ.-Prof. Dr. Günter Daxenbichler, Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Heidi Fiegl)



Prof. G. Daxenbichler mit seinem Labor-Team

Der Schwerpunkt der Labortätigkeit liegt weiterhin auf der Durchführung von wissenschaftlicher Forschung, deren Ergebnisse zu einer Verbesserung von Diagnostik und Therapie, insbesondere bei Krebserkrankungen, führen sollen.

Die Routineanalysen beschränken sich auf Tumormarker- und Papilloma-Virus-Bestimmungen, ihre Zahl blieb ungefähr gleich wie in den vergangenen Jahren (2007: 10.177, 2008: 11.020, 2009: 11.200). Die Serumbank erfuhr dadurch wieder eine Vergrößerung. Derzeit sind ca. 250.000 Serumproben von über 4.000 Patientinnen (ca.100.000 Blutabnahmen) gelagert. Diese Biobank stellt einen großen Schatz dar, der es erlaubt, wissenschaftliche Projekte, die ansonsten enorme Zeit in Anspruch nehmen würden (wegen notwendiger langer Beobachtungs- und Probensammelzeit) in einem vernünftigen Zeitraum zu erledigen. Viele wissenschaftliche Arbeiten der vergangenen Jahre haben bereits von dieser Serumbank profitiert.

Das Projekt „Disseminierte Tumorzellen im Knochenmark und im Blut“ (Projektleiter Prof. Christian Marth) wird, was die molekularbiologischen Analysen

anlangt, im Jahr 2010 ausgewertet, da nun die Beobachtungszeit das erforderliche Minimum erreicht hat.

Projekte der Arbeitsgruppe um A.Univ.-Prof.ⁱⁿ Nicole Concin mit dem Inhalt: Bedeutung der p73 Isoformen und des p53 für Prognose und Therapiesensitivität beim Ovarialkarzinom, wurden auch dieses Jahr wieder erfolgreich weitergeführt.

Die Arbeitsgruppe um Dr. Daniel Reimer und Prof. Alain Zeimet konzentrierte sich weiterhin auf die Untersuchung von Transkriptionsfaktoren in Abhängigkeit von Wachstumsfaktoren und den Nachweis und die Charakterisierung von Tumorstammzellen im Ovarialkarzinom. Diese anspruchsvollen Experimente brachten interessante Erkenntnisse.

Das Gebiet der micro-RNAs, die an der Regulation der Genexpression maßgeblich beteiligt sind, wird weiterhin von Dr. Hubalek und KollegInnen aus dem Labor bearbeitet, auch im Rahmen von Oncotryol (s.u.).

Eine Reihe junger Ärztinnen nahm auch im abgelaufenen Jahr die Möglichkeiten des Labors in Anspruch, insbesondere zum Studium von biologischen Markern des Ovarialkarzinoms.

Ein Forschungsprojekt zur Identifikation von spezifischen Auto-Antikörpern im Serum von Mammakarzinom-, bzw. Ovarialkarzinompatientinnen in Zusammenarbeit mit der Firma Protagen AG konnte von Prof. Günter Daxenbichler und Doz.ⁱⁿ Heidi Fiegl initiiert werden.

Im Frühjahr startete in den Brustzentren in Innsbruck, Salzburg, Klagenfurt, Graz, Wien, Brixen und Meran eine großangelegte Sammlung von Blutproben für das K1 „Oncotryol“ Projekt 3.2 „Biomarker-Identifizierung zur Voraussage des Metastasenrisikos bei Brustkrebspatientinnen“ (Projektleitung: Prof. Marth). Im November fand das erste ONCOTRYOL-Retreat im Universitätszentrum Obergurgl statt, wo unser Projekt erfolgreich präsentiert werden konnte. Für das K1 Oncotryol Projekt 2.5 „Atemluftanalyse für die Diagnose von Brustkrebs“, welches mit unserem Kooperationspartner Ionimed-AG durchgeführt wird, konnten die administrativen Vorbereitungen abgeschlossen werden, sodass die Untersuchungen 2010 starten können.

Die Projekte von Frau Doz.ⁱⁿ Heidi Fiegl, die sich einerseits mit der Identifizierung hypermethylierter Gene in Tamoxifen-resistenten Brustkrebszelllinien, bzw. im Melanom beschäftigen, andererseits mit TLR9 vermittelten Effekten auf Brustkrebszellen, wurden dieses Jahr weitergeführt. Ergebnisse aus den Studien werden derzeit zusammengefasst.

Das Qualitätsmanagement im Biochemischen und Morphologischen Labor wurde in zwei Audit's wieder sehr gut beurteilt.

3.8 IVF-Labor und assistierte Reproduktion

(Priv.-Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Susanne Hofer, Dr. Wolfgang Biasio)

Das Jahr 2009 zeichnete sich durch zahlreiche Qualitätsverbesserungen im Bereich der Betreuung der Kinderwunschpatienten und weitere Steigerung unserer Erfolgsraten aus. Aber nicht nur die Qualität, sondern auch die Quantität konnte gesteigert werden. So erzielten wir im Jahr 2009 ein Plus von 24% ART-Behandlungen gegenüber dem Jahr 2008.

3.

Die neu eingeführte IMSI (Intracytoplasmatische **m**orphologische selektierte **S**permieninjektion) trug nicht unwesentlich zu einer weiteren Erhöhung unserer Schwangerschaftsraten bei. Mit Hilfe dieser Methode konnten bei einem selektierten Patientengut (Teratozoospermie, OAT Syndrom), welches eine allgemein schlechtere Prognose hat, eine klinische Schwangerschaftsrate von 40% erzielt werden.

Die ebenfalls neu eingeführte Polkörperdiagnostik wird bei uns nur sehr gezielt und seriös eingesetzt. Vor allem bei Patientinnen mit einer bekannten chromosomalen Störung kommt diese Methode zur Anwendung. Insgesamt wurde diese Methode im Jahr 2009 zweimal eingesetzt. Eine der Patientinnen wurde schwanger und hat mittlerweile ein gesundes Mädchen geboren.

Zu einer weiteren Verbesserung unserer Erfolgsraten trug der im Mai 2009 an unserer Klinik eingeführte Embryotransfer unter Ultraschallkontrolle und unter Zuhilfenahme einer Mikrometerschraube bei. Durch diese Kombination ist eine exakte Platzierung der Embryonen in der Gebärmutter möglich.

Auf Grund oben angeführter Verbesserungen wurde allerdings nicht nur die Schwangerschaftsrate sondern auch die Zwillingsrate erhöht, nicht aber die Rate an höhergradigen Mehrlingen. Um diesem Trend entgegenzuwirken, versuchen wir verstärkt den Single Embryo Transfer unseren Patientinnen näher zu bringen. Das dabei auftretende Problem überlebender Embryonen wird durch ein gut funktionierendes Kryoprogramm behoben. Die Entscheidung, wieviele Embryonen transferiert werden, wird immer unter Berücksichtigung des Alters der Patientin, Anzahl der Versuche und natürlich der Embryoqualität getroffen. Die endgültige Entscheidung, ob ein oder zwei Embryonen transferiert werden, trifft aber letztendlich die Patientin.

Nicht nur labortechnische Behandlungen waren von innovativen Neuerungen betroffen. Im Jahr 2009 wurde ein Tag der offenen Tür abgehalten bzw. Informationsabende für Kinderwunschpatienten eingeführt. Auf Grund des regen Interesses an diesen Veranstaltungen haben wir uns dazu entschlossen, die Informationsabende einmal pro Quartal durchzuführen. Durch diese Veranstaltungen konnten direkt Neupatienten gewonnen werden.

All diese Qualitätsverbesserungen wurden auch im Qualitätsmanagementsystem verankert und 2009 konnte die Umstellung auf ISO 9001:2008 problemlos erfolgen.

3.9 Pflege

(PDL DGuKS Elisabeth Schmid)



„Fröhlichkeit lässt Schweres manchmal leichter werden“ – das Gyn3-Pflegeteam am Faschingsdienstag

Der gesamte Gesundheitsbereich befindet sich im Wandel, was bedeutet, dass sich auch die Pflege ständig unterschiedlichen Erfordernissen anpassen muss. Im Februar 2009 wurde auf allen Stationen auf EDV gestützte Pflegedokumentation umgestellt. Transparenz der Pflege, Überprüfbarkeit, Leistungsnachweis bzw. rechtliche Absicherung gehören unter anderen zu den Kriterien für das elektronische Pflegedokumentationssystem. Somit eine große und wichtige Änderung auf unseren Stationen, die mit viel Engagement und Einsatz von den MitarbeiterInnen und seitens der Verantwortlichen in den Serviceabteilungen getragen werden.

Einige Herausforderungen im Arbeitsalltag wurde von unseren Pflegemitarbeiterinnen durch Übersiedelungen und Umbauten in unserem Haus abverlangt, aber die neue Mutter-Kind-Station entschädigt für so manche Unannehmlichkeit.

Der neue Sectio-OP und die räumliche Anbindung der Neugeborenen-Intensiv-Station, beide auch in unmittelbarer Nähe zum Kreißaal, bedeuten eine wesentliche Qualitätssteigerung für die Versorgung von Mutter und Kind. Sie brachten auch merklich Vorteile und Wegersparnis für unsere Mitarbeiterinnen des Entbindungsbereiches. Diese räumliche Neustrukturierung ist europaweit fast einmalig und wird inzwischen regelmäßig von nationalen und internationalen Delegationen besucht.

Weiterbildungen 2009

14 Hebammen haben 2009 die Akupunkturausbildung mit Erfolg abgeschlossen. Die an 2 Wochentagen angebotene Akupunktur wird von den Patientinnen sehr gut angenommen.

2 Mitarbeiterinnen absolvierten die Weiterbildung „Praxisanleitung“. Wir haben auf allen Stationen 2 Mentorinnen, die mit gezielten praktischen Anleitungen unsere Schülerinnen begleiten. Auch die Betreuung der vielen Praktikantinnen liegt in deren Aufgabenbereich.

1 Mitarbeiterin hat das basale und mittlere Management abgeschlossen und wird ihr theoretisches Wissen im eigenen Arbeitsbereich umsetzen.

Die österreichweit erstmalig angebotene Spezialisierung „Breast Care Nurse“ wurde 4 Mitarbeiterinnen unseres Hauses ermöglicht, der Abschluss erfolgt 2010. Die Breast Care Nurse ist befähigt, Brustkrebspatientinnen und deren Angehörige in allen Stufen des Krankheitsprozesses zu beraten, betreuen und begleiten.

Aus 2 Abteilungen befindet sich je 1 Mitarbeiter in der Weiterbildung „Onkologische Pflege“, 1 Pflegekraft wird für „Kontinenz- und Stomaberatung“ ausgebildet, 1 Mitarbeiterin wird 2010 die Weiterbildung ‚basales und mittleres Management‘ abschließen.

Ich wünsche mir für unsere Pflegenden: Fachliche Kompetenz, Motivation, Engagement, Selbstbewusstsein, aber auch eine gesunde Portion Selbstschutz der eigenen Gesundheit zugutekommend.

3.10 Sozialberatung

(DSAⁱⁿ Petra Hillebrand)

Seit zehn Jahren wird an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Sozialarbeit geleistet. Karenzbedingt fand in den vergangenen Jahren mehrmals ein Mitarbeiterin-Wechsel statt: Dominika Mahnke leitete die Stelle bis Juni 2008, Juli 2008 bis August 2009 Mag.^a DSA Anke Hefen, ab Okt. 2009 DSAⁱⁿ Petra Hillebrand.

Eingebettet im multiprofessionellen Team versucht die Sozialarbeit ihren Teil zum Genesungsprozess der Patientinnen beizutragen. Schwerwiegende Erkrankungen verursachen neben körperlichen Symptomen und psychischen Belastungen oft auch vielerlei soziale Probleme. Meist ist es den Patientinnen unmöglich, diese sozialen Problemstellungen alleine vom Krankenbett aus zu lösen. Finanzielle Engpässe, notwendige Behördengänge, rechtliche Fragen, drohender Arbeitsplatzverlust, grundlegende Entscheidungen, welche das gesamte soziale Umfeld betreffen und mit diesem auch besprochen werden sollten, Pflegebedürftigkeit, Organisation eines bedürfnisorientierten und leistbaren Hilfsnetzes,... sind nur ein Ausschnitt dessen, was Patientinnen der Gynäkologie im vergangenen Jahr zu bewältigen hatten. Dankenswerter Weise wurden solche Probleme vom sensibilisierten Klinikpersonal wahrgenommen und an die Sozialarbeit mit der Bitte um Hilfestellung herangetragen.

Aufgrund der bescheidenen Ressourcen einer 50% Stelle war es bislang nicht möglich, auf allen gynäkologischen Abteilungen im gleichen Maße präsent zu sein. Schwerpunkte wurden gesetzt. Vor allem auf der onkologischen Abteilung (Station Gyn 3) ist es der Sozialarbeit gelungen, ein fixer Bestandteil im interdisziplinären Behandlungsplan zu werden, einen Großteil der Patientinnen persönlich kennenzulernen und somit für die meisten eine soziale Grundversorgung aufzubauen. Auf allen anderen Abteilungen ist es wegen der schon erwähnten knappen Ressourcen nach wie vor so, dass Patientinnen nur dann in den Genuss sozialarbeiterischer Hilfestellung kommen, wenn es eine gezielte Vermittlung durch das interdisziplinäre Team gibt.

Im Budgetvoranschlag 2010 wurde aufgrund des steigenden Bedarfs eine Ausweitung der Sozialarbeiterstelle auf 75% beschlossen, welche voraussichtlich ab April 2010 zum Tragen kommen wird. Ich freue mich darauf, ab diesem Zeitpunkt zusammen mit der aus dem Karenzurlaub zurückkehrenden Kollegin Dodo Mahnke, die sozialarbeiterische Präsenz auf der Frauenklinik zu erhöhen.

3.11 Physiotherapie

(Dipl. PT Alice Hotter, Dipl. PT Patricia Walch)



Migrant Girl Day: „Aktiver Besuch“ im Kinderzimmer

Die Wochenbettgymnastik ist ein Übungsprogramm für Frauen kurz nach der Geburt. Noch während des stationären Aufenthalts werden die Patientinnen professionell mit Übungen für zu Hause und mit Informationen zum Beckenboden versorgt.

Die Wochenbettgymnastik dient

- ▶ **der Gebäuterrückbildung**
- ▶ **der Kreislauf- und Stoffwechsellanregung**
- ▶ **der Information über Bauchmuskulatur und Beckenboden**
- ▶ **der Linderung von Rückenschmerzen**
- ▶ **der Verbesserung des Körpergefühls**

Jede Frau – 24 Stunden nach Spontangeburt bzw. 4–5 Tag nach Kaiserschnitt – ist herzlich willkommen.

Der Kurs findet jeden Mittwoch und Freitag, 12.45–13.15 Uhr im Turnsaal der Neurologie/FKK/Untergeschoß statt. Eine Anmeldung ist nicht nötig.

3.12 Psychosomatisch-psychotherapeutischer Konsiliar-Liaisondienst

(Dr.ⁱⁿ Susanne Hubmann, Dr.ⁱⁿ Ingrid Schneitter)

(Dr.ⁱⁿ Birgit Mumelter – in Bildungskarenz, Dr.ⁱⁿ Manuela Werth –
in Karenz)

Seit 19 Jahren arbeiten Psychologinnen, Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen an der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie im Rahmen des **Konsiliar-Liaisondienstes** an der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Es werden Frauen und deren Angehörige verschiedenster religiöser, kultureller und sozialer Herkunft psychologisch und psychotherapeutisch betreut. Die Betroffenen und deren Angehörige können sich im Rahmen des stationären Aufenthaltes und/oder nach der Entlassung aus der Klinik im Rahmen der **Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Frauenambulanz** an uns wenden.

In den letzten vier Jahren wurde der psychosomatisch-psychotherapeutische Konsiliar-Liaisondienst von Dr.ⁱⁿ Manuela Werth geführt. Während ihrer Karenzzeit wird sie von Dr.ⁱⁿ Susanne Hubmann und Dr.ⁱⁿ Ingrid Schneitter vertreten. 2007 wurde eine weitere Stelle, welche ausschließlich der psychologischen Behandlung und Beratung im Rahmen der Pränataldiagnostik gewidmet ist, geschaffen. Bis 2009 wurde diese psychologische Beratung und Betreuung von Dr.ⁱⁿ Margret Pacher geführt. Nachdem Frau Dr.ⁱⁿ Margret Pacher 2009 in Pension ging, durften wir Frau Dr.ⁱⁿ Birgit Mumelter in unser Team aufnehmen. Wie in den vergangenen Jahren wird und wurde intensiv an Aufgabenstellungen in der psychosozialen Beratung im Rahmen des Konsiliar-Liaisondienstes gearbeitet.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes bieten wir:

- ▶ Beratung, Begleitung und Krisenintervention
- ▶ klinisch-psychologische Diagnostik
- ▶ psychologisch-psychotherapeutische Behandlung
- ▶ Vermittlung an PsychotherapeutInnen, frauenspezifische Einrichtungen und Beratungsstellen

Betreut werden Frauen bei auftretenden Belastungen im gynäkologischen und geburtshilflichen Bereiche:

- ▶ bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Beeinträchtigungen
- ▶ bei chronischen Erkrankungen
- ▶ im Rahmen der Pränataldiagnostik

- ▶ nach der Mitteilung belastender Befunde
- ▶ bei Schwangerschaftskomplikationen wie z.B.. Frühgeburtsbestrebungen, Präeklampsie, Hyperemesis u.v.m
- ▶ bei Tod- und Fehlgeburten
- ▶ bei ungewollter Schwangerschaft
- ▶ bei unerfülltem Kinderwunsch
- ▶ beim Wunsch nach Freigabe des Kindes zur Adoption
- ▶ vor und nach der Geburt z.B. bei postpartaler Depression

Der psychosomatisch-psychotherapeutische Konsiliar-Liaisondienst ist ein Arbeitsbereich der Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Frauenambulanz, an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie. Aufgrund dieser Struktur ist es möglich, den Patientinnen das Angebot einer nach Entlassung aus der Klinik weiterführenden psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung zu machen. Die enge Kooperation mit ÄrztInnen der einzelnen gynäkologischen Abteilungen der Frauenklinik erlaubt eine umfassende interdisziplinäre Betreuung der Patientinnen.

Das Behandlungsangebot der psychosomatisch-psychotherapeutischen Frauenambulanz beinhaltet:

- ▶ Betreuung und Unterstützung bei Krankheitsbewältigung, in Krisensituationen und bei Verlusten
- ▶ Hilfestellung bei schweren Entscheidungen
- ▶ Beratung, Psychodiagnostik, Psychotherapie, begleitende psychiatrische Behandlung bei sexuellem Missbrauch, Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung und psychosomatischen Beschwerden im Rahmen der Gynäkologie
- ▶ sozialarbeiterische Beratung
- ▶ Vermittlung an PsychotherapeutInnen, frauenspezifischen Einrichtungen, Beratungsstellen und Spezialkliniken

Mitarbeiterinnen der Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Frauenambulanz sind Frau Dr.ⁱⁿ Maria Theresa Barbist und Frau A. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Astrid Lampe.

Erreichbarkeiten s. Adressteil

3.13 Psychoonkologisches Betreuungskonzept

(Dr.ⁱⁿ Verena Meraner)

Seit 1997 gibt es an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde einen psychoonkologischen Liaisondienst. Die Psychoonkologie widmet sich den psychischen, familiären und sozialen Belastungsfaktoren, die im Rahmen einer Tumorerkrankung auftreten können und bietet Patientinnen und deren Angehörigen vielschichtige psychosoziale Hilfestellungen.

Die psychoonkologische Unterstützung ist eingebunden in den Gesamtbehandlungsplan und erfolgt in Zusammenarbeit mit den behandelnden ÄrztInnen, dem Pflegepersonal, der Sozialarbeiterin und anderen BetreuerInnen und TherapeutInnen.

Das schon seit einigen Jahren etablierte und erfolgreiche psychoonkologische Betreuungskonzept durch die Arbeitsgruppe für Psychoonkologie unter der Leitung von Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Sperner-Unterwiesinger und Herrn Univ.-Doz. Dr. Bernhard Holzner in der Form eines Liaisondienstmodells konnte auch 2009 an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde weiter verfolgt und gefestigt werden. Seit Juni 2006 wird der psychoonkologische Liaisondienst an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde von Frau Dr.ⁱⁿ Verena Meraner geführt.

Die Behandlungsangebote stehen sowohl Krebspatientinnen als auch deren Angehörigen zur Verfügung und umfassen:

- ▶ beratendes Gespräch
- ▶ betreuende Begleitung im Krankheits- bzw. Therapieverlauf
- ▶ Entspannungstraining (z.B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation)
- ▶ klinisch-psychologische Diagnostik
- ▶ psychotherapeutische Behandlung
- ▶ psychopharmakologische Behandlung
- ▶ Vermittlung psychoonkologischer / psychotherapeutischer Weiterbetreuung

Das Angebot psychoonkologischer Interventionen reicht von klar abgegrenzten Kriseninterventionen und punktuellen Beratungen über kontinuierliche supportive Betreuungen, bis hin zu regelmäßigen psychotherapeutischen Behandlungen. Art und Frequenz der psychoonkologischen Interventionen richten sich dabei immer nach den Bedürfnissen und den Ressourcen der Patientin.

Ziele psychoonkologischer Interventionen:

- ▶ Unterstützung von Strategien zur Krankheitsbewältigung entsprechend den individuellen Ressourcen der Patientin
- ▶ Verbesserung der Lebensqualität

- ▶ Behandlung manifester psychischer Störungen bei PatientInnen und deren Angehörigen (z.B. Anpassungsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen etc)
- ▶ Unterstützung bei spezifischen Belastungen im Rahmen der onkologischen Therapien
- ▶ Symptomreduktion und verbesserte Symptomkontrolle (z.B. Schmerzsymptomatik, Übelkeit)

Bereits seit 1995 gibt es zur Verbesserung der außerstationären Nachsorge bzw. um stationären Patientinnen und deren Angehörigen ruhigere Gesprächsbedingungen anbieten zu können, die psychoonkologische Ambulanz (Gebäude der Frauen- und Kopfklinik, Eingangsbereich rechts).

Zusätzlich zur Patientinnenbetreuung haben die MitarbeiterInnen (Pflege und ärztliche MitarbeiterInnen) jederzeit die Möglichkeit, sich mit der Psychoonkologin auszutauschen. Mit den wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen wurde die Möglichkeit des multiprofessionellen Austausches auf Stationsebene institutionalisiert.

Neben der PatientInnenbetreuung und der Unterstützung des Personals bildet die wissenschaftliche Tätigkeit der Arbeitsgruppe für Psychoonkologie den dritten Aufgabenbereich. Der Schwerpunkt liegt in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Patient-reported outcomes (im Besonderen Lebensqualität) in der klinisch-onkologischen Routine.

Zur Optimierung der Indikationsstellung psychoonkologischer Interventionen konnte im vergangenen Jahr das Projekt „*Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur computergestützten Erhebung des psychoonkologischen Behandlungsbedarfs bei Brustkrebspatientinnen*“ abgeschlossen werden.

Zum Themenschwerpunkt „Compliance“ wurde 2009 mit einem umfangreichen Projekt zur Untersuchung und Verbesserung der Compliance bei Mammakarzinompatientinnen unter endokriner Therapie begonnen. „*PRO-BeTh Patient-Reported Outcomes in Breast Cancer Patients undergoing endocrine Therapy*“ wird in Zusammenarbeit des Departments für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und dem Institut für gerichtliche Medizin durchgeführt.

Publikation

Development of a screening tool for the identification of psychooncological treatment need in breast cancer patients.

Meraner V, Giesinger J, Kemmler G, Taucher S, Hubalek M, Weber B, Rumpold G, Sperner-Unterweger B, Holzner B.
 Psychooncology. 2009 Jan 13

Erreichbarkeiten s. Adressteil

3.14 Klinikseelsorge – Lebenszusammenhänge

(Dr. Lothar Müller)

Der „Lebenszusammenhang“ der PatientInnen spielt auch in der Klinikseelsorge eine zentrale Rolle. Beispiele dafür sind das Bemühen um Einbeziehung der Angehörigen und Freunde bei „sakramentalen Handlungen“, bei den vielen „Verabschiedungen“, bei Feiern und Gebeten und auch die gezielte Betreuung der Angehörigen in schwierigen Situationen. „Die Angehörigen“ sind für uns eine verpflichtende seelsorgerliche Dimension, berichtet Andreas Krzyzan, Leiter der Klinikseelsorge Innsbruck.

Mit „Lebenszusammenhängen ganz besonderer Art“ haben die KlinikseelsorgerInnen an der Klinik für Frauenheilkunde zu tun. Da geht es um die Zukunft von Ehen und Partnerschaften, um das Verhältnis von Müttern zu ihren (neugeborenen) Kindern, und – ganz besondere Herausforderung – um den „Umgang“ mit dem frühen Tod eines Kindes.

Eberhard Mehl, evangelischer Seelsorger, berichtet von einem Gespräch mit einer etwa fünfzigjährigen Frau, der aufgrund eines Myoms die Gebärmutter entfernt werden musste.

„Jetzt beginnt halt wirklich mein Altwerden als Frau – nach 50 haben die Männer keine Freude mehr an Frauen“ – so sieht sie ihre Zukunft hinsichtlich eines gemeinsamen Altwerdens. Keine Zukunft, die fröhlich stimmt.

Auf einen anderen „Lebenszusammenhang“ verweist Gabriele Danler: Die Begleitung suchtkranker Mütter und ihrer Neugeborenen während des Entzugs. Sie ist auch an der Kinderklinik tätig und weiß auch aus seelsorgerlicher Sicht, wie wichtig der „Zentrumsgedanke“ ist. Die integrative Zusammenarbeit von Frauenklinik und Kinderklinik.

„Und dann, in einer Nacht, gingen deine Kräfte zu Ende“. Mit diesen Worten versucht eine Mutter ihr Fühlen angesichts des Sterbens ihres neugeborenen Kindes auszudrücken. Der Brief an Theresa Carina endet mit den Sätzen: „... du wirst immer einen Platz in unserer Familie haben und wir sind dankbar, dass wir dich kennenlernen durften. Du hast deine Spuren in unserem Leben hinterlassen“. Der erste Beitrag im Buch von Tomy Mullur und Andreas Krzyzan „Frohes Warten – früher Tod“. Dieses einmalig – beeindruckende und hilfreiche Werk hat Tomy Mullur wie er sagt „nur dank massiver Unterstützung durch die Frauenheilkunde, die TILAK, die Diözese und die Klinikseelsorge geschafft“. Entstanden ist es durch seine Seelsorgeerfahrungen. Wenn Eltern ihr Kind vor, bei oder kurz nach der Geburt verlieren – so der Untertitel – dann ist dieses Kind ein Teil ihres Lebens geworden dem auch ein Namen gegeben werden soll, das einen Ort der Erinnerung braucht. Auch ein Lebenszusammenhang besonderer

Art! Auf diesen wird auch in einem eigenen Folder hingewiesen, der gemeinsam mit der „Frauenklinik“ erarbeitet wurde.

Das umfangreiche „Seelsorge – Angebot“ erfordert auch von dieser Seite ein Team. Seit 2009 wird Tomy Mullur von Herrn Lorenz Schneeberger (ehrenamtlich) und von Mag. Anna Pöll (Praktikantin) unterstützt.

3.

3.15 Webseiten

(Mag. Franz Preishuber)

3.15.1 www.frauenklinik.at

Besuche – Seiten – Zugriffe

| Jahr | Anzahl Besuche gesamt | Anzahl Besuche p. Monat | Besuchte Seiten gesamt | Besuchte Seiten p. Monat | Zugriffe gesamt | Zugriffe p. Monat |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------|
| 2005 (5.5.-31.12.) | 13.228 | 1.653 | 69.976 | 8.747 | 336.573 | 42.071 |
| 2006 | 26.150 | 2.179 | 172.364 | 14.364 | 675.050 | 56.254 |
| 2007 | 36.346 | 3.029 | 259.611 | 21.634 | 965.052 | 80.421 |
| 2008 | 41.314 | 3.442 | 288.085 | 24.007 | 975.866 | 81.322 |
| 2009 | 46.759 | 3.896 | 378.914 | 31.576 | 1,024.432 | 85.369 |

Anzahl Links zu:

www.frauenklinik.at 271

frauenheilkunde-innsbruck.uklibk.ac.at 88

Gesamt **359**

Woher die BesucherInnen kamen

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Direkter Zugriff | 83,7 % | 68,4 % | 64,7 % | 55,2 % |
| Links von Suchmaschinen | 4,8 % | 18,1 % | 22,2 % | 32,5 % |
| Links von externen Seiten | 11,3 % | 13,3 % | 12,9 % | 11,9 % |

Aufenthaltsdauer

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|---------|---------|---------|---------|
| 0s-30s | 43,6 % | 59,5 % | 57,8 % | 58,9 % |
| 30s-2min | 19,7 % | 15,0 % | 15,8 % | 15,4 % |
| 2min-5min | 15,3 % | 10,4 % | 11,0 % | 10,7 % |
| 5min-15min | 12,0 % | 8,3 % | 8,8 % | 9,0 % |
| 15min-30min | 3,6 % | 2,8 % | 2,7 % | 2,7 % |
| 30min-1h | 2,4 % | 1,8 % | 1,8 % | 1,7 % |
| 1h+ | 3,1 % | 1,9 % | 1,7 % | 1,3 % |
| Durchschnitt | 5,9 min | 4,2 min | 4,1 min | 3,8 min |

Suchbegriffe (Top 10)

| Gesamt: 9660 Suchbegriffe | Prozent |
|---------------------------|---------|
| innsbruck | 18,8 % |
| klinik | 4,0 % |
| gynäkologie | 3,7 % |
| frauenklinik | 3,2 % |
| uniklinik | 1,7 % |
| universitätsklinik | 1,7 % |
| frauenheilkunde | 1,3 % |
| dr. | 1,2 % |
| krankenhaus | 1,2 % |
| pap | 0,8 % |
| Weitere Suchbegriffe | 61,9 % |

Der Webauftritt der Frauenklinik hat sich inzwischen etabliert. Die umfangreiche homepage ging am 5.5.2005 ans Netz. 2009, im nun 5. Jahr wurde auf die Seite erstmals über 1 Mio. mal zugegriffen! Ebenso erfreulich ist, dass es inzwischen 359 links von anderen Seiten zu uns gibt – 11,9% der BesucherInnen sind über diese zu uns gelangt.

Interessant ist die in den letzten Jahren zu beobachtende verhältnismäßig kurze durchschnittliche Aufenthaltsdauer von ca. 4 Minuten. Dies spricht für eine gezielte Informationsabfrage (26,1% im Bereich 0,5 bis 5 Minuten)

3.15.2 www.brustgesundheitszentrum.at

3.

| Jahr | Anzahl Besuche gesamt | Anzahl Besuche p. Monat |
|------|--------------------------|----------------------------|
| 2007 | 1.137 | 95 |
| 2008 | 2.089 | 174 |
| 2009 | 3.331 | 277 |

Anzahl Links zu:

| | |
|---------------------------------------|------------|
| www.brustgesundheitszentrum.at | 51 |
| www.brustgesundheitszentrum.at | 32 |
| www.brustzentrum-tirol.at..... | 3 |
| www.brustzentrum-innsbruck.at..... | 2 |
| brustzentrum-tirol.uklibk.ac.at | 74 |
| Gesamt | 162 |

Woher die BesucherInnen kamen

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------|--------|--------|--------|
| Direkter Zugriff | 96,6 % | 95,3 % | 24,9 % |
| Links von Suchmaschinen | 0,4 % | 1,2 % | 45,9 % |
| Links von externen Seiten | 3,0 % | 3,4 % | 29,0 % |

Suchbegriffe (Top 10)

| Gesamt: 1703 Suchbegriffe | Prozent |
|---------------------------|---------|
| mammakarzinom | 6,7 % |
| tnm | 2,6 % |
| staging | 2,4 % |
| b-klassifikation | 1,4 % |
| mamma | 1,3 % |
| bei | 1,2 % |
| brust | 1,1 % |
| kernmalignitätsgrad | 0,9 % |
| und | 0,8 % |
| b5b | 0,8 % |
| Weitere Suchbegriffe | 80,2 % |

Die homepage des interdisziplinären BrustGesundheitZentrum Tirol ging Ende Dezember 2006 ans Netz. In den vergangenen 3 Jahren hat sich die Seite gut situiert. Erfreulich ist, dass inzwischen 162 Seiten zu uns verlinkt sind – von diesen kamen 29% der BesucherInnen. Das ist eine höchst erfreuliche Steigerung gegenüber den Vorjahren. Ebenso sehr erfreulich ist die stark gestiegene Rate an Zugriffen über Suchmaschinen.

3.15.3 www.kinderwunsch-zentrum.at

Besuche – Seiten – Zugriffe

| Jahr | Anzahl Besuche gesamt | Anzahl Besuche p. Monat | Besuchte Seiten gesamt | Besuchte Seiten p. Monat |
|------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 2007 | 42.923 | 3.577 | 202.499 | 16.875 |
| 2008 | 55.525 | 4.627 | 148.082 | 12.340 |
| 2009 | 51.643 | 4.303 | 140.961 | 11.746 |

3.

Anzahl Links zu:

www.kinderwunsch-zentrum.at..... 78

Woher die Besucher kamen

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------|--------|--------|--------|
| Direkter Zugriff | 71,9 % | 65,0 % | 79,6 % |
| Links von Suchmaschinen | 24,5 % | 29,5 % | 14,7 % |
| Links von externen Seiten | 3,6 % | 5,5 % | 5,7 % |

Seitenaufrufe (Top 10)

| | Anzahl |
|---|--------|
| Die Einnistung des Embryos | 6.043 |
| Grundlagen | 3.445 |
| Das Team | 2.599 |
| Der weibliche Zyklus | 2.458 |
| Neue Labortechniken | 2.432 |
| Die Befruchtung | 2.199 |
| Das Syndrom der polycystischen Ovarien (PCOS) | 2.018 |
| Vermehrte Körperbehaarung (Hirsutismus) | 1.953 |
| Ärzte | 1.930 |
| Kinderwunsch | 1.831 |

78 homepages haben zu unserer kinderwunsch-zentrum.at einen link gesetzt – 5,7% unserer BesucherInnen haben diesen genützt, ein wieder leicht gestiegener Prozentsatz. Erfreulich ist auch, dass inzwischen fast 80 % unsere Seite direkt aufgerufen haben – die Zahl der „Stammgäste“ ist somit wieder gestiegen. Die Top-10 der aufgerufenen Seiten sind für uns sehr aufschlussreich und zeigen uns richtungsweisende Themen auf.

4. Highlights

4.1 MitarbeiterInnen-Kinder: geboren 2009

4.



Arthur Strobl, Matthias Alexander Sarlay-Schwaiger, Lorena Anna Erlsbacher, Ana Patricia Kraxner, Lisa Radenkovic, Greta Maria Reinecke, Thomas Struc, Anna Christina Kuhn, Enes Cem Erdogan, Anna Bastl, Constantin Egle

2009 wurden an der Frauenklinik 10 Kinder von MitarbeiterInnen, davon 8 von Kolleginnen geboren, 5 Buben, 5 Mädchen. (Arthur Strobl haben wir in unserem Jahresbericht 2008 vergessen, dafür möchten wir uns an dieser Stelle ganz besonders entschuldigen.)

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

| Name MitarbeiterIn | Bereich | Vorname Kind | Geb.-Datum |
|---|-------------------------|--------------------|------------|
| Strobl Isolde, Dr. ⁱⁿ | Fetalmedizin | Arthur | 11.02.2008 |
| Sarlay-Schwaiger Daniela, Dr. ⁱⁿ | Geburtshilfe | Matthias Alexander | 01.03.2009 |
| Erlsbacher Bettina Eva, DGuKS | Mutter-Kind-Station | Lorena Anna | 27.04.2009 |
| Kraxner Florian, Dr. | Geburtshilfe | Ana Patricia | 08.05.2009 |
| Radenkovic Manuela, DGuKS | Gynäkologie I | Lisa | 28.05.2009 |
| Reinecke Kathrin, Heb. | Mutter-Kind-Station | Greta Maria | 11.07.2009 |
| Struc Alexandra, DGuKS | Allg.Ambulanz | Thomas | 30.07.2009 |
| Kuhn Regina, Dr. ⁱⁿ | Gynäkologie II | Anna Christina | 06.08.2009 |
| Erdogan Meltem, DGuKS | Gynäkologie IV | Enes Cem | 15.09.2009 |
| Bastl Doris, Dr. ⁱⁿ | Geburtshilfe | Anna | 20.10.2009 |
| Egle Daniel, Dr. | BrustGesundheit-Zentrum | Constantin | 10.12.2009 |

4.2 Seit 2009 neu im Haus und herzlich willkommen

ÄrztInnen

- 16.10. Dr.ⁱⁿ Theresa Czech, Endokrino
- 01.10. Dr.ⁱⁿ Eva-Maria Strobl, Mamma+Studienzentr.
- 01.07. Dr.ⁱⁿ Bettina Salcher, Gyn4
- 17.06. Dr.ⁱⁿ Bettina Geiger-Wiedermann, Gyn 2
- 01.06. Dr. Andreas Gschließer, Gyn 3
- 04.05. Dr.ⁱⁿ Christine Brantner, Mamma

PflegemitarbeiterInnen

- 26.11. Birgit Rippitsch, DGuKS, Gyn3
- 01.10. Maria Hueber, DGuKS, Strahlenamb.
- 27.07. Ingeborg Praxmarer, DGuKS, Allg. Amb.
- 01.07. Anne Gerasch, DGuKS, Gyn4
- 02.06. Marion Gebauer, DGuKS, Brustambulanz
- 02.06. Marie-Luise Mitterberger, Heb., Schwangerenamb.
- 02.06. Anna Haslwanger, Heb., Kreißsaal
- 01.06. *Eva Triendl (PDL-Stv.) übernimmt die Stationsleitung Gyn 1*
- 04.05. *Eva Kindermann, Heb., Wiedereintritt Entbindungsbereich*
- 01.05. *Daniela Kozubowski, Heb., Wechsel Entbind. > Schwangerenamb.*
- 01.04. Raitmair Martina, DGuKS, MuKi
- 02.02. Kaplenig Claudia, DGuKS, Brustambulanz
- 12.01. Jaud Melanie, DGuKS, Gyn2

weitere

- 09.11. Bac. Claudia Riegler, Studienzentrale-BGZ
- 27.10. Dipl.EWⁱⁿ Michaela Hardiman, Studienzentrale-AGO
- 01.10. DSAⁱⁿ Petra Hillebrand, Sozialarbeit
- 07.09. Irina Darnhofer, Lehrling
- 15.05. Mag.^a Carmen Albertini, Studienzentrale-BGZ
- 04.05. Ilse Partilla, Studienzentrale-AGO (-30.9.)
- 01.04. Bac. Mag.^a Viktoria Ennemoser, Studienzentrale-BGZ (-15.11.)
- 07.03. Sarah Bedenk, Lehrling (-6.9.)

Die 6 neuen eingetretenen ÄrztInnen (5/1 w/m) ersetzen 4 Vorgängerinnen und 2 Vorgänger. Damit ist der Frauenanteil bei 23 AssistentInnen 87%, bei 27 OberärztInnen 52% und bei 8 Stationsärztinnen 100% – in Summe bei insgesamt 58 Ärztinnen ist der Frauenanteil 72,4%.

4.3 50. Geburtstag von Christian Marth

Es gibt Anlässe, die gehören gebührend gefeiert – der 50-zigste Geburtstag von Christian Marth war ein solcher Anlass! Der Jubilar hatte seine Familie, viele Freunde, alle OberärztInnen und AssistentInnen seiner Klinik zu einem großen Fest in die Orangerie des Innsbrucker Kongresshauses für den 9. Oktober geladen. Gemäß alter Tradition wurde im Vorfeld geplant, gedichtet, gebastelt, geprobt und was bislang noch nie da gewesen war, es wurde gefilmt. Für drei humorvolle Kurzfilme über das alltägliche Wirken des Ordinarius wurde die gesamte Klinik zeitweise zu einem wahren



Elisabeth und Christian Marth

Filmstudio umfunktioniert. Alle MitarbeiterInnen waren hellauf begeistert und erklärten sich spontan bereit in die unterschiedlichsten Rollen zu schlüpfen. Unter der Regie von Elisabeth Müller-Holzner, und der Kameraführung von Andreas Widschwendter sind drei wahre kleine Meisterwerke der Filmkunst zu Ehren des Jubilars entstanden.

Es braucht nicht erwähnt zu werden, dass alle geladenen Gäste in sehr lockerer und lustiger Atmosphäre viel Spaß bei der Uraufführung dieser Filmbeiträge hatten, aber dies war keineswegs zu vergleichen mit dem, was alle Mitwirkenden während der Dreharbeiten an Situationskomik und Freude erleben durften. Somit konnte durch das Unternehmen „Chefgeburtstag“, das nur außerhalb der Arbeitszeit verwirklicht werden konnte, bei allen Beteiligten eine erhebliche Stärkung des Zusammengehörigkeitsgefühls weit über die Grenzen des Beruflichen erreicht werden. Die drei Filme und sechs prominente, internationale VideogrußbotschafterInnen samt ihrer in eine Laudatio eingebetteten Präsentation waren das Geburtstagsgeschenk – gewissermaßen eine Hommage aller MitarbeiterInnen an ihren Chef.

„Fünfzig Jahre sind mir nicht genug“ war laut Einladungsschreiben das gewählte Motto zu diesem mehr als gelungenen Festabend. Grund genug für den Laudator am Schluss seiner Ausführungen dem Jubilar zuzurufen „Fünfzig Jahre sind dir nicht genug – Uns auch nicht, lieber Christian! – ad multos annos“.

4.4 60. Geburtstag von Ludwig Wildt



Prof. Wildt inmitten seiner MitarbeiterInnen

Im Frühjahr lud Herr Prof. Ludwig Wildt anlässlich seines 60. Geburtstages zu einem hervorragenden Symposium im „Grauen Bär“ ein. Auf diese Einladung hin folgten renommierte Persönlichkeiten der Endokrinologie des deutschsprachigen Raumes und machten diesen Tag zum besonderen Ereignis mit ihren Vorträgen und Laudationes.

Mit einem Gala Diner im Schloss Büchsenhausen wurde das Fest abgerundet. Viele ehemalige MitarbeiterInnen sowie die MitarbeiterInnen der Klinik für gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ließen den Jubilar mit Festreden, Anekdoten und Sketches hochleben.

4.5 Prof. Dr. Anton Bergant – Danke Toni!



Prof. Bergant immer gerne lehrend aber nie belehrend

Mit 28. Feber 2009 ist Prof. Dr. Anton Bergant in den Ruhestand getreten. Er war seit 1. Juli 1990 an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde tätig. Dank der doppelten Facharztausbildung in Psychiatrie und Frauenheilkunde hat Prof. Bergant wichtige Aspekte in unsere Disziplin gebracht. Durch die Betreuung von psychosomatischen Fragestellungen im klinischen wie auch im wissenschaftlichen Bereich hatte er eine ganz wichtige Vernetzungsfunktion für Klinik und Forschung.

4.

Bei besonders unbeliebten, da wenig prestigeträchtig und zeitweise lästigen Themen hat Prof. Bergant oftmals aufgezeigt und damit über weite Strecken unbedankte Ämter übernommen. Ob es die Betreuung der TurnusärztInnen oder auch Studienangelegenheiten waren, mit großer Effizienz und Beharrlichkeit hat er das System getragen.

Es waren vor allem Themen, wie z.B. das prämenstruelle Syndrom, mit dem Prof. Bergant national wie international deutlich gesehen wurde. So war er auch der 1. Vorsitzende der Marcé Gesellschaft für peripartale psychische Erkrankungen e.V. Die Marcé Gesellschaft wurde 2000 als Sektion der International Marcé Society for Psychiatric Disorders of Childbearing in den deutschsprachigen Ländern gegründet. In besonderem Maße hat er sich auch der gynäkologischen Onkologie und der Betreuung von Patientinnen mit Mammakarzinomen angenommen. Die Kombination von exzellentem Fachwissen und guter Patientinnenführung hat ihn bei MitarbeiterInnen wie Patientinnen außerordentlich beliebt gemacht. Obwohl gesundheitlich angegriffen, hat sich Prof. Bergant nie geschont und ohne jemals zu jammern volle Leistung erbracht. Wir sind ihm zu sehr großem Dank verpflichtet, da er viel von sich für die Frauenklinik gegeben hat.

Wir hoffen, dass nach Wegfall der großen Arbeitsbelastung Prof. Bergant sich wieder erholen kann und wünschen ihm eine gute Zukunft.

4.6 Ass.-Prof. Kurt Heim – Primar am KH Kirchdorf an der Krems

Kurt Heim hat seine Facharztausbildung 1984 an der Frauenklinik Innsbruck begonnen. Nach 25-jähriger Tätigkeit in Spitälern in Österreich und Deutschland kehrte er nach Kirchdorf zurück und ist nun Primar für Gynäkologie und Geburtshilfe am Landeskrankenhaus. „Ich werde meinen vollen Einsatz für mein Heimatkrankenhaus bringen. Ich möchte, dass es den Patienten wirklich gut geht. Wir haben eine Patienten-Notfallnummer und eine Zuweiser-Hotline eingeführt, damit ist der diensthabende Facharzt rund um die Uhr erreichbar.“ Wir gratulieren zur Bestellung.



Dr. Kurt Heim wird Primar in Kirchdorf a. d. Kr.

4.

4.7 Wissenschaftspreis ÖGGG-Award



Dr.ⁱⁿ Gerda Hofstetter von der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde ausgezeichnet

Auf der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Wien wurde die Medizinerin Gerda Hofstetter von der Universitätsklinik für Frauenheilkunde mit dem Wissenschaftspreis ÖGGG-Award der Gesellschaft ausgezeichnet.

Bei der Jahrestagung der ÖGGG und BGGF 2009, die vom 10.-13. Juni in Wien stattfand, wurde das Abstract „Die neue p53 Splice Variante p53 δ als unabhängiger prognostischer Marker beim Ovarialkarzinom“ von Dr.ⁱⁿ Gerda Hofstetter als eines der sechs besten eingereichten Poster mit einem ÖGGG Award ausgezeichnet und in der Hauptsitzung „Science live“ präsentiert.

Diese Arbeit, die in Kooperation mit Univ.-Prof. Dr. Robert Zeillinger von der Medizinischen Universität Wien entstanden ist, beschreibt erstmals p53 δ , eine C-terminal verkürzte p53 Isoform. Die Expression von p53 δ war in einem grossen Kollektiv von primären Ovarialkarzinomen sowohl mit schlechterem Ansprechen auf die primäre platinhaltige Chemotherapie, als auch schlechterem rezidivfreien- und Gesamtüberleben assoziiert.

4.8 Wissenschaftspreis der OEGRM



Dr.ⁱⁿ Verena Mattle von der Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin wurde ausgezeichnet

Dr.ⁱⁿ Verena Mattle von der Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (Direktor Univ.-Prof. Ludwig Wildt) der Medizinischen Universität Innsbruck wurde kürzlich mit dem Wissenschaftspreis der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (OEGRM) ausgezeichnet. Die 32-jährige Assistenzärztin forscht zum Opioidsystem, das als Neuromodulator eine wichtige Rolle bei der Regulation verschiedener Körpervorgänge spielt.

Die ORGRM zielt neben der Bekanntmachung neuer Techniken der assistierten Reproduktion besonders auf die Förderung der reproduktionsmedizinischen Forschung ab. Der Vortrag zur „Chronischen Opiatrezeptorblockade mit Naltrexon in der Reproduktionsmedizin“ von Dr. Verena Mattle wurde im Rahmen der 25. Jahrestagung der Gesellschaft im Oktober in Salzburg mit dem von Merck-Serono gestifteten Wissenschaftspreis prämiert.

Neue Therapieoption mit Naltrexon

Über die Interaktion zwischen hypothalamischen und hypophysären Hormonen beeinflusst das Opioidsystem neben anderen metabolischen Parametern auch die weibliche Reproduktion. So spielt eine Zunahme der endogenen Opioidaktivität eine bedeutende aber jeweils unterschiedliche Rolle in der Pathogenese der hypothalamischen bzw. hyperandrogenämischen Ovarialinsuffizienz. Die Symptome zeigen sich als Zyklusstörung bis hin zur Unfruchtbarkeit. Auf der Basis vorangegangener Forschungsarbeiten von Prof. Wildt konnte Dr.ⁱⁿ Mattle nun zeigen, dass der aus der Suchtentwöhnung bekannte Opiatantagonist Naltrexon auch in der Reproduktionsmedizin eine signifikant wirksame Therapieoption darstellt.

Bei der hypothalamischen Ovarialinsuffizienz kommt es über endogene Opiode zu einer Hemmung des hypothalamischen Pulsgenerators und damit der Ausschüttung von GnRH. „Wir konnten an 70 Patientinnen zeigen“, so Mattle, „dass die durch Stress und erhöhte Prolaktinspiegel gebremste pulsatile Freisetzung von GnRH durch die Gabe von Opiatantagonisten normalisiert werden kann, was mit einer Wiederherstellung der zyklischen Ovarialfunktion einher geht“. Naltrexon zeigte eine signifikante Wirksamkeit auch bei anderen Funktionsstörungen. Bei Patientinnen mit PCO-Syndrom (Polyzystischen Ovarialsyndrom) – die häufigste Ursache für Zyklusstörungen – und Insulinresistenz führt die Gabe von Naltrexon zu einer Bremsung der überschießenden Insulin-

freisetzung und zu einer weitgehenden Normalisierung metabolischer Parameter. Bei einem kleinen Patientenkollektiv mit Hyperprolaktinämie und Dopaminresistenz war der Antagonist ebenso in der Lage regelmäßige Zyklen zu induzieren.

„Die Opiatrezeptorblockade mit Naltrexon stellt somit eine nebenwirkungsarme, orale Therapieform dar, die in speziellen Fällen der Reproduktionsmedizin mit Erfolg eingesetzt werden kann“, schließt Mattle.

4.9 Forum TILAK – „Die Wärme riechen“

(Dr. Lothar Müller)

4.



*Ex Voto „Lieber Gott, acht Kinder sind bei dir, so schenk das neunte mir!“
(Votivbildspruch Annakapelle in Straßengel, Ktn., 1795)*

„Was, auf die Gynäkologie? Was sollen wir denn dort?“

Dieser Ausspruch war Ausdruck geradezu kollektiver Verwunderung unter etwa zwanzig Studierenden, Schwerpunkt Technik. Zwei, drei von ihnen waren Frauen. Das war vor vier, fünf Jahren. Es muss allerdings hinzugefügt werden: Manche in der Gyn waren überzeugt, daß es sich bei den Besuchern um Studenten der Sozialarbeit handeln müsste. Mittlerweile, nach vielen weiteren Besuchen „auf der Gyn“ ist so ein Ausruf nicht mehr zu hören. Normalität ist eingezogen, man spürt: Frauenheilkunde ist nicht nur Frauensache. Ebenso wenig wie „das Kinderkriegen“. Dass diese „positive Normalität“ einziehen konnte ist vor allem ein Verdienst der Menschen, die in der Frauenheilkunde arbeiten. Und wie diese „positive Normalität“ wirkt, haben im Jahr 2009 wiederum viele erfahren können.

Wir haben uns im Jahr 2009 vor allem darum bemüht, den BesucherInnen den „Zentrumsdenken“ näherzubringen. Ihnen zu zeigen, welcher Sinn hinter diesem steckt.

„Die Wärme riechen“

Ob SchülerInnen, Landtagsabgeordnete, Forum Land, Innsbrucker Bürgermeisterliste – der Beginn wurde im Foyer des „Kinderzentrums“ gesetzt. Mit der Darstellung der Funktions- und Bauplanung, dem medizinischen und pflegerischen Kontext. Dann mit fachlichen Informationen durch das Kinderzentrum in



Bürgermeisterin Mag.^a Christine Oppitz-Plörer, Dr. Lothar Müller, Prof. Christian Marth mit MitgliederInnen des Innsbrucker Gemeinderates

Richtung Frauenheilkunde. Schon die erste „Schnittstelle“ – sie heißt „Neugeborene-Intensiv“ – stellt auch den Veranstalter vor die erste organisatorische Herausforderung: das meist dichte Programm fordert ein „Weiter“. Sehr schwierig bei Kindern – beispielsweise bei der Aktion „Keine Angst vor dem Krankenhaus“. Aber auch bei Männern. Wiederum : positive Normalität. War beispielsweise bei den Abgeordneten des Tiroler Landtages mitzuerleben.

Nächste Station: das einmalige Ambiente des Kreißsaales. In dem die Wärme, mit der die neuen „ErdenbürgerInnen“ begrüßt werden, zu spüren ist. Einige – vom Forum Land – vermeinten, diese Wärme auch zu riechen.

Je nach Programm – entweder geht’s nach diesen Eindrücken schnell in den TILAK-Speisesaal zur Abschlußrunde oder in den Seminarraum der Universitätsklinik für Frauenheilkunde. Dort präsentieren Univ.-Prof. Dr. Christian Marth und Klinikmanager Mag.theol. Franz Preishuber die geschichtliche Entwicklung und: die vielen Angebote der „Innsbrucker Gyn“. Unvergesslich für viele – zum ersten Punkt: das Votivbild! Gut zweihundert Jahre alt – es zeigt ein betendes Ehepaar. Der Text: „Acht Kinder sind bei Dir, bitte schenk das Neunte mir“. Heute beträgt die Kindersterblichkeit in Tirol 1,6 Promille – der niederste Wert in ganz Österreich.

„Klinikmann, danke“

Die Innsbrucker Gynäkologie veranstaltet gemeinsam mit der Universitätsklinik für Urologie jährlich Informationsveranstaltungen für Innsbrucker HauptschülerInnen (4. Klasse). Seit 2009 ist die Aktion „Keine Angst vor dem Krankenhaus“ mit dabei. Hunderte von SchülerInnen werden dabei in höchst verantwortungs- und zukunftsbewusster Art über „Sexualität“ informiert, vielfach „aufgeklärt“. Ich habe in diesen Tagen einen jungen Teilnehmer, Migrationshintergrund, getroffen. Er hat mir in Anwesenheit seiner Freunde zugerufen: „Klinikmann, danke“. Beim weiteren Nachfragen bin ich draufgekommen, dass „die Gyn“ gemeint war. Danke an die MitarbeiterInnen der Innsbrucker Frauenheilkunde!

5. Klinisches Leistungsspektrum

Ambulanzen

Im Jahr 2009 wurden in den Ambulanzen der Frauenheilkunde über 32.500 Patientinnen versorgt, somit annähernd gleich viele wie im Vorjahr. Es wurden jedoch um über 3.700 Leistungen mehr erbracht, somit defacto eine Steigerung um 1,8%.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 33.723 | 35.372 | 35.995 | 32.819 | 32.591 | -228 | -0,7 |
| Frequenzen | 100.449 | 102.989 | 99.404 | 97.891 | 97.799 | -92 | -0,1 |
| Leistungen | 260.285 | 238.456 | 221.821 | 209.138 | 212.854 | 3.716 | 1,8 |

5.

Stationen

In den vergangenen Jahren wurde die Zahl der systemisierten, stationären Betten reduziert auf 134 zugunsten einer Zunahme der tagesklinischen. 2009 wurden 7.343 PatientInnen stationär betreut, somit um 12% mehr als vor 5 Jahren. Daraus ergeben sich in Summe 40.234 verrechenbare Pflegetage.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|--------------------------|
| Systemisierte Betten | 146 | 144 | 134 | 134 | 134 | 0 | 0 |
| Patientinnen | 6.582 | 6.570 | 6.902 | 7.333 | 7.373 | 40 | 0,5 |
| Durchschnittl. Verweildauer (Tage) | 4,5 | 4,5 | 4,2 | 4,1 | 4,0 | -0,1 | -3,4 |
| Mitternachts- Auslastung (in %) | 69,2 | 66,6 | 61,7 | 64,5 | 63,4 | -1,1 | -1,7 |
| Tages-Aus- lastung (in %) | 88,0 | 85,3 | 79,9 | 84,3 | 83,7 | -0,6 | -0,7 |
| Patientinnen tagesklinisch | 1.620 | 1.808 | 1.830 | 2.000 | 2.086 | 86 | 4,3 |
| Patientinnen Gesamt | 8.202 | 8.378 | 8.732 | 9.333 | 9.459 | 126 | 1,4 |
| LKF-Punkte (in 1.000) | 17.070 | 18.205 | 18.455 | 20.141 | 23.194 | 3.053 | 15,2 |

Die Zahl der tagesklinischen Patientinnen ist seit 5 Jahren kontinuierlich gestiegen (+28,8%) sowie auch die Zahl der gesamten LKF-Punkte (+6,124.000 d.h. +35,9%).

Einzugsgebiet

| Einzugsgebiet | Patientinnen | | | | |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Gesamt | 8.096 | 8.270 | 8.588 | 9.207 | 9.311 |
| Tirol | 7.680 | 7.804 | 8.076 | 8.613 | 8.818 |
| Imst | 612 | 504 | 504 | 548 | 564 |
| Innsbruck – Land | 2.443 | 2.606 | 2.600 | 2.697 | 2.833 |
| Innsbruck – Stadt | 2.752 | 2.916 | 3.114 | 3.380 | 3.351 |
| Kitzbühel | 336 | 241 | 305 | 378 | 340 |
| Kufstein | 432 | 441 | 432 | 506 | 517 |
| Landeck | 148 | 153 | 223 | 233 | 248 |
| Lienz | 59 | 78 | 65 | 85 | 118 |
| Reutte | 186 | 101 | 77 | 49 | 56 |
| Schwaz | 712 | 761 | 756 | 737 | 791 |
| restliches Österreich | 166 | 231 | 263 | 230 | 195 |
| Burgenland | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Kärnten | 22 | 9 | 10 | 19 | 7 |
| Niederösterreich | 5 | 6 | 24 | 40 | 24 |
| Oberösterreich | 38 | 45 | 41 | 26 | 36 |
| Salzburg | 32 | 65 | 43 | 26 | 34 |
| Steiermark | 5 | 10 | 6 | 4 | 11 |
| Vorarlberg | 51 | 78 | 125 | 101 | 66 |
| Wien | 11 | 16 | 13 | 14 | 17 |
| Ausland | 250 | 235 | 249 | 364 | 298 |
| Deutschland | 12 | 22 | 27 | 33 | 37 |
| Südtirol/Italien | 212 | 199 | 211 | 305 | 235 |
| Sonstiges Ausland | 26 | 14 | 12 | 26 | 26 |

5.

Altersstruktur

Die Gesamtzahl der Patientinnen bei Stationen, Einzugsgebiet und Altersstruktur bezieht sich auf die Anzahl der Entlassungen. Die Zahl der Aufnahmen ist naturgemäß höher, da 1.939 Patientinnen während ihres stationären Aufenthaltes von der Frauenheilkunde an andere Kliniken verlegt wurden.

| Lebensalter in Jahren | Patientinnen | | | | | Veränd. 08-09 in % |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | |
| Alter von 0 – 19 | 227 | 258 | 270 | 324 | 269 | -17,0 |
| Alter von 20 – 29 | 1.727 | 1.632 | 1.690 | 1.735 | 1.675 | -3,5 |
| Alter von 30 – 39 | 2.186 | 2.093 | 2.145 | 2.303 | 2.184 | -5,2 |
| Alter von 40 – 49 | 1.136 | 1.170 | 1.399 | 1.523 | 1.767 | 16,0 |
| Alter von 50 – 59 | 1.136 | 1.266 | 1.150 | 1.127 | 1.293 | 14,7 |
| Alter von 60 – 69 | 942 | 1.042 | 1.115 | 1.237 | 1.153 | -6,8 |
| Alter von 70 – 79 | 582 | 580 | 651 | 752 | 738 | -1,9 |
| Alter 80 und älter | 160 | 229 | 168 | 206 | 233 | 13,1 |
| Gesamt | 8.096 | 8.270 | 8.588 | 9.207 | 9.312 | 1,1 |

5.

MitarbeiterInnen

2007/2008 wurde von Tilak und i-med gemeinsam eine umfangreiche Erhebung zur Personaldimensionierung durchgeführt. Beauftragt wurden damit die Firmen act und BDO aus Wien bzw. Hamburg.

Für die Frauenheilkunde ergab die Auswertung der Daten einen **zusätzlichen Bedarf von 4,17 ÄrztInnen** und weiteren 5 ÄrztInnen zur Abdeckung der Mehrleistungs- und Überstunden.

An dieser Situation aus dem Jahr 2008 hat sich auch im Berichtsjahr 2009 leider nichts verändert.

Erlöse – Aufwand

Der Medizinischen Bedarf (€ 4,886.854,-) beträgt 70,21 % der Sachkosten (€ 6,960.200,-). Vom Medizinischen Bedarf entfallen 72,80 % (€ 3,557.498,-) auf Medikamente. Von diesen entfallen 78,13 % (€ 2,779.500,-) auf Chemotherapeutika – seit 2005 ein anteiliger Anstieg um ca. 16,36 %, aber das 2,56-fache der absoluten Summe.

Die Steigerung der Gesamtkosten ergibt sich ausschließlich aus der Valorisierung der Personalkosten und dem steigenden Bedarf an Medikamenten/Chemotherapeutika. Im Beobachtungszeitraum von 10 Jahren (1999–2008) haben sich bei einer mit jährlich 3% zu berechnenden Valorisierung die Personalkosten nur um 19,7% „erhöht“ – somit wurde defacto Personal reduziert, teils auch durch Verlagerung von Aufgabenbereichen.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Bundespersonekosten in % | 9,20 | 8,27 | 8,89 | 7,47 | 7,44 |
| Landespersonekosten in % | 49,50 | 49,41 | 48,90 | 47,39 | 47,20 |
| Sachkosten in % | 28,49 | 27,78 | 28,94 | 30,42 | 31,03 |
| Sekundärkosten in % | 22,01 | 22,81 | 22,15 | 22,20 | 21,77 |
| Gesamtkosten (Landespersone-, Sach- u. Sekundärkosten ohne Umlagen u. AfA) | 18.705.602 | 19.459.224 | 20.249.804 | 21.741.045 | 22.432.659 |
| Veränderung zum Vorjahr | 5,6% | 4,0% | 4,1% | 7,4% | 3,2% |
| Patientenerlöse, sonstige Erlöse und Klin. Mehraufwand | 17.080.945 | 19.185.391 | 19.245.964 | 21.742.292 | 23.239.347 |
| Veränderung zum Vorjahr | -1,1% | 12,3% | 0,3% | 13,0% | 6,9% |
| Drittmittel-einnahmen | 861.768 | 283.500 | 268.000 | 651.401 | 303.835 |

Bei den Patientenerlösen stehen einem ambulanzeitigen Rückgang der Frequenz um 2,5% sogar minimal gestiegene Einnahmen gegenüber. Besonders erfreulich ist die Steigerung der stationären Erlöse um € 579.800,-, ein Plus von 2,7%. Ebenso erfolgte bei den OP-Leistungen eine Steigerung um 171.500,-, ein Plus von 10,4%.

5.1 Ambulanzen

Die Auflistung der Ambulanzen und Sprechstunden erfolgt in alphabetischer Reihenfolge. Die angeführten ÄrztInnen geben den aktuellen Stand 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,
A. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin, OA Dr. Siegfried Fessler,
OA Dr. Stephan Kropshofer, A. Univ.-Prof. Dr. Andreas Widschwendter
Pflegerleitung für alle Ambulanzen: **DGuKS Regina Stadlmeir**

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 11.373 | 11.467 | 10.444 | 10.180 | 8.950 | -1.230 | -12,1 |
| Frequenzen | 100.449 | 102.989 | 99.404 | 97.891 | 97.799 | -92 | -0,1 |
| Leistungen | 260.285 | 238.456 | 221.821 | 209.138 | 212.854 | 3.716 | 1,8 |

Durch die Auslagerung der früher zentral in der Allgemeinen Ambulanz durchgeführten Blutabnahme erfolgte ein natürlicher Rückgang von Patienten, Frequenz und Leistungen.

5.

5.1.2 Brustambulanz (BrustGesundheitZentrum Tirol)

OA Dr. Michael Hubalek, OÄ Dr.ⁱⁿ Gerda Hofstetter
Fr. Brigitte Riml

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|--------|--------|-------|-------|-------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 1.785 | 1.990 | 2.110 | 2.389 | 2.585 | 187 | 7,8 |
| Frequenzen | 4.627 | 5.879 | 5.771 | 6.464 | 7.055 | 591 | 9,1 |
| Leistungen | 13.294 | 10.215 | 8.378 | 7.012 | 7.449 | 437 | 6,2 |

Die Frequenzsteigerung der Brustambulanz beträgt in den vergangenen 5 Jahren 52,5%.

5.1.3 Endokrinologische Ambulanz

OÄ Dr.ⁱⁿ **Stephanie Frieß**, OÄ Dr.ⁱⁿ Janette Müller, OÄ Dr.ⁱⁿ Beata Seeber
DGuKS Bernadette Mayr

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 2.108 | 2.244 | 2.473 | 2.692 | 2.846 | 154 | 5,7 |
| Frequenzen | 6.841 | 7.463 | 9.008 | 10.050 | 12.160 | 2.110 | 21,0 |
| Leistungen | 21.373 | 22.428 | 28.838 | 30.305 | 36.600 | 6.295 | 20,8 |

5.1.4 Hebammenambulanz

Dipl.Heb. Luise Fuchs, Dipl.Heb. Astrid Prechtl-Landl

Folgende Angebote gibt es an unserer Ambulanz regelmäßig:

- ▶ Kreißsaal-Führung
jeden Mo: 15.00
- ▶ Geburtsvorbereitungskurs ab der 26. SSW
Di: 17.00 – 18.15
Terminvereinbarung: Mo – Fr: 9.00 – 12.00
Tel.: 050/504/81463
- ▶ Vorinformation über Möglichkeiten der Schmerzlinderung während der Geburt (z. B. PDA) – Anästhesiesprechstunde
Do: 14.00 – 15.00
Terminvereinbarung: Mo – Fr: 9.00 – 11.00
Tel.: 050/504/24319
- ▶ Schwangerenturnen ab der 20. SSW
Do: 13.00 – 13.45
mit PTA Alice Hotter im Turnsaal der physikalischen Medizin, Untergeschoss Medizinische Klinik, Neubau
- ▶ Rückbildungsgymnastik (8 Wo. nach Spontangeb., 12 Wo. n. Sectio)
Mo: 13.00 – 13.45

Die Anzahl der Patientinnen, Frequenzen und Leistungen der Hebammen-sprechstunde werden gemeinsam mit der Entbindungsambulanz erfasst. (s. Entbindungsabteilung)

5.1.5 Onkologische Ambulanz

A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet, OA Dr. Daniel Reimer
DGuKS Ingrid Pfleger

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 1.723 | 1.875 | 1.742 | 1.750 | 1.993 | 243 | 13,9 |
| Frequenzen | 3.842 | 3.921 | 3.672 | 3.624 | 4.218 | 594 | 16,4 |
| Leistungen | 13.143 | 13.485 | 12.371 | 11.519 | 12.252 | 733 | 6,4 |

5.1.6 Schwangerenambulanz

OÄ. Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni
DGuKS Beatrice Wallasch

5.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 1.622 | 1.515 | 1.121 | 1.008 | 1.127 | 119 | 11,8 |
| Frequenzen | 7.115 | 5.993 | 3.655 | 2.668 | 2.924 | 256 | 9,6 |
| Leistungen | 28.531 | 17.336 | 12.621 | 10.449 | 12.633 | 2.184 | 20,9 |

Die routinemäßige Schwangerenbetreuung ist seit 2007 nahezu vollständig zu den niedergelassenen GynäkologInnen ausgelagert. Dadurch kann eine intensive Betreuung von Risikoschwangeren optimal gewährleistet werden.

5.1.7 Stillambulanz

DKKS Jutta Blaser IBCLC, DGuKS Sonja Sarrer IBCLC

Die ambulante Stillberatung wird seit 2006 angeboten und von Müttern nach der Entlassung immer mehr in Anspruch genommen. Ebenso ansteigend sind telefonische Stillberatungsgespräche.

Die Anzahl der Patientinnen, Frequenzen und Leistungen der Stillambulanz werden gemeinsam mit der Entbindungsambulanz bzw. Mutter-Kind-Station erfasst. (s. Entbindungsabteilung)

5.1.8 Ultraschall

OA Dr. Matthias Scheier, Ass.-Prof. Dr. Alexander Alge
DGuKS Barbara Garger

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 2.957 | 3.630 | 3.400 | 2.967 | 3.097 | 130 | 4,4 |
| Frequenzen | 5.633 | 6.632 | 5.409 | 4.625 | 5.277 | 652 | 14,1 |
| Leistungen | 12.433 | 8.500 | 7.975 | 8.277 | 9.625 | 1.348 | 16,3 |

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.

5.

5.1.9 Urodynamik

OA Dr. Stefan Kropshofer
DGuKS Bernadette Dorer

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 437 | 411 | 354 | 309 | 274 | -35 | -11,3 |
| Frequenzen | 900 | 782 | 589 | 490 | 449 | -41 | -8,4 |
| Leistungen | 5.444 | 5.067 | 3.810 | 2.731 | 2.296 | -435 | -15,9 |

Der Rückgang im Bereich Urodynamik ist durch ein seit einigen Jahren neues Kontrollschema bedingt.

5.2 Sprechstunden

5.2.1 Dysplasie

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

jeden Di: 14.00 – 15.00 in der Allg. Ambulanz

5.2.2 Familiäre Malignome

OA Dr. Michael Hubalek
DGuKS Ingrid Pflieger

jeden Mo: 13.30 – 14.30 in der Onkolog. Ambulanz

5.2.3 HIV

OA Dr. Stephan Kropshofer
DGuKS Ingrid Pflieger

jeden Di+Mi: 14.00 – 15.00 in der Allg. Ambulanz

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 klini inde göçmen kadinlar için muayene saatleri

jeden Di: 13.00 – 15.00 in der Allg. Ambulanz
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.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|--------------------------|
| Gynäkolog. Zytologie | 28.300 | 30.931 | 31.290 | 26.562 | 25.757 | -805 | -0,3 |
| Extragenitale Zytologie | 441 | 491 | 429 | 530 | 472 | -58 | -11,0 |
| Histologie: Untersuchungen | 3.451 | 3.637 | 3.705 | 3.869 | 3.937 | 68 | 1,8 |
| Schnell- schnitte | 791 | 832 | 827 | 804 | 876 | 72 | 9,0 |
| Immun- histochemie | 2.253 | 2.708 | 3.018 | 3.083 | 3.547 | 464 | 15,1 |

5.

5.3.2 Labor für klinische Biochemie

Leitung: **A. Univ.-Prof. Dr. Günter Daxenbichler**

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 2.931 | 3.099 | 3.200 | 3.413 | 3.430 | 17 | 0,5 |
| Frequenzen | 7.225 | 7.755 | 8.057 | 8.522 | 8.772 | 250 | 2,9 |
| Leistungen | 8.068 | 8.726 | 8.981 | 9.480 | 9.609 | 129 | 1,4 |

5.4 Physikalische Therapie

PTⁱⁿ Alice Hotter

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 841 | 859 | 824 | 837 | 792 | -45 | -5,4 |
| Frequenzen | 3.423 | 3.250 | 3.352 | 3.833 | 3.571 | -262 | -6,8 |
| Leistungen | 4.945 | 4.965 | 4.721 | 5.747 | 5.472 | -275 | -4,8 |

5.5 Sozialarbeit

DSAⁱⁿ Petra Hillebrand

| Station | 2008 | 2009 |
|-------------------------------------|------------|----------------------------------|
| | | 01.01.-20.08. + 01.10.-31.12. |
| Gyn 1 | 25 | 21 |
| Gyn 2 | 15 | 17 |
| Gyn 3 | 184 | 163 |
| Gyn 4 | 33 | 27 |
| Brustambulanz / Schwangerenambulanz | 28 | 25 |
| Tagesklinik | 9 | 6 |
| Kreißsaal | 2 | 2 |
| Mutter-Kind-Station | 21 | 22 |
| Patientinnen gesamt | 317 | 283 |

5.

| Leistung | 2008 | | 2009 | |
|--------------------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Anzahl | in Prozent | Anzahl | in Prozent |
| Pflegegeld | 50 | 9,16 | 73 | 12,23 |
| Vermittlung Pflege | 65 | 11,90 | 64 | 10,72 |
| Vermittlung Beratung | 39 | 7,14 | 41 | 6,87 |
| Vermittlung Sonstiges | 101 | 18,50 | 124 | 20,77 |
| Angehörigenberatung | 80 | 14,65 | 78 | 13,07 |
| Beratung | 128 | 23,44 | 145 | 24,29 |
| Pflegeheim | 20 | 3,66 | 15 | 2,51 |
| Jugendwohlfahrt | 48 | 8,79 | 40 | 6,70 |
| Interna | 15 | 2,75 | 17 | 2,85 |
| Leistungen gesamt | 546 | 100,00 | 597 | 100,00 |

Mit Oktober 2007 wurde die statistische Leistungserfassung im Bereich der Sozialarbeit neu strukturiert. Es gibt daher noch keine Vergleichszahlen für die Vorjahre. Im Berichtsjahr 2009 fehlen die Zahlen für 21.8. bis 30.9., da in dieser Zeit die Stelle durch die vorgegebene 6-Wochen-Sperre nicht besetzt war. Die notwendigsten Betreuungsmaßnahmen wurden von SozialarbeiterInnen anderer Kliniken mitübernommen.

5.6 Geburtshilfe

ÄrztInnen: **OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni**, A.Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka, Gf. OA Dr. Otto Huter, OÄ Dr.ⁱⁿ Gudrun Windbichler (gem. mit Sono-Team u. AssistentInnen als Perinatal Group University Innsbruck)

Oberhebamme: Dipl.-Heb. Anna Harm

5.6.1 Hebammen-, Entbindungs- u. Stillambulanz

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 absolut | Veränd. 08-09 in % |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|--------------------------|
| Patientinnen | 1.724 | 1.711 | 1.801 | 1.894 | 1.946 | 52 | 2,6 |
| Frequenzen | 3.838 | 3.801 | 3.922 | 4.399 | 4.334 | -65 | -1,5 |
| Leistungen | 41.636 | 43.883 | 38.884 | 31.528 | 32.352 | 824 | 2,6 |

5.

5.6.2 Geburtshilfe-Station

Ärztliche Leitung: **OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni**

Pflegeleitung: Dipl.-Heb. Anna Harm

| | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd. 08-09 in % |
|------------------------------------|-------|-------|-------|--------------------------|
| Systemisierte Betten | 8 | 8 | 8 | 0 |
| Patientinnen | 1.633 | 2.257 | 2.271 | 0,6 |
| Durchschnittl. Verweildauer (Tage) | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 9,6 |
| Mitternachts-Auslastung (in %) | 62,0 | 76,3 | 82,4 | 8,1 |
| Tages-Auslastung (in %) | 74,4 | 89,4 | 93,3 | 4,4 |
| Patientinnen Tagesklinisch | 10 | 13 | 16 | 23,1 |
| Patientinnen Gesamt | 1.643 | 2.270 | 2.287 | 0,1 |

Mit der Neueröffnung des Kreißsaales im November 2006 wurde auch eine eigene Geburtshilfe-Station eingerichtet mit fünf Ein- bzw. Zweibettzimmern. Sie ist vorgesehen für die Beobachtung von Patientinnen, die während eines stationären Aufenthaltes vor der Geburt intensive Betreuung benötigen. Mit 93,3% wurde innerhalb kurzer Zeit eine erfreuliche Tagesauslastungsrate erzielt.

5.6.3 Kreißsaal – Geburten

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Kinder gesamt | 1.932 | 1.885 | 1.895 | 1.941 | 1.987 |
| davon Mädchen | 952 | 908 | 925 | 933 | 955 |
| davon Buben | 980 | 977 | 970 | 1.006 | 1.031 |
| Geburten gesamt | 1.863 | 1.816 | 1.824 | 1.879 | 1.917 |
| Einlingsgeburten | 1.796 | 1.748 | 1.758 | 1.818 | 1.851 |
| Zwillingsgeburten | 65 | 67 | 61 | 60 | 62 |
| Drillingsgeburten | 2 | 1 | 5 | 1 | 4 |
| Anonyme Geburten | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Frühgeburten (<37+0 SSW) | 297 | 278 | 265 | 278 | 289 |
| <i>Frühgeburten in %</i> | 15,9 | 15,3 | 14,5 | 14,8 | 15,1 |
| Geburtsgewicht < 2.500g | 324 | 301 | 280 | 296 | 320 |
| Geburtsgewicht < 1.500g | 76 | 73 | 77 | 50 | 63 |
| Sectiones gesamt | 759 | 772 | 722 | 777 | 838 |
| <i>Sectiones in %</i> | 40,7 | 42,5 | 39,6 | 41,4 | 43,7 |
| Sectio BEL | 132 | 136 | 112 | 110 | 146 |
| vag. BEL | 5 | 6 | 4 | 3 | 6 |
| Episiotomie Erstpara | 284 | 285 | 263 | 240 | 188 |
| Episiotomie Mehrpara | 180 | 117 | 78 | 93 | 48 |
| Wassergeburt | 109 | 109 | 136 | 181 | 166 |
| Ambulante Entbindung | 29 | 35 | 16 | 25 | 25 |
| PDA b. vag. Geb. | 242 | 253 | 238 | 288 | 219 |
| SPA b. Sectio | 664 | 700 | 671 | 745 | 795 |
| Vollnarkose b. Sectio | 101 | 70 | 57 | 37 | 48 |
| NApH < 7,20 | 218 | 229 | 265 | 277 | 259 |
| NApH < 7,10 | 27 | 36 | 45 | 18 | 32 |
| azidotisch u. deprimiert (NApH < 7,20 u. ApgAR < 7) | 9 | 13 | 12 | 8 | 6 |
| schwer azidotisch u. deprimiert (NApH < 7,10 u. ApgAR < 5) | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Transferierung Kinderklinik | 260 | 263 | 234 | 229 | 256 |
| Mortalität gesamt | 26 | 19 | 13 | 14 | 14 |
| ante partum | 9 | 7 | 6 | 8 | 4 |
| sub partum | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| bis 7. Tag | 13 | 9 | 3 | 5 | 8 |

Im Berichtsjahr haben 1.917 Mütter 1.987 Kinder geboren, davon 62 mal Zwillinge und 4 mal Drillinge.

In Österreich lag die Zahl der Neugeborenen im Jahr 2009 mit 75.387 um 1.301 bzw. 1,7% unter den Ergebnissen des Jahres 2008. Berücksichtigt man das

Schaltjahr 2008, betrug der Geburtenrückgang in diesem Zeitraum 1,4%. Im Jahr 2009 wurden in allen Bundesländern Geburtenrückgänge registriert, angeführt von Salzburg (-3,9%) und dem Burgenland (-3,7%). Mit etwas Abstand folgten Kärnten (-3,2%) und Niederösterreich (-2,8%). In den übrigen Bundesländern war der Rückgang der Geburtenzahlen jeweils unter dem Bundesdurchschnitt: Wien (-1,4%), Tirol (-1,3%), Oberösterreich (-1,0%), Vorarlberg (-0,3%), Steiermark (-0,2%).

In Tirol waren es 6.579 im Jahr 2009 (-1,3%) gegenüber 6.703 im Jahr 2008 und 6.651 im Jahr 2007. Somit ist der gegenläufige Trend an der Frauenklinik Innsbruck mit +2,4% Steigerung bei der Zahl der Neugeborenen bzw. +3,5% Steigerung bei der Zahl der Geburten sehr erfreulich.

Die österreichweite Sectiorate liegt bei 28%, in fetalmedizinischen Zentren naturgemäß wesentlich höher, so auch an der Frauenklinik Innsbruck (43,7%). 7,1% der Kinder in Österreich hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500g, an der Frauenklinik, ebenfalls zentrumsbedingt, 16,1%.

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

5.7 Pflegestationen

5.7.1 Station Gynäkologie I (Privatstation)

Ärztliche Leitung: **O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth**

Pflegeleitung: PDL-Stv. DGuKS Eva Triendl

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd 08-09 in % |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|
| Systemisierte Betten | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 0 |
| Patientinnen | 1.053 | 1.132 | 1.213 | 1.540 | 1.589 | 3,2 |
| Durchschnittl. Verweildauer (Tage) | 4,6 | 3,9 | 3,4 | 2,9 | 2,3 | -20,8 |
| Mitternachts- Auslastung (in %) | 64,6 | 60,5 | 55,7 | 57,0 | 50,5 | -11,3 |
| Tages-Auslastung (in %) | 77,9 | 75,7 | 72,0 | 76,5 | 71,9 | -6,0 |
| Patientinnen Tagesklinisch | 4 | 16 | 77 | 54 | 13 | -75,9 |
| Patientinnen Gesamt | 1.057 | 1.148 | 1.290 | 1.594 | 1.602 | 0,5 |

5.7.2 Station Gynäkologie II (Operativ)

ÄrztInnen: **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

Pflegeleitung: DGuKS Maria-Luise Holzknecht

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd 08-09 in % |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|
| Systemisierte Betten | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 0 |
| Patientinnen | 1.694 | 1.752 | 1.870 | 1.975 | 1.964 | -0,6 |
| Durchschnittl. Verweildauer (Tage) | 3,6 | 3,7 | 3,4 | 3,3 | 3,2 | -1,5 |
| Mitternachts- Auslastung (in %) | 58,3 | 68,6 | 66,1 | 71,7 | 68,3 | -4,7 |
| Tages-Auslastung (in %) | 74,5 | 88,0 | 86,3 | 93,3 | 88,4 | -5,2 |
| Patientinnen Tagesklinisch | 65 | 119 | 100 | 70 | 57 | -18,6 |
| Patientinnen Gesamt | 1.759 | 1.871 | 1.970 | 2.045 | 2.021 | -0,1 |

5.7.3 Station Gynäkologie III (Onkologisch)

ÄrztInnen: **A. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet**,

Ass.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Abfalter, OA Dr. Daniel Reimer

Pflegeleitung: DGuKS Annemarie Frank

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd 08-09 in % |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|-------------------------|
| Systemisierte Betten | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 0 |
| Patientinnen | 881 | 879 | 982 | 871 | 848 | -2,6 |
| Durchschnittl. Verweildauer (Tage) | 6,2 | 6,7 | 5,6 | 6,6 | 6,0 | -8,0 |
| Mitternachts- Auslastung (in %) | 76,6 | 80,9 | 75,5 | 77,7 | 69,7 | -10,3 |
| Tages-Auslastung (in %) | 88,4 | 92,5 | 88,0 | 89,0 | 80,8 | -9,2 |
| Patientinnen Tagesklinik | 11 | 4 | 3 | 9 | 4 | |
| Patientinnen Gesamt | 892 | 883 | 985 | 880 | 852 | -9,7 |

5.

5.7.4 Station Gynäkologie IV

(Konservativ/Schwangere – Mamma)

ÄrztInnen: **A. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka**,

OA Dr. Michael Hubalek

Pflegeleitung: DGuKS Belinda Posch

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd 08-09 in % |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|
| Systemisierte Betten | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 0 |
| Patientinnen | 1.807 | 1.634 | 1.251 | 1.365 | 1.482 | 8,6 |
| Durchschnittl. Verweildauer (Tage) | 3,9 | 4,0 | 4,7 | 4,2 | 4,1 | -3,4 |
| Mitternachts- Auslastung (in %) | 66,8 | 62,3 | 55,9 | 57,1 | 63,2 | 10,8 |
| Tages-Auslastung (in %) | 80,5 | 75,0 | 66,7 | 69,4 | 77,3 | 11,5 |
| Patientinnen Tagesklinisch | 30 | 21 | 13 | 16 | 26 | 62,5 |
| Patientinnen Gesamt | 1.837 | 1.655 | 1.264 | 1.381 | 1.508 | 9,2 |

5.7.5 Tagesklinik

ÄrztInnen: **A. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet, OA Dr. Michael Hubalek**
 Pflegeleitung: DGuKS Annemarie Frank

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd 08-09 in % |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|
| Systemisierte Betten | 6 | 6,3 | 8 | 8 | 8 | 0 |
| Patientinnen Tagesaufnahme | 60 | 68 | 153 | 127 | 105 | -17,3 |
| Tages-Auslastung (in %) | 99,7 | 101,8 | 77,0 | 84,8 | 91,76 | 7,8 |
| Patientinnen Tagesklinisch | 1.501 | 1.636 | 1.522 | 1.733 | 1.896 | 9,4 |
| Patientinnen Gesamt | 1.561 | 1.704 | 1.675 | 1.860 | 2.001 | 7,6 |

5.

5.7.6 Station Mutter-Kind (Wochenstation)

ÄrztInnen: **Gf. OA Dr. Otto Huter**
 Pflegeleitung: DGuKS Luzia Köfler

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Veränd 08-09 in % |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|
| Systemisierte Betten | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 0 |
| Patientinnen | 1.566 | 1.500 | 1.488 | 1.504 | 1.564 | 4,0 |
| Durchschnittl. Verweildauer (Tage) | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 3,9 | 3,8 | -0,7 |
| Mitternachts- Auslastung (in %) | 85,7 | 82,9 | 81,3 | 83,7 | 82,8 | -1,1 |
| Tages-Auslastung (in %) | 106,9 | 103,1 | 101,3 | 104,5 | 103,3 | -1,2 |
| Patientinnen Tagesklinisch | 9 | 12 | 1 | 1 | 0 | |
| Patientinnen Gesamt | 1.575 | 1.513 | 1.489 | 1.505 | 1.564 | 4,0 |

5.8 OP-Statistik

| Gesamtzahl | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Patientinnen | 3.789 | 3.820 | 3.628 | 4.008 | 4.258 |
| operative Eingriffe | 4.472 | 5.371 | 4.987 | 5.152 | 5.041 |
| MEL* | 5.692 | 5.940 | 6.038 | 6.174 | 6.765 |

*Anzahl der verrechenbaren operativen Leistungen nach LKF

5.8.1 Gynäkologische Onkologie

5.8.1.1 OP bei Mammakarzinom

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|------|------|------|------|------|
| Mastektomien ohne Simultanaufbau | 18 | 24 | 23 | 23 | 45 |
| Skin-Sparing Mastektomien mit Simultanaufbau | 31 | 55 | 67 | 52 | 54 |
| Tumorektomien – brusterhaltende Operationen | 135 | 168 | 166 | 171 | 139 |
| Sentinel Lymphonodektomien | 128 | 148 | 179 | 174 | 183 |
| Axilladissektionen | 60 | 104 | 87 | 66 | 80 |
| Nachresektionen | 23 | 8 | 24 | 22 | 21 |
| Revisionen | 4 | 11 | 7 | 8 | 5 |

5.8.1.2 OP bei Ovarialkarzinom

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|------|------|------|------|------|
| Abdominelle Hysterektomien + Debulking | 53 | 50 | 50 | 59 | 54 |
| Pelvine Lymphonodektomien | 13 | 9 | 17 | 16 | 16 |
| Pelvine + paraortale Lymphonodektomien | 32 | 26 | 20 | 32 | 36 |

5.8.1.3 OP bei Cervixkarzinom

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|------|------|------|------|------|
| Wertheim | 14 | 12 | 11 | 10 | 13 |
| davon laparoskopisch assistiert (DaVinci) | | | | | 6 |
| Schauta | 3 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| Lymphknoten Sampling | 19 | 19 | 25 | 24 | 17 |
| Vaginale totale Hysterektomie (vt) | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Probeexzisionen, Initiierung der Strahlentherapie | 18 | 20 | 20 | 22 | 16 |

5.8.1.4 OP bei Corpuskarzinom

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|------|------|------|------|------|
| Abdominelle Hysterektomien | 26 | 28 | 25 | 18 | 19 |
| LAVH | 18 | 10 | 10 | 9 | 8 |
| Wertheim | 6 | 3 | 3 | 5 | 6 |
| Abrasionen (ohne weitere operative Therapie) | 6 | 1 | 2 | 1 | 1 |

5.8.1.5 OP bei Vulvakarzinom

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|
| Vulvektomien | 4 | 9 | 11 | 20 | 21 |
| Resektionen | 9 | 15 | 14 | 11 | 24 |
| Sentinel Lymphonodektomien | 1 | 5 | 1 | 1 | 4 |

5.

5.8.1.6 Primäre Karzinome gesamt

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Primäre Mammakarzinome | 197 | 217 | 238 | 235 | 251 |
| Primäre Ovarialkarzinome | 53 | 30 | 38 | 42 | 40 |
| Primäre Cervixkarzinome | 32 | 33 | 38 | 40 | 33 |
| Primäre Corpuskarzinome | 54 | 34 | 36 | 38 | 33 |
| Primäre Vulvakarzinome | 3 | 10 | 6 | 9 | 8 |
| Primäre Karzinome gesamt | 339 | 324 | 356 | 364 | 365 |

5.8.1.7 Exenteration

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|
| vordere Exenteration | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| hintere Exenteration | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 |
| vordere und hintere Exenteration | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |

5.8.1.8 Strahlentherapie

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------------|------|------|------|------|------|
| HDR (high dose rate) | 89 | 64 | 69 | 140 | 76 |
| VR (Vaginalrohr) | 159 | 216 | 152 | 162 | 98 |

5.8.2 Gutartige Indikationen

5.8.2.1 Mamma

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------|------|------|------|------|------|
| Mamma PE | 74 | 103 | 77 | 90 | 108 |

5.8.2.2 Abdominale Operationen

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|------|------|------|------|------|
| Laparotomie bei Adnextumor | 14 | 27 | 31 | 30 | 49 |
| Sterilisation post partum | 27 | 25 | 32 | 38 | 57 |
| davon mit Clip | 26 | 26 | 31 | 36 | 56 |
| Laparoskopische OP (3-4 Einstiche) | 496 | 505 | 483 | 568 | 463 |
| Laparoskopie – diagnostisch (1-2 Einstiche) | 101 | 86 | 77 | 88 | 137 |
| Laparoskopische Sterilisation | 35 | 30 | 44 | 28 | 28 |
| davon mit Clip | 32 | 32 | 40 | 24 | 27 |
| Abdominale totale Hysterektomie | 46 | 7 | 14 | 12 | 43 |
| Myomexstirpation offen | 3 | 6 | 8 | 11 | 7 |
| Sektionarbendehiszenz | — | — | 4 | 6 | 1 |
| OP eines Scheidenblindsackvorfalles | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| davon Sacroproxiel/ Laparoskopie (Da Vinci) | 7 | 2 | 0 | 1 | 1 |

5.8.2.3 Vaginale Operationen

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|------|------|------|------|------|
| Vaginale totale Hysterektomie (vt) | 85 | 104 | 99 | 77 | 80 |
| Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH) | 26 | 53 | 40 | 42 | 34 |
| vt mit vorderer und hinterer Kolporraphie (vt+v+h) | 49 | 36 | 52 | 49 | 36 |
| vordere und hintere Kolporraphie / Prolift | 7 | 30 | 21 | 21 | 19 |
| Tension free vaginal tape (TVT) | 1 | 5 | 1 | 0 | 2 |
| Tension free vaginal tape (TVT-o) | 27 | 15 | 28 | 23 | 27 |
| Bulkamid | — | — | — | 5 | 4 |
| Hysteroskopie + fraktionierte Abrasio | 497 | 556 | 552 | 589 | 517 |
| Abrasio bei Abortus | 256 | 301 | 256 | 241 | 272 |

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|------|------|------|------|------|
| Messer Konisation | 75 | 56 | 52 | 49 | 15 |
| LLETZ Konisation (Elektroschlinge) | 111 | 132 | 136 | 159 | 139 |
| Cerclage | 21 | 17 | 13 | 5 | 17 |
| Hysteroskopische Operation | 83 | 105 | 93 | 102 | 135 |
| davon Septumdissektion | 18 | 20 | 16 | 15 | 10 |
| davon Myomentfernung | 22 | 33 | 27 | 32 | 42 |
| davon Hydrothermablatio (HTA), Therma Choice | 17 | 13 | 14 | 29 | 67 |
| Kolpektomie | 0 | 4 | 4 | 1 | 3 |
| Vulva PE | 60 | 80 | 65 | 63 | 78 |
| Laser | 145 | 176 | 195 | 181 | 145 |
| Marsupialisation | 35 | 24 | 23 | 26 | 27 |

5.8.2.4 Revisionen

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Bauchdecke | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 |
| Intraabdominal | 5 | 7 | 8 | 4 | 2 |
| Mamma | 4 | 11 | 7 | 8 | 5 |
| Vulva/Vagina | 5 | 4 | 3 | 2 | 5 |
| Nachblutung nach Konisation | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| Gesamt | 17 | 27 | 24 | 19 | 17 |

5.8.3 Geburtshilfe

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Sectio | 488 | 539 | 459 | 488 | 573 |
| Re-Sectio | 205 | 208 | 217 | 237 | 199 |
| Sectio-Hysterektomie | 5 | 2 | 1 | 2 | 4 |
| Sectio Gesamt | 698 | 749 | 677 | 727 | 776 |
| Nachtastung | 27 | 19 | 17 | 18 | 49 |
| Manuelle Plazentalösung | 38 | 36 | 31 | 52 | 68 |
| Dammriss III./IV. Grades | 14 | 12 | 14 | 27 | 23 |

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.

| Station | Jahr | Pflege | Ärzt- Innen | Weitere Berufe | Küche | Technik | N | R-% |
|--------------|------|--------|----------------|-------------------|-------|---------|-----|------|
| Gyn 1 | 2006 | 4,5 | 2,2 | 1,3 | 25,6 | 4,7 | 180 | 16,2 |
| | 2007 | 6,8 | 3,1 | 2,1 | 27,0 | 6,5 | 152 | 12,4 |
| | 2008 | 4,6 | 3,2 | 0,8 | 21,3 | 2,6 | 130 | 11,3 |
| | 2009 | 3,3 | 2,4 | 1,5 | 20,0 | 3,5 | 150 | 13,9 |
| Gyn 2 | 2006 | 4,5 | 2,8 | 0,8 | 19,4 | 3,9 | 768 | 42,1 |
| | 2007 | 4,6 | 3,5 | 0,8 | 20,8 | 4,5 | 723 | 38,3 |
| | 2008 | 4,8 | 2,8 | 0,5 | 17,3 | 3,6 | 858 | 44,3 |
| | 2009 | 4,4 | 3,5 | 0,5 | 16,9 | 3,3 | 833 | 45,8 |
| Gyn 3 | 2006 | 4,8 | 4,7 | 3,8 | 19,0 | 9,3 | 121 | 14,3 |
| | 2007 | 3,8 | 2,8 | 1,9 | 26,9 | 8,4 | 105 | 11,3 |
| | 2008 | 4,5 | 4,5 | 2,3 | 18,8 | 3,1 | 51 | 7,8 |
| | 2009 | 3,3 | 3,4 | 1,4 | 19,5 | 3,3 | 69 | 12,0 |
| Gyn 4 | 2006 | 3,9 | 4,9 | 1,1 | 19,7 | 5,7 | 471 | 35,2 |
| | 2007 | 3,7 | 4,4 | 1,3 | 20,2 | 6,2 | 279 | 25,0 |
| | 2008 | 3,4 | 4,7 | 0,9 | 17,1 | 4,1 | 343 | 28,0 |
| | 2009 | 3,3 | 4,7 | 0,8 | 18,8 | 4,1 | 340 | 25,6 |
| Mutter-Kind | 2006 | 7,0 | 5,7 | 1,7 | 25,9 | 4,4 | 347 | 23,4 |
| | 2007 | 7,7 | 4,0 | 1,7 | 26,5 | 3,2 | 319 | 21,8 |
| | 2008 | 6,5 | 4,7 | 1,1 | 22,7 | 4,0 | 323 | 22,2 |
| | 2009 | 6,0 | 4,5 | 0,5 | 24,4 | 2,8 | 431 | 28,4 |
| Geburtshilfe | 2006 | x | x | x | x | x | x | X |
| | 2007 | 6,0 | 4,4 | 3,8 | 26,0 | 3,4 | 44 | |
| | 2008 | 4,1 | 4,6 | 0,2 | 13,9 | 1,5 | 75 | 25,5 |
| | 2009 | 7,9 | 7,5 | 1,5 | 20,1 | 2,0 | 58 | 21,6 |
| Tagesklinik | 2006 | 5,9 | 4,7 | 2,3 | 26,8 | 8,6 | 44 | 0,5 |
| | 2007 | 6,6 | 6,9 | 4,1 | 24,5 | 8,8 | 9 | 0,6 |
| | 2008 | 4,6 | 6,2 | 4,7 | 18,6 | 7,2 | 13 | 1,0 |
| | 2009 | | | | | | | |

Legende:

Kritikanteil: in %, je niedriger, desto besser

N: Anzahl der abgegebenen Fragebögen

R-%: Rücklaufquote

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.

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

- ▶ „Pfleger“ (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.).

6.

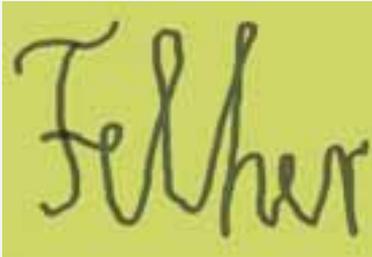
In diesen fünf Spalten gilt: je niedriger der Wert, umso geringer der Kritikanteil.

Die im Vergleich geringere Rücklaufquote bei Gyn 1 und Gyn 3 erklärt sich durch onkologische Patientinnen, die öfter hintereinander stationär sind, aber nicht jedes Mal einen Fragebogen ausfüllen.

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 sei an dieser Stelle ein besonderes Danke gesagt.

6.2 Qualitätsmanagement

(Mag. Franz Preishuber)



Qualität der Struktur und Prozesse – Kontinuierliche Verbesserung bester Ergebnisse – Konzentration auf Kernprozesse – effizienter Einsatz von Ressourcen – die Patientin im Mittelpunkt – mitarbeiter-Innenorientiert – Minimieren von (Fast-) Fehlern.

Qualitätsmanagementsysteme vereinen in sich viele der oben genannten Punkte. Die Frauenklinik strebt einen differenzierten Einsatz etablierter Qualitätsmanagementsysteme an.

Nach einer ausführlichen Einführungsphase im Vorjahr wurde 2009 an der Frauenheilkunde Fehlermanagement in allen Bereichen etabliert. In der Pilotphase konnte auf die Erfahrungen im Biochemischen und im Morphologischen Labor zurückgegriffen werden. Prof. Daxenbichler als Qualitätsmanager im Haus und Florian Muigg von der zuständigen IT-Abteilung haben die umfangreiche Implementierung dieses Projektes mit großem Einsatz unterstützt. Die kompetente, fachliche Begleitung erfolgte durch OÄ Dr.ⁱⁿ Alexandra Ciresa-König und OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni.

Im Rahmen der Umsetzung wurde auf allen PCs der Frauenklinik am Desktop ein eigener Schnellzugang (Tilak-DMS) eingerichtet. Alle MitarbeiterInnen haben damit jederzeit die Möglichkeit Fehler, Fast-Fehler oder unerwünschte Ereignisse über eine menügeführte Maske einzugeben. Das kann personalisiert oder anonym gemacht werden. Je nach Fachbereich, dem der Fehler von den Melde-rInnen zugeordnet wird, gibt es Prozessverantwortliche. Diese erhalten ein Erinnerungsmail über den Eingang einer neuen Meldung und die Aufforderung zur Bearbeitung.

Die parallel geschalteten BeobachterInnen bringen sich mit Anregungen und Hinweisen zu den zu setzenden Maßnahmen ein. Die Leitung des Fehlermanagement obliegt nunmehr Gf. OA Dr. Otto Hutter als Stabstelle Qualitätsentwicklung und Risikomanagement, administrativ unterstützt von PDL DGuKS Elisabeth Schmid und Klinikmanager Mag. Franz Preishuber.

In quartalsweise stattfinden Qualitätszirkeln mit allen ÄrztInnen und allen leitenden Pflege-, Labor- und AdministrationsmitarbeiterInnen werden die vom Prozessverantwortlichen vorgeschlagenen Maßnahmen besprochen und beschlossen. Erst dann darf ein Fehler abgeschlossen werden. Die wichtigsten

Maßnahmen aus jedem Quartal werden auf der Startseite des Intranet und über regelmäßige Powerlearnings – tägliche Kurzreferate im Rahmen der morgendlichen Dienstübergabe zu Basics der Frauenheilkunde – präsent gehalten.

Nach nunmehr einem Jahr „Normalbetrieb“ dürfen wir feststellen, dass die Fehlerkultur im Haus eine zunehmend professionelle ist mit hoher Transparenz und der Bereitschaft zu kontinuierlicher Verbesserung.

6.3 Risikomanagement

(Gf. OA Dr. Otto Huter)

„Die gefährlichste Sache auf der Welt ist die Überquerung eines Abgrundes in zwei Sprüngen.“ David Lloyd George

Das kann mir nicht passieren – Fehler können jedem passieren, auch medizinisches Personal ist davor nicht gefeit. Mit Fehlern umgehen, Fehler vermeiden – Fehlermanagement, CIRS (Critical Incident Reporting System), WHO-Checkliste. Die Liste der Empfehlungen zum Umgang mit der Fehlerstruktur wird ausgedehnter und länger.

Die Tilak hat im Herbst 2009 eine Initiative ins Leben gerufen. – Einführung RMS (Risikomanagementsystem) in allen Kliniken und Abteilungen. Es gilt ein Risikomanagementsystem gemäß der ONR 49001 zu konzipieren und nachhaltig zu implementieren. Als Pilotkliniken haben die Unfallchirurgie und die Frauenheilkunde noch im Jahr 2009 gestartet.



Ziel des Projektes ist es die größten Risiken der Patientensicherheit zu identifizieren, zu bewerten, die Ursachen des Risikos zu erheben und Lösungen und Maßnahmen zu entwickeln, um diese Risiken zu verbessern. Für den Direktor der Frauenklinik Innsbruck, Univ. Prof. Dr. Ch. Marth, ist dieses Thema von so

großer Wichtigkeit, dass er dafür eine eigene Stabstelle eingerichtet und mich mit dieser Aufgabe betraut hat.

Ende November 2009 fand das Risiko Assessment durch Mitarbeiter der *Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH (GRB)* an unserer Klinik statt.

Identifizierung, Bewertung, Bewältigung und Kontrolle von Risiken

Mit einem speziellen Programm erstellte man ein spezifisches Präventions- und Risiko-Profil. Zur Bewertung identifizierter Risiken entwickelt man anschließend ein Risiko-Portfolio im Spannungsfeld zwischen der Schwere des Risikos und dessen Eintrittswahrscheinlichkeit. Gemeinsam mit den MitarbeiterInnen der Klinik werden daraus resultierende, notwendige Maßnahmen der Prävention definiert.

Das ermöglicht eine umfassende und praxisorientierte Risikoinventarisierung, Maßnahmenplanung und Projektevaluation mit Blick auf die Wirksamkeit von Risikoprävention.

Das Ergebnis haben wir Ende Jänner 2010 erhalten. Darin wurden die einzelnen Punkte in einem RisikoManagement-Maßnahmenplan aufgelistet und zur terminisierten Bearbeitung an die Projektverantwortlichen zugewiesen.

Mittelfristig soll mit dem Projekt auch die Basis für eine externe Zertifizierung des Risikomanagementsystems (z. B. durch die ÖQS Zertifizierungs- und Begutachtungs GmbH) der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ermöglicht werden.

7. Forschung

7.1 Publikationen Gynäkologie u. Geburtshilfe

Publikationen

**Consensus of the Austrian Society for Gynecology and Obstetrics/
Gynecologic Oncology Working Group Fertility, Contraception and
Hormone Replacement Therapy in Oncologic Patients with Special
Reference to Breast Cancer**

Petru, E., Wildt, L., Stummvoll, W., Singer, C., Speiser, P., Fischerlehner, G.,
Reitsamer, R., Kubista, E., Marth, C., Winter, R., Menzel, C., Leodolter, S.,
Seifert, M., Zervomanolakis, I., Zeimet, A., Reinthaller, A.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 1071-1077

**Development of a screening tool for the identification of psycho-
oncological treatment need in breast cancer patients**

Meraner, V., Giesinger, J., Kemmler, G., Taucher, S., Hubalek, M., Weber, B.,
Rumpold, G., Sperner-Unterweger, B., Holzner, B.,
PSYCHO-ONCOLOGY: 2009; 18: S. 974-983

7.

Endocrine Therapy plus Zoledronic Acid in Premenopausal Breast Cancer

Gnant, M., Mlineritsch, B., Schippinger, W., Luschin-Ebengreuth, G., Postl-
berger, S., Menzel, C., Jakesz, R., Seifert, M., Hubalek, M., Bjelic-Radasic, V.,
Samonigg, H., Tausch, C., Eidtmann, H., Steger, G., Kwasny, W., Dubsy, P.,
Fridrik, M., Fitzal, F., Stierer, M., Rucklinger, E., Greil, R.,
ABCSG-12 Trial Investigators.,
NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE: 2009; 360: S. 679-691

**Expression of coxsackie-adenovirus receptor is related to estrogen
sensitivity in breast cancer**

Auer, D., Reimer, D., Porto, V., Fleischer, M., Roessler, J., Wiedemair, A.,
Marth, C., Muller-Holzner, E., Daxenbichler, G., Zeimet, AG.,
BREAST CANCER RESEARCH AND TREATMENT: 2009; 116: S. 103-111

**Familial juvenile hyperuricemic nephropathy: report on a new mutation
and a pregnancy**

Lhotta, K., Gehringer, A., Jennings, P., Kronenberg, F., Brezinka, C.,
Andersone, I., Strazdins, V.,
CLINICAL NEPHROLOGY: 2009; 71: S. 80-83

High expression of 90K (Mac-2 BP) is associated with poor survival in node-negative breast cancer patients not receiving adjuvant systemic therapies

Tinari, N., Lattanzio, R., Querzoli, P., Natoli, C., Grassadonia, A., Alberti, S., Hubalek, M., Reimer, D., Nenci, I., Bruzzi, P., Piantelli, M., Lacobelli, S., Consorzio Interuniv Nazl Biooncolo.,
INTERNATIONAL JOURNAL OF CANCER: 2009; 124: S. 333-338

Imaging of placental transport mechanisms: A review

Solder, E., Rohr, I., Kremser, C., Hutzler, P., Debbage, PL.,
EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY: 2009; 144: S. S114-S120

Influence of Department Volume on Survival for Ovarian Cancer: Results From a Prospective Quality Assurance Program of the Austrian Association for Gynecologic Oncology

Marth, C., Hiebl, S., Oberaigner, W., Winter, R., Leodolter, S., Sevelde, P.,
INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER: 2009; 19: S. 94-102

Intratumoral interferon regulatory factor (IRF)-1 but not IRF-2 is of relevance in predicting patient outcome in ovarian cancer

Zeimet, AG., Reimer, D., Wolf, D., Fiegl, H., Concin, N., Wiedemair, A., Wolf, AM., Rumpold, H., Muller-Holzner, E., Marth, C.,
INTERNATIONAL JOURNAL OF CANCER: 2009; 124: S. 2353-2360

Long Term Follow-up of Children with Increased Nuchal Translucency and Normal Karyotype on First Trimester Sonography

Jenewein, N., Scheier, M., Kiechl-Kohlendorfer, U.,
KLINISCHE PADIATRIE: 2009; 221: S. 14-18

Maintaining Bone Density in Patients Undergoing Treatment for Breast Cancer: Is There an Adjuvant Benefit?

Gnant, M., Dubsy, P., Fitzal, F., Blaha, P., Schoppmann, S., Steger, G., Marth, C., Samonigg, H., Huttner, K., Fohler, H., Ruecklinger, E., Jakesz, R., Greil, R., Austrian Breast Colorectal Canc St.,
CLINICAL BREAST CANCER: 2009; 9: S. S18-S27

Molecular mapping deep within a living human organ: analysis of microvessel function on the timescale of seconds and with sub-micrometre spatial resolution

Solder, E., Kremser, C., Rohr, I., Hutzler, P., Debbage, P.,
HISTOCHEMISTRY AND CELL BIOLOGY: 2009; 131: S. 537-551

Plasma Fibrinogen Levels and Prognosis in Patients with Ovarian Cancer: A Multicenter Study

Polterauer, S., Grimm, C., Seebacher, V., Concin, N., Marth, C., Tomovski, C., Husslein, H., Leipold, H., Hefler-Frischmuth, K., Tempfer, C., Reinthaller, A., Hefler, L.,
ONCOLOGIST: 2009; 14: S. 979-985

Pros and Cons of Intraperitoneal Chemotherapy in the Treatment of Epithelial Ovarian Cancer

Zeimet, AG., Reimer, D., Radl, AC., Reinthaller, A., Schauer, C., Petru, E., Concin, N., Braun, S., Marth, C.,
ANTICANCER RESEARCH: 2009; 29: S. 2803-2808

The presence of postmenopausal bleeding as prognostic parameter in patients with endometrial cancer: a retrospective multi-center study

Seebacher, V., Schmid, M., Polterauer, S., Hefler-Frischmuth, K., Leipold, H., Concin, N., Reinthaller, A., Hefler, L.,
BMC CANCER: 2009; 9: S.

The Prognostic Impact of Bone Marrow Micrometastases in Women with Breast Cancer

Braun, S., Auer, D., Marth, C.,
CANCER INVESTIGATION: 2009; 27: S. 598-603

7.

Treatment of Recurrent Platinum-Resistant Ovarian Cancer with Pegylated Liposomal Doxorubicin – An Evaluation of the Therapeutic Index with Special Emphasis on Cardiac Toxicity

Steppan, I., Reimer, D., Sevelde, U., Ulmer, H., Marth, C., Zeimet, AG.,
CHEMOTHERAPY: 2009; 55: S. 391-398

Abstracts

A randomized phase III study comparing epirubicin, docetaxel, and capecitabine (EDC) to epirubicin and docetaxel (ED) as neoadjuvant treatment for early breast cancer – first results of the Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group-Trial 24 (ABCSG-24)

Steger, GG., Greil, R., Jakesz, R., Lang, A., Mlineritsch, B., Melbinger-Zeinitzer, E., Martin, C., Samonigg, H., Kubista, E., Gnant, M.,
EJC SUPPLEMENTS: 2009; 7: S. 3-3

Addition of Zoledronic Acid (Zol) to Adjuvant Endocrine Therapy Improves Disease-Free (Dfs) and Recurrence-Free Survival (Rfs) in Premenopausal Women with Hormone-Responsive Early Breast Cancer (Hrebc): Multivariate Analyses of the Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group 12 (AbcsG-12) Trial

Gnant, M., Mlineritsch, B., Schippinger, W., Luschin-Ebengreuth, G., Poestlberger, S., Menzel, C., Jakesz, R., Kubista, E., Marth, C., Greil, R.,
ANNALS OF ONCOLOGY: 2009; 20: S. 30-30

Cystic lymphangioma

Weiskopf-Schwendinger, V., Alge, A., Ramoni, A., Reiter, G., Hager, J., Marth, C.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 478-478

Fetal abdominal cyst – a case report

Mutz-Dehbalaie, I.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 451-451

Final Results of ABCSG-24, a Randomized Phase III Study Comparing Epirubicin, Docetaxel, and Capecitabine (EDC) to Epirubicin and Docetaxel (ED) as Neoadjuvant Treatment for Early Breast Cancer and Comparing ED/EDC plus Trastuzumab (T) to ED/EDC as Neoadjuvant Treatment for Early HER-2 Positive Breast Cancer

Steger, GG., Greil, R., Jakesz, R., Lang, A., Mlineritsch, B.,
Melbinger-Zeinitzer, E., Marth, C., Samonigg, H., Kubista, E., Gnant, M.,
CANCER RESEARCH: 2009; 69: S. 564S-564S

7.

Left ventricular heart function years after HELLP-syndrome

Strobl, I., Windbichler, G., Strasak, A., Weiskopf-Schwendinger, V.,
Schweigmann, U., Scheier, M.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 454-454

Number needed to treat (NNT) as a drug efficacy measure: Zoledronic acid (ZOL) for early hormone-responsive breast cancer in the ABCSG-12 trial

Gnant, M., Mlineritsch, B., Schippinger, W., Luschin-Ebengreuth, G., Steger, G.,
Bjelic-Radicic, V., Jakesz, R., Kubista, E., Marth, C., Greil, R.,
BREAST: 2009; 18: S. S59-S59

Number Needed to Treat (Nnt) as a Measure of Zoledronic Acid (Zol) Efficacy in Patients with Hormone-Responsive Early Breast Cancer (Bc) in the Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group (AbcsG)-12 Trial

Gnant, M., Mlineritsch, B., Schippinger, W., Luschin-Ebengreuth, G.,
Steger, GG., Bjelic-Radicic, V., Jakesz, R., Kubista, E., Marth, C., Greil, R.,
ANNALS OF ONCOLOGY: 2009; 20: S. 30-30

Odiopathic premature intrauterine closure of ductus arteriosus: a case report

Jerabek-Klestil, S., Ramoni, A., Schweigmann, U., Reiter, G., Christian, M.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 445-446

Pharmacogenetic (CYP2D6) and gene expression profiles (HOXB13/IL17BR and molecular grade index) for prediction of adjuvant endocrine therapy benefit in the ABCSG 8 trial.

Goetz, M., Ames, M., Gnant, M., Filpits, M., Jakesz, R., Greil, R., Marth, C.,
Samonigg, H., Suman, V., Safgren, S., Kuffel, M., Weinshilboum, R.,
Erlander, M., Ma, XJ., Ingle, J.,
CANCER RESEARCH: 2009; 69: S. 775-775

Predictors for complete resection in ovarian carcinoma recurrence. An intergroup-study of the AGO Commission OVAR, AGO-Ovar, AGO Austria and NOGGO

Beckmann, MW., Harter, P., du Bois, A., Reuss, A., Marth, C., Volgger, B.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 457-457

Pregnancy in macroprolactinoma – a case report and literature review

Grubinger, E., Zervomanolakis, I., Mattle, V., Weinzierl, A., Brezinka, C., Wildt, L.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 437-438

Prenatal diagnosis, intrauterine course and outcome of two foeti with aneurysm of vein of Galen

Angerer-Dengg, M., Alge, A., Strobl, I., Ramoni, A., Egle, D., Reiter, G.,
Scheier, M.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 433-433

Pre-operative values of plasma fibrinogen as a predictive parameter in patients with epithelien ovary carcinoma – A Multicenter Study

Polterauer, S., Concin, N., Leipold, H., Husslein, H., Reinthaller, A., Hefler, L.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 265-265

Results of the randomized phase II trial of adjuvant anastrozole versus anastrozole plus fulvestrant in hormone-receptor-positive postmenopausal breast cancer patients with bone marrow micrometastasis (ABCSG trial 21).

Braun, S., Naume, B., Mueller, E., Janni, W., Marth, C., Gnant, MF.,
ABCSG-21 Investigators.,
CANCER RESEARCH: 2009; 69: S. 2975-2985

Successful outcome of pregnancy in torquierte retroversio uteri fixata

Grubinger, E., Ramoni, A., Brezinka, C., Trieb, T., Deetjen, C., Marth, C.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 437-437

The Importance of E2F3a in the EGFR mediated Proliferation in Ovarian cancer – Biological and clinical Relevance.

Reimer, D., Hubalek, M., Riedle, S., Skvortsov, S., Erdel, M., Concin, N., Fiegl, H., Muller-Holzner, E., Marth, C., Altevogt, P., Zeimet, AG.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 756-756

The new p53 splice variants p53 delta as independent prognostic marker in ovarian carcinoma

Hofstetter, G., Schuster, E., Berger, A., Wolf, A., Marth, C., Zeimet, A., Concin, N., Zeillinger, R.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 460-461

The number needed to treat (NNT) as a measure of drug efficacy: the case of zoledronic acid for early hormone-responsive breast cancer in the ABCSG-12 trial

Gnant, M., Mlineritsch, B., Schippinger, W., Luschin-Ebengreuth, G., Steger, G., Bjelic-Radicic, V., Jakesz, R., Kubista, E., Marth, C., Greil, R., Austrian Breast Colorectal Canc S.,
CANCER RESEARCH: 2009; 69: S. 1915-1915

The Significance of the stabilizing Effect of Lapatinib of HER-2 at Membrane surface of mamma respectively at ovarian cancer lines

Porto, V., Mutz-Dehbalaie, I., Rossler, J., Wiedemair, A., Sapinsky, A., Marth, C.,
GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE: 2009; 69: S. 266-266

7.2 Publikationen Endokrinologie

Publikationen

Mattle V, Wildt L

Buchbeitrag: Gynäkologische Endokrinologie in Rationelle Diagnostik und Therapie in Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel

herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie,
3. Auflage, 2009

Mattle V, Wildt L.

Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Ovarialinsuffizienz – ein Update. Teil 2: Hyperprolaktinämische und primäre Ovarialinsuffizienz.

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 2009

Mattle V, Seeber B, Zervomanolakis I, Frieß S, Grubinger E, Wildt L.

Pubertas tarda bei der Frau: Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie.

Journal für klinische Endokrinologie und Stoffwechsel, 2:17-22, 2009

Grubinger E, Wildt L, Mattle V.

Neue Aspekte in der Diagnostik und Therapie der Hyperprolaktinämie

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie,
6 (Sonderheft 1): 35-38, 2009

Hans Concin, Hubert Bösch, Peter Hintermüller, Thomas Hohlweg, Gerhard Mursch-Edlmayer, Bettina Pinnisch, Sigrid Schmidl-Amann, Gunda Schulz-Greinwald, Dagmar Unterlerchner, Teresa Wagner, Verena Mattle, Ludwig Wildt and Christian Fialal

Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system: an Austrian perspective

Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2009,
21 (Clinical Update 1): S1–S9 in press

Zervomanolakis I, Ott HW, Müller J, Seeber B, Mattle V, Virgolini E, Heute D, Wildt L.

Uterine mechanism of ipsilateral directed spermatozoa transport: Evidence for a contribution of the utero-ovarian countercurrent system.

European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology,
144, Suppl 1, 45-49;
May 2009

Seeber BE, Sammel MD, Fan X, Gerton GL, Shaunik A, Chittams J, Barnhart KT.
Proteomic analysis of serum yields six candidate proteins that are upregulated in a subset of women with endometriosis.
Fertility & Sterility, 2009, in press.

S.C. Friess, L. Wildt
Endokrine Regulation von Spätgravidität und Geburt bei der Frau
Med Report – DGE Gießen 03.2009

L. Wildt, S.C. Friess, V. Mattle, B. Seeber
POF – Premature ovarian failure
DGE – XII. Intensivkurs für Klinische Endokrinologie 11.2009

S. C. Friess, L. Wildt
Medikamentöse Therapie der Endometriose
MedMix 11.2009

Luef, G; Rauchenzauner, M; Bitsche, G, et al.
Effects Of Levetiracetam And Valproic Acid Monotherapy On Sex-Steroid Hormones In Prepubertal Children.
Conference Information: 63rd Annual Meeting of the American-Epilepsy-Society, Date: DEC 04-08, 2009 Boston MA
Source: EPILEPSIA Volume: 50 Pages: 242-243 Published: 2009

Petru, E; Wildt, L; Stummvoll, W, et al.
Consensus of the Austrian Society for Gynecology and Obstetrics/ Gynecologic Oncology Working Group Fertility, Contraception and Hormone Replacement Therapy in Oncologic Patients with Special Reference to Breast Cancer
Geburtshilfe und Frauenheilkunde Volume: 69 Issue: 12
Pages: 1071-1077 Published: 2009

Seeber, B; Faserl, K; Czech, T, et al.
Biomarkers of Endometriosis.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde Volume: 69 Issue: 8 Pages: 767-768
Published: 2009

Mattle, V; Kuntner, B; Seeber, B, et al.
Adrenal Enzyme defects and metabolic Disturbances in Polycystic Ovary syndrome (PCOS).
Geburtshilfe und Frauenheilkunde Volume: 69 Issue: 8 Pages: 768-768
Published: 2009

Leyendecker, G.; Wildt, L.; Mall, G.

The pathophysiology of endometriosis and adenomyosis: tissue injury and repair.

Archives of Gynecology and Obstetrics Volume: 280 Issue: 4 Pages: 529-538
Published: Oct 2009

Grubinger, E; Zervomanolakis, I; Mattle, V, et al.

Pregnancy in macroprolactinoma – a case report and literature review

Geburtshilfe und Frauenheilkunde Volume: 69 Issue: 5 Pages: 437-438
Published: 2009 Meeting Abstract: P17

Friess, SC; Seeber, BE; Wildt, L

Hirsutism in adolescence as clinical sign of adrenocortical tumour – a case report

Geburtshilfe und Frauenheilkunde Volume: 69 Issue: 5 Pages: 441-441
Published: 2009 Meeting Abstract: P30

Zervomanolakis, I; Foeger, S; Reifer, MS, et al.

Cancer treatment in childhood has lesser gonadotoxic effect than in adults: a retrospective study

Geburtshilfe und Frauenheilkunde Volume: 69 Issue: 5 Pages: 465-465
Published: 2009 Meeting Abstract: P123

7.

Elad, D; Wildt, L

Special Supplement: Reproductive Bioengineering 2008 Introduction

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology
Volume: 144 Pages: S1-S1 Published: 2009

Palacios S, Wildt L, Parke S, Machlitt A, Römer T, Blitzer J.

Efficacy and safety of a novel oral contraceptive based on oestradiol (oestradiol valerate/dienogest): a Phase III trial.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010. 149(1):57-62. Epub Dec 6 2009.

M. Sommergruber, A. Aburumieh, G. Dohr, W. Feichtinger, M. Hengstschläger, J. Huber, M. Moser, H. Pusch, S. Szalay, G. Tews, W. Urdl, L. Wildt, H. Zech, D. Spitzer

**Karzinomrisiko bei assistierter Reproduktion
Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für
Reproduktionsmedizin und Endokrinologie.**

Reproduktionsmed Endokrinol 2009; 6 (3)

Vorträge

Prof. Wildt

Eingeladener Redner auf 33 Kongressen mit 42 Vorträgen

Mattle V;

Die hormonelle Steuerung der Laktation und Milchbildung

Eingeladener Vortrag bei der VSLÖ-Fortbildung in Hall Nov. 2009

Mattle V, Seeber B, Grubinger E, Frieß SC, Wildt L

Chronische Opiatrezeptorblockade mit Naltrexon in der Reproduktionsmedizin

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2009, angemeldeter Vortrag bei der 25. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie;

Wissenschaftspreis der Firma Merck-Serono

Mattle V, Seeber B, Kuntner B, Witsch-Baumgartner M, Kraus-Kinsky E, Schulze E, Wildt L

Adrenale Enzymdefekte und Metabolische Störungen beim Polycystischen Ovarsyndrom

Vortrag bei der 21. Akademische Tagung deutschsprechender Hochschullehrer in der Gynäkologie und Geburtshilfe Sept. 2009

Mattle V, Kuntner B, Seeber B, Zervomanolakis I, Wildt L;

Brothers of women with polycystic ovary syndrome: insulin resistance and lipid profile

Human Reproduction, i73, June 2009. angemeldeter Vortrag bei der European Society of Human Reproduction and Embryology mit Pressekonferenz

Mattle V;

Differentialdiagnostik der Ovarialinsuffizienz – ein Update.

Winterfortbildung der Univ-Klinik für Frauenheilkunde, Feb 2009

Seeber B, Wildt L, Czech D, Kurzthaler H, Mattle V, Dieplinger H.

Afamin, a Vitamin E-Binding Protein in Metabolic Syndrome and PCOS.

OeGRM Annual Meeting, Salzburg, October 2009.

Seeber B, Faserl K, Czech T, Barnhart K, Dieplinger H, Golderer G, Lindner H, Wildt L.

Biomarker der Endometriose. XXI.

Akademische Tagung deutschsprechender Hochschullehrer in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck, September 2009.

Frieß SC

Schwangerschaft nach Tumorerkrankung und Ovarprotektion – ein Update

Sommerfortbildung der Universitätsfrauenklinik 2009, Pertisau 09.05.2009

Frieß SC

Fertilitätsprotektion im Kindes- und Jugendalter

Mittagsfortbildung Kinderklinik 06.2010

Frieß SC

Kontrazeption – neue Aspekte und Empfehlungen für die Praxis

Winterfortbildung der Universitätsfrauenklinik 2009, Längenfeld 28.11.2009

Poster

S. C. Friess, M. Bidlingmaier, L. Wildt, C. J. Strasburger

Placental Growth Hormone is acutely diminished by oral glucose load

5th International Symposium on Diabetes and Pregnancy Sorrent, Italien
03.2009

Stephanie C. Frieß, Beata E. Seeber, Ludwig Wildt.

Hirsutismus in der Adoleszenz als klinisches Zeichen eines adrenocorticalen Tumors – ein Case Report

Tagung der Tagung der ÖGGG, Wien 06.2009

7.

K. Winkler, S. Hofer, K.F. Murach, I. Berger, M. Drerup, L. Wildt,
I. Zervomanolakis

Establishment of a perfusion system for stimulation of murine ovarian tissue in vitro

Amsterdam, ESHRE 2009

Pressebeiträge

Weekend Magazin – Nuva-Ring Testimonial, Frieß S

Bezirksblatt – Kinderwunsch trotz Chemotherapie

Med Report – Endokrinologische Regulation von Spätgravidität und Geburt,
Frieß S und Wildt L

TT am Sonntag – Wechseljahre, Wildt L

TT – Pille danach, Tomovski C

TT – Kinderwunsch Informationsabend

TT – Pillenrisiko, Frieß S und Wildt L

TT am Sonntag – Hormone, Wildt L

ORF – Video über die Kryokonservierung von Ovargewebe

6020 – Kinderwunsch trotz Krebs

7.3 Laufende Studien

7.3.1 Mamma-Studien

| | Prüfarzt/-ärztin |
|--|--|
| ABCSG 15 – IBIS II DCIS Tamoxifen im Vergleich zu Anastrozol bei postmenopausalen Patientinnen mit intraduktalem Karzinom (DCIS – Milchgangskrebs) | OÄ Ramoni Prof. ⁱⁿ Taucher Prof. Marth OA Hubalek Dr. Egle OA Reimer |
| ABCSG 16 – SALSA-Studie Sekundär adjuvante Langzeitstudie mit Arimidex Eine prospektive, randomisierte, offene, multizentrische Phase III Studie zur Evaluierung der Wirksamkeit einer sekundären adjuvanten endokrinen Therapie mit Anastrozol für weitere 2 Jahre vs. weitere 5 Jahre bei Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom nach 5 Jahren primärer adjuvanter Therapie | OÄ Ramoni Prof. ⁱⁿ Taucher Prof. Marth OA Hubalek Dr. Egle OA Reimer |
| ABCSG 18 Studie A randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-center phase III study to determine the treatment effect of Denosumab in subjects with non-metastatic breast cancer receiving Aromatase inhibitor therapy | OA Hubalek Prof. Marth |
| ABCSG 22R Studie Registerstudie | Prof. Marth |
| ABCSG 23 – FACE Studie 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 Prof. ⁱⁿ Taucher Dr. Egle OA Reimer OA Hubalek |
| ABCSG 24 Randomisierte, multizentrische Phase III-Studie bei Patientinnen mit primären Mammakarzinom ohne Fernmetastasen im neoadjuvanten Setting mit 6 Zyklen Epirubicin/Docetaxel in Kombination mit Capecitabine + GCSF vers. 6 Zyklen Epirubicin/Doxetaxel + GCSF | Prof. Marth Prof. ⁱⁿ Taucher Dr. Egle OA Reimer OA Hubalek |

ABCSG 25

A randomized phase III study comparing biweekly and tailored epirubicin + cyclophosphamide followed by biweekly tailored docetaxel (dtEC>dtT) (A-Arm) vs. three weekly epirubicin + cyclophosphamide, 5-Fluorouracil followed by docetaxel (FEC>T) (B-ARM) in lymph node positive breast cancer patients – a continuation of the feasibility part of the SBG 2004-1 study

Prof. Marth
Prof.ⁱⁿ Taucher
OA Hubalek

ABCSG 27 – BEATRICE Studie

An international multi-center open-label 2-Arm phase III trial of adjuvant Bevacizumab in “triple negative” breast cancer

Prof. Marth
OA Hubalek

ABCSG 29 – NATAN Studie

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

OA Hubalek
Prof. Marth

ABCSG 30 – BETH Studie

Eine multizentrische, randomisierte Phase III Studie, die ein Transtuzumab basiertes Therapieregime mit oder ohne Bevacizumab in der adjuvanten Therapie für Patientinnen mit HER2-positivem Brustkrebs vergleicht

Prof. Marth
OA Hubalek

7.

AMG 136 Phase III

A Randomized , Double-Blind, Multicenter Study of Denosumab Compared with Zoledronic Acid (Zometa) in the Treatment of Bone Metastases in Subjects with Advanced Breast Cancer

Prof. Marth
Prof.ⁱⁿ Taucher
Dr. Egle
OA Reimer
OA Hubalek

AMG 386 Studie

A randomized, 4-Arm, placebo-controlled phase II trial of AMG 386 in combination with Bevacizumab and Paclitaxel of AMG 386 plus Paclitaxel as first-line therapy in subjects with HER2-negative, metastatic or locally recurrent breast cancer

OA Hubalek
Prof. Marth

ATHENA Studie

Avastin Therapy for advanced breast cancer
Open-label study of bevacizumab (AVASTIN) plus taxane monotherapy or in combination for the first-line treatment of patients with locally recurrent or metastatic breast cancer

Prof. Marth
Prof.ⁱⁿ Taucher
Dr. Egle
OA Reimer
OA Hubalek

| | Prüfarzt/-ärztin |
|--|---|
| <p>CA163-139 Ixabepilone Studie Randomized phase II of Ixabepilone alone and Ixabepilone plus Cetuximab as first-line treatment for female subjects with triple negative (ER,PR, HER2 neg) locally advanced non-resectable and/or metastatic breast cancer</p> | <p>Prof. Dr. Marth OA Hubalek</p> <p>Beendet 2009</p> |
| <p>PEACE Studie Pan European Advanced Breast Cancer Cohort Study</p> | <p>Prof. Dr. Marth</p> <p>Beendet 2009</p> |
| <p>Early Relapser ML22056. A singel arm, open-label, phase II study to evaluate the safety and efficacy of first-line trastuzumab and bevacizumab combination treatment with addition of capecitabine of docetaxel for second-line therapy in patients with early relapsing, HER2-positive locally recurrent or metastatic breast cancer previously treated with adjuvant trastuzumab</p> | <p>Prof. Marth OA Hubalek</p> |
| <p>STRIDE Studie A randomized, double-blind, controlled phase III study of Stimuvax (L-BLP25 or BLP25 liposome vaccine) in combination with hormonal treatment versus hormonal treatment alone for first-line therapy of post-menopausal women with estrogen receptor (ER)-positive and/or progesterone receptor (PgR)-positive, inoperable locally advanced, recurrent , or metastatic breast cancer</p> | <p>Prof. Marth OA Hubalek</p> |
| <p>JAVLOR Studie A phase III trial of vinflunine versus an alkylating agent in patients with metastatic breast cancer previously treated with or resistant to an anthracycline, a taxane, an antimetabolite and a vinca-alkaloid.</p> | <p>Prof. Marth OA Hubalek</p> |

7.3.2 Gynäkologische Studien

| | Prüfarzt/-ärztin |
|--|--|
| <p>AGO 08 – CALYPSO GCIG-Intergroup Studie A multi-national, randomized, phase III, GCIG Intergroup study comparing CARELYX and Carboplatin vs. Paclitaxel and Carboplatin with epithelial ovarian cancer in late relaps (> 6 months) Projektmanagement: AGO-Studienzentrale</p> | Prof. Zeimet Prof. Marth OÄ Volgger |
| <p>AGO 09 – TARCEVA GCIG-Intergroup Studie A randomized, multicenter, phase II study of Erlotinib (TARVEVA) versus observation in patients with no evidence of disease progression after first-line, platinum-based chemotherapy for high risk stage I and stage II-IV ovarian epithelial, primary peritoneal, or fallopian tube cancer Projektmanagement: AGO-Studienzentrale</p> | Prof. Marth Prof. Zeimet OÄ Volgger Dr. ⁱⁿ Jerabek |
| <p>AGO 10 – MoycetGemzarRandom Randomized Phase II AGO-Study comparing combined liposomal doxorubicin (Myocet) and gemcitabine (Gemzar) with liposomal doxorubicin (Myocet) monotherapy in platinum-refractory and platinum-resistant epithelial cancer of the ovary, fallopian tube, and the peritoneum Projektmanagement: AGO-Studienzentrale</p> | Prof. Marth Prof. Zeimet OA Reimer |
| <p>AGO 12 – FAME-ENDO Women with asymptomatic post-menopausal endometrial hyperplasia Projektmanagement: Abt. für Allgem. Gyn. und gynäkol. Onkologie, Frauenklinik AKH Wien</p> | OÄ Volgger OÄ Ciresa-König |
| <p>AGO 14 – CERVIX A prospective, randomized phase III study to compare the effects of Paclitaxel and Topotecan to those of Cisplatin and Topotecan for treatment of patients with recurrent and persistent cervical cancer Projektmanagement: AGO-Studienzentrale</p> | Prof. Marth Prof. Zeimet OÄ Volgger OA Reimer |

AGO 15 – MYOCET

Phase II multicenter trial of the Austrian AGO of the combination of liposomal Doxorubicin (Myocet®) and Carboplatin in primary advanced or metastatic and recurrent endometrial cancer

Prof. Marth
Prof. Zeimet
OÄ Volgger
Dr. Egle

AGO 16 – IP-Therapie

Register zur Dokumentation der intraperitonealen Chemotherapie des primären epithelialen Ovarialkarzinoms

Prof. Marth
Prof. Zeimet
OÄ Volgger
Dr.ⁱⁿ

Projektmanagement: AGO-Studienzentrale

Weissenböck

AGO 17 – HECTOR

Topotecan plus Carboplatin im Vergleich zur Standardtherapie (Paclitaxel plus Carboplatin oder Gemcitabin plus Carboplatin) in der Therapie von Patientinnen mit Platin-sensitivem rezidierten epithelialen Ovarialkarzinom, Peritonealkarzinom oder Tubenkarzinom

Prof. Zeimet
Prof. Marth
OÄ Volgger

Projektmanagement: AGO-Studienzentrale

AGO 21 – AGO-Ovar-16/VEG110655

GCIG-Intergroup Studie
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
Prof. Zeimet
OA Reimer

Projektmanagement: GSK in Zusammenarbeit mit der AGO-Studienzentrale

AGO 22 – PaLiDo

Panitumumab and pegylated liposomal doxorubicin to platinum-resistant epithelial ovarian cancer with KRAS wild-type

Prof. Marth
Prof. Zeimet
OA Reimer

Projektmanagement: AGO-Studienzentrale

AGO 24 – AGO Ovar 12 / BI 199.15

GCIG-Intergroup Studie
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
Prof. Zeimet
OA Reimer

Projektmanagement: Boehringer Ingelheim in Zusammenarbeit mit der AGO-Studienzentrale

Prüfarzt/-ärztin**EPCAM Fresenius**

Multicenter, single-arm, phase II study of the tri-functional antibody catumaxomab (anti-EpCAM x anti-CD3) administered intra- and postoperatively in patients with epithelial ovarian cancer

Prof. Marth
Prof. Zeimet
OA Reimer

CASIMAS

Two-arm, randomized, open-label, phase IIIb study investigating the safety of 3 hour i.p. infusion of catumaxomab with and without prednisolone premedication in patients with malignant ascites due to epithelial cancer

Prof. Marth

7.3.3 Geburtshilfliche Studien

Prüfarzt/-ärztin**PREDICT**

Randomisierte multizentrische Studie über Effektivität von vaginal verabreichtem Progesteron zur Vorbeugung der Frühgeburtlichkeit bei Zwillingsschwangerschaften

OA Scheier
OÄ Ramoni
Dr.ⁱⁿ Strobl

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

Pentraxin 3: discriminative and quantitative biomarker of endothelial dysfunction in normal pregnancy and women destined to develop preeclampsia

OÄ Ramoni

7.3.4 Studienpatientinnen

| Eingebrachte Patientinnen – Mamma-Studien | gesamt |
|--|---------------|
| ABCSG 15 DCIS-IBIS | 3 |
| ABCSG 16 SALSA | 20 |
| ABCSG 18 | 22 |
| ABCSG 22R | 23 |
| ABCSG 25 | 12 |
| ABCSG 27 Beatrice | 3 |
| ABCSG 29 NATHAN | 4 |
| ABCSG 30 BETH | 5 |
| AMG 386 III | 2 |
| neu eingebracht 2009 | 93 |
| Laufend in Therapie/FU | 279 |
| Gesamt Mamma-Studien-Patientinnen 2009 | 665 |

| Eingebrachte Patientinnen – Gynäkologie-Studien | gesamt |
|--|-----------|
| AGO 12 Fame-Endo | 20 |
| AGO 14 Cervix | 1 |
| AGO 15 Myozet | 1 |
| AGO 16 IP-Therapie | 9 |
| AGO 17 Hector | 3 |
| AGO 22 PaLiDo | 1 |
| neu eingebracht 2009 | 35 |
| Gesamt Gyn-Studien-Patientinnen 2009 | 93 |

| Eingebrachte Patientinnen – Geburtshilfe-Studien | gesamt |
|---|--------------|
| Pentraxin | 57 |
| HELLP-Präeklampsie | 490 |
| Fossa Posterior | 612 |
| Bestimmung fetale Blutgruppe im ersten Trimenon | 25 |
| Lichtstudie | 31 |
| neu eingebracht 2009 | 1.215 |
| Gesamt Geburtshilfe-Studien-Patientinnen 2009 | 1.303 |

| | |
|---|--------------|
| Studienpatientinnen Klinik Gynäkologie u. Geburtshilfe | gesamt |
| Gesamt neu eingebracht 2009 | 1.343 |
| Gesamt Studienpatientinnen 2009 | 2.061 |

7.

7.3.5 Endokrinologische Studien

| Laufende Studien | Prüfarzt Prüfärztin | Aktueller Stand |
|--|---|---------------------------------------|
| Angeliq – low dose Studie (Schering) | Dr. ⁱⁿ Ruth-Egger Dr. ⁱⁿ Grubinger | läuft |
| A Twenty- Four Week, Randomized , Double, Placebo- controlled, Safety and Efficacy trial of Flibanserin 50 mg daily and 100 mg daily in premenopausal European Women with hypoactiv Sexual Desire Disorder (Boehringer Ingelheim France) | Dr. ⁱⁿ Grubinger | Rekrutierung offen bis Mai 2008 |
| ACTH Test und Molekulargenetik zur Diagnose des heterozygoten CYP-21 Hydroxylasemangels (gemeinsam mit Frau a.o. Prof. Dr. Witsch-Baumgartner, Humangenetik) | Dr. ⁱⁿ Mattle | Rekrutierung offen |
| Diagnostik bei habituellen Aborten, gemeinsam mit a.o. Prof. Reider, Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck | Dr. ⁱⁿ Mattle | Rekrutierung offen |
| Vergleich zwischen Ultraschall u. DEXA-Methode zur Bestimmung der Knochendichte | OÄ Frieß | Rekrutierung offen |
| Nachweis von Insulinresistenz bei Brüdern von PCOS Patientinnen | Dr. ⁱⁿ Mattle | Rekrutierung abgeschlossen |
| Afamin measurements in PCOS and Metabolic Syndrome | OÄ Seeber | |
| Comparison of methods to test for Insulin Resistance in PCOS | OÄ Seeber | |
| Bayer health care AG: eu cycle control study #13082: multi-center, open-label, randomized, parallel-group comparison of cycle control, lipid and carbohydrate metabolism of the transdermal contraceptive patch containing 0.55 mg ethinylestradiol and 2.1 mg gestodene in a 21-day regimen vs. a comparator patch evra in a 21-day regimen for 7 cycles in 400 women | Prof. Wildt OÄ Frieß Dr. ⁱⁿ Mattle Dr. ⁱⁿ Tomovski | |

| Laufende Studien | Prüfarzt Prüfärztin | Aktueller Stand |
|--|------------------------|-------------------------|
| Kryokonservierung von Ovargewebe zum Fertilitätserhalt nach Chemo-/Radiotherapie | OÄ Frieß | Ethikantrag eingereicht |

7.4 Präklinische Projekte

| Projekttitel | ProjektleiterIn |
|---|---|
| Klinische Relevanz von p53 und p73 Isoformen beim Ovarialkarzinom | Concin Hofstetter Berger |
| Nachweis tumor-assoziiertes RNA in Knochenmark und Blut bei Mammakarzinom-Patientinnen | Marth Daxenbichler |
| Nachweis und Charakterisierung von Ovarialkarzinom-Tumorstammzellen | Reimer Zeimet |
| Expression der E2F Transkriptionsfaktorfamilie(E2F-TFs) in Tumorzelllinien und ihre Rolle bei EGF-vermittelten Effekten | Reimer Zeimet |
| Identifikation von Mutationen in Genregionen für Mp1 und p14 beim Mammakarzinom | Kronenberg Huber Hubalek Müller-Holzner Daniaux |
| To use DNA methylation based biomarkers to evaluate the capacity to detect preclinical relapse of disease, as a function of time before clinical diagnosis of relapse | Laird Marth |
| Korrelation zwischen Mesothelin und CA 125 im Ovarialkarzinom | Porto Mutz |
| Die Brust als endokrines Organ | Daxenbichler Baur |
| Micro-RNAs im normalen und malignen Endometrium | Hubalek |
| miRNA-Nachweis aus dem Serum von Tumorpatienten | Hubalek Fiegl |
| Die Rolle des Progesteron in der Brust | Daxenbichler Kizilboga |

7.

| Projekttitlel | ProjektleiterIn |
|---|--------------------------------|
| Identification of novel methylation biomarkers – a possible strategy for melanoma risk assessment | Fiegl |
| TLR9 mediated effects on breast cancer cells by means of extracellular DNA | Fiegl |
| Identification of potential targets for individualization of therapy in Tamoxifen resistant breast cancer | Fiegl |
| K1 Projekt „Oncotyrol“ : Personalized treatment of cancer patients | Marth Fiegl Daxenbichler |
| L1 kleinzellige/neuroendokrine Cervixcarcinome | Jerabek-Klestil |
| In-vitro-Bioaktivität von Östrogen im Serum | Hofer |
| Biomarkers of Endometriosis, a Proteomics Approach | Seeber |
| In-vitro-Perifusion und Stimulation der Follikelreifung in Mausovarien | Hofer Frieß |

8. Lehre

8.1 Lehrangebot im WS 2008/2009 und SS 2009

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, Wissenschaftliche MitarbeiterInnen |
|---|--|
| Geburtshilflich gynäkologische Klinik (Hauptvorlesung) | Marth, Wildt |
| Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe | Bergant |
| Gentherapie und Immuntherapie in der gynäkologischen Onkologie | Zeimet |
| Geburtshilfliches gynäkologisches Praktikum | Abfalter, Alge, Angerer-Dengg, Bergant, Brezinka, Egle, Jerabek-Klestil, Mattle, Mutz-Dehbalaie, Reimer, Seeber, Sölder, Weinzierl, Weiskopf-Schwendinger, Widschwendter, Zauner, Zeimet |
| Geburtshilfliches Internat | Abfalter, Alge, Angerer-Dengg, Bergant, Brezinka, Egle, Jerabek-Klestil, Mattle, Mutz-Dehbalaie, Reimer, Seeber, Sölder, Weinzierl, Weiskopf-Schwendinger, Widschwendter, Zauner, Zeimet |
| Labormethoden im Rahmen der praktischen Gynäkologie | Daxenbichler, Müller-Holzner |
| Privatissimum für Dissertanten | Bergant, Daxenbichler, Marth, Wildt, Zeimet |
| Modul 2.07: Endokrines System: Gyn. Endokrinologie/Zwischenklinik | Wildt |
| Modul 2.32: Werdendes Leben | Marth, Wildt |

| Titel der Lehrveranstaltung | VortragendeR, Wissenschaftliche MitarbeiterInnen |
|--|---|
| Modul 3.13 „Gynäkologie und Geburtshilfe“ | Abfalter, Alge, Angerer-Dengg, Bergant, Brezinka, Egle, Jerabek-Klestil, Mattle, Mutz-Dehbalaie, Reimer, Seeber, Sölder, Weinzierl, Weiskopf-Schwendinger, Wildt, Widschwendter, Zauner, Zeimet |
| Special Lecture: Aging of the female reproductive tract (VS) | Bergant |
| Reproduction medicine and endocrinology (KF) | Wildt |
| Literaturkolloquium Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | Wildt |
| Spezielle Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | Wildt |
| Gynäkopathologie | Müller-Holzner |

| Titel der Lehrveranstaltung | Anzahl StudentInnen |
|------------------------------------|----------------------------|
| Gynäkologisches Praktikum alt+neu | 687 |
| Geburtshilfliches Internat | 64 |
| Famulaturen | 55 |
| Rigoroosenprüfungen | 179 |
| EAP-Prüfungen | 78 |

8.2 Dissertationen/Diplomarbeiten

2009 wurden folgende Dissertationen und Diplomarbeiten an der Frauenheilkunde fertiggestellt:

| Name (alphabetisch) | BetreuerInnen | Dissertation |
|-------------------------------|--------------------------------------|---|
| Knoll, Elisabeth | Marth Christian Schöllner Thomas | Vergleich von Vaginalrekonstruktionen in Innsbruck von 1970 bis heute: Bedarf es einer neuen Operationsmethode? |
| Neuner, Valentina | Ramoni Angela Zeimet Alain G. | Zustand nach Konisation – ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit? |
| Tiefenbacher, Katharina | Daxenbichler Günther Wildt Ludwig | Die Rolle der Androgene in der weiblichen Brustdrüse |

| Name (alphabetisch) | BetreuerIn | Diplomarbeit |
|-------------------------------------|--|--|
| Castellan, Maria | Wildt Ludwig Zervomanolakis Ioannis | Trombophilie bei habituellen Aborten |
| Flügel, Barbara Agnes | Wildt Ludwig | First Love Ambulanz Innsbruck: eine retrospektive Analyse der ersten 15 Monate |
| Gaßner, Andrea | Marth Christian Strobl Isolde | Verminderte Herzfunktion bei Frauen nach Präeklampsie: eine echokardiographische Beurteilung mittels Tei Index |
| Huemer, Doris | Marth Christian | Lichen sclerosus vulvae |
| Klaassen Feder- spiel, Frederike | Brezinka Christoph | Praxis der Pille danach |
| Lindinger, Karin | Brezinka Christoph | Diagnostik und geburtshilfliches Management der Schwangerschaftscholestase |

| Name (alphabetisch) | BetreuerIn | Diplomarbeit |
|-------------------------------|--|--|
| Lunger, Alexander | Wildt Ludwig | Effekte der topischen Anwendung von Glycyrrhizinsäure auf das Unterhautfettgewebe bei gesunden Probanden und PCOS-Patientinnen: eine Pilotstudie |
| Oberhammer, Romana | Scheier Matthias | Der Einfluss der Wachstumsrestriktion auf die Prognose von frühgeborenen Kindern |
| Pann, Raphaela | Marth Christian Windbichler Gudrun Strobl Isolde | Der mütterliche Teil-Index Jahre nach einem HELLP-Syndrom |
| Plankensteiner, Evi | Marth Christian Windbichler Gudrun Strobl Isolde | Der mütterliche Teil – Index während Einlingsschwangerschaften und Zwillingschwangerschaften |
| Pöcherstorfer, Sonja | Wildt Ludwig | Anwendung der intrauterinen Insemination in der Kinderwunschbehandlung |
| Raffeiner, Elisabeth | Brezinka Christoph | Betreuung von HIV-positiven Schwangeren und ihrer Neugeborenen in Österreich und Italien |
| Rastner, Anna | Brezinka Christoph | Die Eklampsie im Kontext der heutigen Geburtshilfe |
| Rauch, Stephanie | Marth Christian | Konisation bei Portiodysplasie: ein Vergleich zwischen Österreich und Argentinien |
| Reifer, Maria-Stephanie | Wildt Ludwig | Einfluss einer Radiatio im kleinen Becken auf die Ovarfunktion von Patientinnen im reproduktivem Alter: eine retrospektive Studie |
| Ritter, Magdalena Amelie | Widschwendter Andreas Kropshofer Stephan | Evaluierung zytologischer Veränderungen unter antiviraler Therapie |

| Name (alphabetisch) | BetreuerIn | Diplomarbeit |
|-------------------------------|--------------------|--|
| Schnauder, Irene | Hofer Susanne | Bioaktivität von Östrogen: Etablierung eines Hefe basierenden in vitro Assays |
| Steinhäuser, Anne-Elisabeth | Wildt Ludwig | Evaluierung eines in-vitro Messsystems für die Bioaktivität von Östradiol im Serum |
| Tauber, Eva Maria | Brezinka Christoph | Tierbisse und Insektenstiche in der Schwangerschaft |
| Wiplinger, Daniela | Zeimet Alain G. | Neoadjuvante Chemotherapie beim Mammakarzinom: gesamt- und rezidivfreies Überleben unter Berücksichtigung der pathologischen Remissionsraten und Auswirkungen auf die Brusterhaltung |
| Zimmermann, Stephanie | Bergant Anton | Einfluss der Adipositas auf das Risiko gynäkologischer Malignome |

9. Fortbildungen

9.1 Montagskonferenzen

| Datum | ReferentIn | Titel |
|----------|---------------------------------|---|
| 12.01.09 | S. Navarro-Psihas | Sauerstoff beim Neugeborenen |
| 19.01.09 | A. Ciresa-König | Fehlermeldungen |
| 26.01.09 | H. Fiegl | DNA-Methylierung bei Mamma-Ca |
| 02.02.09 | C. Marth | Kongressberichte 2. Teil |
| 23.02.09 | V. Weiskopf-Schwendinger | Leitlinien der Episiotomie |
| 02.03.09 | C. Brezinka | Evidenced based medicine |
| 16.03.09 | S. Kropshofer | Labienhypertrophie |
| 23.03.09 | L. Wildt | Endokrine Erkrankungen in der Schwangerschaft |
| 30.03.09 | A. Widschwendter, C. Jansen-Dür | Vorstellung Studie „HPV“ |
| 27.04.09 | C. Gassner | Rhesusfaktor:Klassifizierung von D-Varianten |
| 04.05.09 | G. Putz | Schmerztherapie intrapartal |
| 11.05.09 | F. Preishuber | Fehlermanagement |
| 18.05.09 | R. Stauder, F. Valentiny | PRÄ-OP Studie: preoperative risk estimation for onco-geriatric patients |
| 08.06.09 | B. Rudisch | Patientenverfügung |
| 15.06.09 | M. Frick | Grundlagen der Wissenschaftstheorie |
| 22.06.09 | C. Marth | Endometriumkarzinom – Inzidenz und Mortalität in Österreich |
| 29.06.09 | G. Windbichler | Fallbericht Transplantation und Schwangerschaft |
| 06.07.09 | P. Paal | Kardiopulmonale Reanimation bei onkologischen PatientInnen- Pro und Contra“ |
| 03.08.09 | B. Häussler | Meningo-Myelocelen |
| 10.08.09 | U. Kiechl-Kohlendorfer | Outcome von Frühgeborenen |

| Datum | ReferentIn | Titel |
|--------------|-----------------------------|--|
| 14.09.09 | S. Braun | Erythropoietine und Gynäko-Onkologie |
| 28.09.09 | A. Ramoni, S. Rost | Nabelschnurblutabnahme |
| 05.10.09 | A. Ramoni, F. Preishuber | Fehlermanagement |
| 19.10.09 | N. Net | Alternativen zur Hormonersatztherapie |
| 02.11.09 | A. Genuin | Risikomanagement |
| 09.11.09 | M. Hutterer | Meningiosis carcinomatosa |
| 16.11.09 | A. Widschwendter | Vorstellung Projekt „Labienthypertrophie“ und Update Leitlinien „Zytologie“ |
| 07.12.09 | O. Huter, F. Preishuber | Fehlermanagement |
| 14.12.09 | M. König | Hebammenlehrgang |

9.2. Fach-Fortbildungen

| Datum, Thema | ReferentInnen | Titel |
|---|---------------------------|--|
| 15.01.09 Winterfortbildung Mamma  | D. Karall | Auswirkungen von Stillen auf kindliche und mütterliche Gesundheit |
| | M. Hubalek | Mastitis puerperalis/non puerperalis |
| | L. Wildt | Sexualität und Kontrazeption nach der Schwangerschaft |
| 05.02.09 Winterfortbildung Endokrino | I. Zervomanolakis | Karzinomrisiko nach Stimulation in der Anamnese |
| | V. Mattle | Update – Differenzialdiagnostik der Ovarialinsuffizienz |
| | A. O. Mück, Tübingen | Update HRT |
| 06.-07.02.09 Sonographie und interdisziplinäre Beratung im ersten Trimenon der Schwangerschaft  | B. Pertl, Graz | Nackentransparenz und chromosomale Störungen |
| | K. Nicolaides, London | New Markers in the Assessment of Chromosomal Abnormalities |
| | E. Krامل-Bettelheim, Wien | Erhöhte Nackentransparenz bei normalem Karyotyp |
| | R. Baumann-Hölzle, Zürich | Beratung und Pränataldiagnostik: Ethische Perspektiven und Qualitätsstandards |
| | B. Maier, Salzburg | Marginalisierung ärztlicher Beratung und Maximierung ärztlicher Haftung – ein ethisches Konfliktfeld |
| | C. Brezinka | Arzthaftungs-Verfahren nach Pränataldiagnostik in Österreich: von der Schlichtungsstelle bis zum OGH |

| Datum, Thema | ReferentInnen | Titel |
|--|-----------------------------------|--|
| | M. Pacher | „... ich möchte das alles möglichst schnell hinter mich bringen“ Erfahrungsbericht zur Beratung von Frauen und Paaren vor, während und nach pränataler Diagnostik |
| | A. Alge, C. Specht D. Egle | Darstellung und Messtechnik Nackentransparenz, Nasenbein, Tricuspidalregurgitation, A. uterina und FMF Winkel |
| | I. Strobl | Sonoanatomie |
| | A. Ramoni | Pathophysiologie der erhöhten Nackentransparenz |
| | M. Scheier | Mehrlingsschwangerschaft |
| 24.04.09 Newborn Life Support | S. Navarro-Psihas | Praxis – Workshop – Szenario-training |
| 24.-25.04.09 3. Österr. Intensivkurs Gynäkolog. Endo-krinologie u. Reproduktions- medizin | J. Zschocke, Innsbruck | Genetik in der Gynäkologie und Reproduktionsmedizin |
| | I. Zervomanolakis | Ovarprotektion und Fertilitätserhalt bei malignen und benignen Erkrankungen |
| | R. Wenzl, Innsbruck | Endometriose – State of the Art und Einfluss der Ernährung |
| | E. Sölder | Kinder- und Jugendgynäkologie |
| | L. Wildt | Kontrazeption bei Risikopatientinnen |
| | J. Hensen, Hannover | Die Schilddrüse in der Reproduktionsmedizin |
| | L. Wildt, D. Klingmüller, Bonn | Testosteronsubstitution bei Frau und Mann |
| | K. Walch, Wien | Therapieoptionen beim PCO |
| | C. Brezinka | Ultrasonographie in der Reproduktionsmedizin |



| Datum, Thema | ReferentInnen | Titel |
|--|--------------------|--|
| | H. Concin, Bregenz | Mirena bei Jugendlichen und Nullipara |
| | P. Licht, Nürnberg | Evidenzbasierte Fortpflanzungsmedizin |
| | C. Brezinka | Off label use – Medikation in der Reproduktionsmedizin |
| | C. Tempfer, Wien | Abortus habitus – Diagnostik und Therapie |
| <p><i>Jubiläumssymposium „35 Jahre Endokrinologie“ aus Anlass des 60. Geburtstags von Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt</i></p> | | |

**09.05.09
Sommerfortbildung 09**



| | |
|--------------------------------|--|
| A. G. Zeimet | Wie sinnvoll ist die regelmäßige Nachsorge bei gynäkologischen Malignomen? |
| C. Marth | Neue Therapiestrategien beim Ovarialkarzinom |
| D. Reimer | Endometriumkarzinom: Neuer Standard in der adjuvanten Therapie |
| L. Wildt | Endokrine Erkrankungen in der Schwangerschaft |
| S. Frieß, I. Zervomanolakis | Schwangerschaft nach Tumorerkrankung und Ovarprotektion – ein Update |
| C. Fauth | Genetik in der Reproduktionsmedizin |
| H. Auer, I. Strobl | Toxoplasmoseinfektion in der Schwangerschaft: Erreger, Infektion, Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Folgen für das Kind |
| A. Ramoni | Update Progesteron als Frühgeburt prophylaxe |
| M. Scheier | Neue sonographische Parameter in der Überwachung von Gemini |

| Datum, Thema | ReferentInnen | Titel |
|--|---------------------------|---|
| 17.06.09 10. Post-ASCO  | H.-G. Meerpohl, Karlsruhe | Ovarialkarzinom, First-Line-Therapie |
| | J. Sehouli, Berlin | Ovarialkarzinom, Second-Line-Therapie |
| | S. Kümmel, Essen | Zervixkarzinom |
| | R. Kimmig, Essen | Korpuskarzinom |
| | A.O. Mück, Tübingen | Hormonsubstitution bei der Frau und Einfluss auf die Krebsentstehung – Was ist wirklich dran? |
| | J.-U. Blohmer, Berlin | Neoadjuvante Ansätze |
| | D. Elling, Berlin | Adjuvante Therapien |
| | H.-J. Lück, Hannover | Metastasiertes Mammakarzinom |
| | D. Lüftner, Berlin | Neue molekularbiologische Therapien |

25.-26.09.09
XXI. Akademische Tagung deutsch-sprechender Hochschullehrer in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Vorträge zu allen Bereichen der Frauenheilkunde



9.

15.-17.10.09
13. Onkologischer Alpengipfel Loas



D. Reimer

E2F3a is essential for EGF mediated proliferation in ovarian cancer – molecular background and clinical relevance

M. Hubalek

miRNAs and EGF in malignancy

| Datum, Thema | ReferentInnen | Titel |
|---------------------|-------------------------|--|
| | V. Porto | Relevance of stabilizing effect of Lapatinibon HER2 in breast and ovarian cancer |
| | L. Wildt | Endocrinologicalaspects of EGF signaling |
| | D. Wolf, Innsbruck | Proteins of the HER2 family as targets for cancer immunotherapy |
| | R. Reitsamer, Salzburg | The EGFR-family signaling network |
| | S. Iacobelli, Rom | Mechanisms of resistance to anti-HER2 drugs in breast cancer |
| | H. Zwierzina, Innsbruck | Development of Biomarkers in EGFR-targeting therapy strategies |
| | E. Petru, Graz | Anti-Her2 therapy and cardiotoxicity |
| | T. Fehm, Tübingen | HER2 in disseminated tumor cells |
| | M. Bates, San Francisco | Subtypes of HER2-positive metastaticbreast cancer delineated by quantification of HER2, HER3 and p95 |
| | M. Fogel, Tel Aviv | L1 expression in ovarian and endometrial carcinomas: From bench-to-bedside |
| | P. Altevogt, Heidelberg | Ovarian cancer –Serum exosomesin malignant ascites |
| | L. Huber, Innsbruck | ONKOTYROL –Center of personalized Cancer medicine”– A few examples of our work and how we operate. |
| | R. Merkel, Berlin | Research on Human EmbryonicStemCells-Legal and Ethical-Foundationsand Limits |

| Datum, Thema | ReferentInnen | Titel |
|--|--|---|
| 05.11.09 Neue Therapieoptionen bei gynäkologischen Tumoren | P. Zintl, Madrid | Neue onkologische Behandlungsmöglichkeiten mit Wirkstoffen marinen Ursprungs |
| | D. Reimer | Management fortgeschrittener uteriner Leiomyosarkome anhand von Fallbeispielen |
| | A. G. Zeimet | Rezidivtherapie des Ovarialkarzinoms – Chirurgische und medikamentöse State of the Art Therapie |
| 20.-21.11.09 20. Jahrestagung AUB | C. Marth | Trabectedin: Eine neue Therapieoption beim Ovarialkarzinom |
| | U. Peschers, München | Stressinkontinenz |
| | O. Preyer, Wien | Urgeinkontinenz – Overactive Bladder |
| | S. Kropshofer | Deszensus – Prolaps – Meshes |
| | W. Umek, Wien | Diagnostik |
| | R. Thakar, London | “Sexual function and the Urogynaecologist” |
| | E. Hanzal, Wien | Zertifizierung nach MKÖ |
| U. Peschers, München | Zertifizierungen in der Urogynäkologie in Deutschland und Europa | |
| 28.11.09 Gemeinsame Fortbildung Universitätsklinik + Fachgruppe | D. Kölle, Schwaz | Sinn und Unsinn von Zertifizierungen – die Haltung der AUB |
| | S. Elnekheli, Wien | Sexuelle Mythen und deren Auswirkungen. Diagnose und Therapie von krankmachenden Mustern |



| Datum, Thema | ReferentInnen | Titel |
|--|---|--|
|  <p>Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck und der Fachgruppe für Gynäkologie Tirol</p> <p>Transvaginal Sonographie – Sexualmedizin – Endokrinologie</p> <p>28. November 2009</p>  | D. Dörfler, Wien | Ein Update zu den sexualmedizinischen und sexualtherapeutischen Ansätzen. Klinische Sexologie, Approche Sexocorporelle, ein neuer Weg? |
| | S. Kropshofer | Von der genitalen Mutilation zur Labienreduktionsplastik |
| | C. Brezinka | Beurteilung der Fertilität im Ultraschall |
| | D. Timmerman, Belgien | Der suspekte Adnexbefund im Ultraschall – Beurteilungskriterien und Konsequenzen |
| | L. Wildt | Endokrine Diagnostik und Therapie in der Praxis |
| | H. Kuhl, Frankfurt/Main | HRT update – a never ending story |
| | S. Frieß | Kontrazeption – neue Aspekte und Empfehlungen für die Praxis |
| | M. Herold, Innsbruck | Postmenopausale Osteoporose |
| | C. Marth | Osteo-Onkologie |
| | 11.-12.12.09 Die Mehrlingschwangerschaft | B. Pertl, Graz |
|  | P. Kuhn, Bern | Chorionizität |
| | K. Nicolaides, London | Screening for chromosomal abnormalities, preeclampsia and TTTS |
| | E. Hafner, Wien | Wachstumskordanz im ersten Trimenon |
| | W. Arzt, Linz | Invasive Eingriffe |

| Datum, Thema | ReferentInnen | Titel |
|--------------|-----------------------------|---|
| | C. Brezinka | Aufklärung und haftungsrechtliche Aspekte bei der Betreuung der Mehrlingschwangerschaft |
| | M. Scheier | TTTS, TRAP, TAPS, sIUGR & single IUD |
| | F. Verdi, Bozen | Frühgeburt: Epidemiologie und Ursachen |
| | A. Ramoni | Progesteron |
| | I. Strobl | Cerclage und Antibiotika |
| | D. Egle | Tokolyse und Bettruhe |
| | E. Krampfl-Bettelheim, Wien | Sonderfall: Monoamniotische Zwillingsschwangerschaft |
| | D. Schlembach, München | Präeklampsie |
| | P. Husslein, Wien | Zeitpunkt, Modus, Komplikationen |

10. Pressespiegel

| Datum | Titel | Medium |
|------------|--|------------------------------|
| Jänner | Vitamin für werdende Mütter | Tiroler Tageszeitung |
| Jänner | Migrantinnensprechstunde an der Frauenklinik | Skalpell.at |
| 18. Jänner | Ein Hormon das Frauen flirten lässt | Tiroler Tageszeitung |
| 25. Jänner | Zertifizierung für Behandlungszentren | Unbekannt |
| Jänner | Hilfe bei Blasenschwäche | Tiroler Tageszeitung |
| Jänner | Tobias ist jetzt ein großer Bruder | Tiroler Tageszeitung |
| Feber | Innsbruck – Mekka der Medizin | Tiroler Woche |
| Feber | Hoher Besuch für die Tilak | Hallo |
| Feber | Migrantinnensprechstunde an der Frauenklinik | Medicus |
| Feber | Ort der Erinnerung einer erträumten Zukunft | Hallo |
| 09. Feber | TILAK eröffnet neues Kontinenz- und Beckenbodenzentrum | Tiroler Tageszeitung |
| 19. Feber | Da-Vinci-Wertheim erstmals in Österreich | ORF |
| 25. Feber | Krise im Kreißaal | Österreichische Ärztezeitung |
| März | Laura bringt Sonne ins Hupfaum-Heim | Tiroler Tageszeitung |
| März | Tag der offenen Tür | tilak.at |
| März | Land Tirol investiert in Brustgesundheitszentrum Tirol | Hallo |
| 09. März | Human embryo twinning with applications in reproductive medicine | Fertility and Sterility |
| 12. März | Schwangerschaft trotz Chemotherapie | Der Standard |
| 12. März | Schwanger trotz Chemotherapie | ORF-online |

**24h Termin-
vereinbarung:**
Hr. Herbert Wötzer
Ärztetreuer
05 0100 - 70351

**24h Bereitschaftsdienst für Ärzte -
Beratung wann und wo Sie wollen.**

Tiroler
SPARKASSE 
In jeder Beziehung zählen die Menschen.

| Datum | Titel | Medium |
|--------------|---|------------------------------|
| 13. März | Schwangerschaft trotz Chemotherapie | Wiener Zeitung |
| 13. März | Schwanger trotz Chemotherapie | Tiroler Tageszeitung |
| 15. März | Forum Tilak | tilak.at |
| 19. März | Das Familienglück heißt Dominik | Tiroler Tageszeitung |
| 24. März | Ein neuer Ministrant für Mariahilf | Tiroler Tageszeitung |
| 25. März | Eine Entscheidung fürs Leben | Tiroler Tageszeitung |
| 08. April | Mini Med Studium Außerfern | Tilak |
| 14. April | Ich suche meine Mutter 1 | ATV |
| 14. April | Die weibliche Mitte erhalten | Tiroler Tageszeitung |
| 16. April | Tilak Forum, Öffentl. Recht | E-Mail von Lothar Müller |
| 21. April | Ich suche meine Mutter 2 | ATV |
| 21. April | Trisomie 21 – M. Scheier | ORF, kreuz&quer |
| 23. April | Migrants Girl's Day | APA |
| 29. April | Dem Krebs einfach davonlaufen | Tiroler Tageszeitung |
| 16. Mai | Leihmutter: Hohes Risiko und Todesängste | Tiroler Tageszeitung |
| 25. Mai | Mammakarzinom: Wir müssen ins System eingreifen! | Österreichische Ärztezeitung |
| 03. Juni | Überglücklich, zu Tode betrübt | Tiroler Tageszeitung |
| 15. Juni | M. Scheier, Feto-Fetales-Transfusionsyndrom | Med Standard |
| 18. Juni | 17 Kliniken tagten per Video | Tiroler Tageszeitung |
| 25. Juni | Schminkkurs bei Chemo | Tilak-TV |
| 01. Juli | Riskanter Trend zur Intim OP | Tiroler Tageszeitung |
| 12. Juli | HPV-Impfung in Tirol wenig gefragt | Tiroler Tageszeitung |
| 13. Juli | Matteo bekam ein Schwesterchen | Tiroler Tageszeitung |
| 23. Juli | Faszinierender Blick hinter die Kulissen | Österr. Bauernzeitung |
| 24. Juli | Neuer Geburtshilfe-Primar will „narbenlose“ Chirurgie einführen | nachrichten.at |
| 06. August | Eine flinke Geburt für Mama Tanja | Tiroler Tageszeitung |

1985 - 2010
25 Jahre
Freie Berufe
Kundenbetreuung
in der Tiroler
Sparkasse

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:

Mag. Thomas Spielmann

Kundenbetreuer für
niedergelassene Ärzte
Tel.: 05 0100 - 70347
Fax: 05 0100 9 - 70347
thomas.spielmann@tirolersparkasse.at



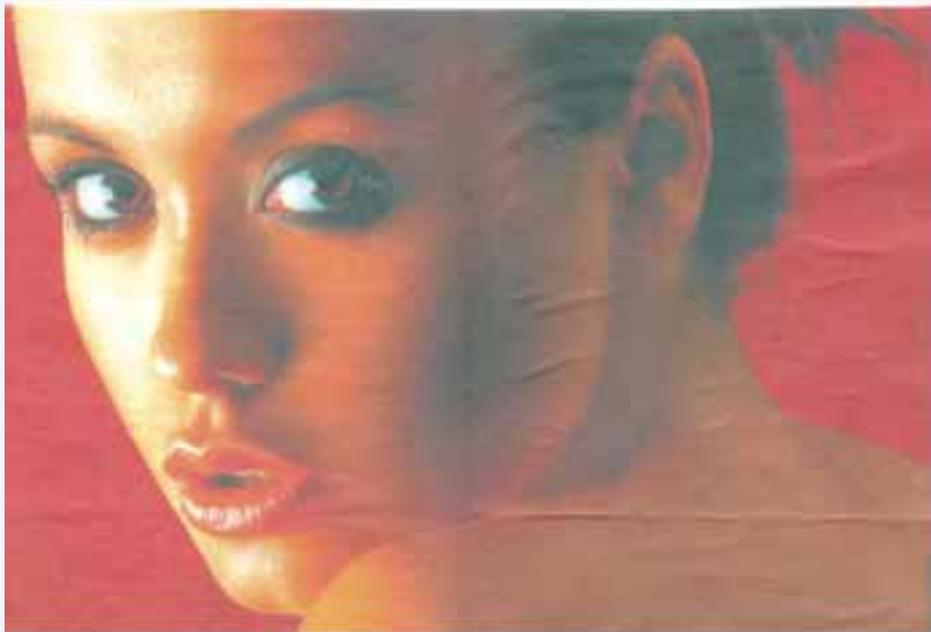
Herbert Wötzer

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



| Datum | Titel | Medium |
|---------------|--|----------------------|
| 06. August | Offene Arme für das Leben | Hallo |
| 10. August | „Für Innsbruck“ besuchte das Tiroler Gesundheitsunternehmen TILAK | fuer-innsbruck.at |
| 12. August | Schmuck verdeckt die Brust | Tiroler Tageszeitung |
| 16. August | Brustkrebs: Nachholbedarf an Behandlungszentren | Die Presse |
| 17. August | 49 Zentimeter Glück | Tiroler Tageszeitung |
| 26. August | Überschätztes Pillenrisiko | Tiroler Tageszeitung |
| 12. September | Weniger Metastasen | Profil |
| 30. September | ExpertInnen warnen: Brustkrebspatientinnen gefährden sich selbst durch unzureichendes Einhalten der Therapie | APA |
| 21. Oktober | Zwillinge unterwegs | Tiroler Tageszeitung |
| 27. Oktober | Glück des jungen Paares heißt Felix | Tiroler Tageszeitung |
| 29. Oktober | Forum Land besucht TILAK | www.tilak.at |
| 08. November | Männer bei der Geburt: Dabeisein ist alles | Tiroler Tageszeitung |
| 11. November | Kontinenz- u. Beckenbodenzentrum | Tilak-TV |
| 13. November | Vanessa, das süße Sonntagskind | Tiroler Tageszeitung |
| 17. November | PRIMA Award 2010: mobilkom austria präsentiert die Finalisten | mobilkomaustria.com |
| 18. November | Dr. Fessler und Dr. Rehder | Tiroler Tageszeitung |
| 23. November | Wissenschaftspreis für Innsbrucker Endokrinologin | i-med.at |
| 25. November | Der kleine Michael mit den internationalen Genen | Tiroler Tageszeitung |
| 10. Dezember | Am Freitag ist Sprechstunde | Tiroler Woche |
| 22. Dezember | Kuppelwieser in der fünften Generation | Tiroler Tageszeitung |
| Dezember | Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Innsbruck | Medicus |

Obige Liste stellt nur einen Auszug der Pressemeldungen dar.



physiologische Abfälle im Körper das weibliche Werkzeugverhalten, sind sie immer als höher angesehen.

Signale aussenden

Eines Themas zufolge wählen Frauen evolutionär bedingt besonders in den Tagen des Eisprungs anders auf Männer, weil sie bestimmte Signale der Fruchtbarkeit aussenden. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen bereits vor zehn Jahren holländische Wissenschaftler. Eine Studie unter der Leitung von Ludwig Wildt, Direktor der Innsbrucker Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, zeigte damals, dass Frauen mit einem hohen Östrogenwert „um bis zu acht Jahre jünger aussahen, als sie tatsäch-

lich waren, und wählten mit niedrigeren Wert bis zu acht Jahre älter“.

Mehr Haut zeigen

Dass ein höherer Hormonwert rund um den Eisprung Männer anzieht, hat Ludwig Wildt bereits 1994 beim Insektierender Götter. „Das Östrogen signalisiert die reproduktive Kompetenz“, sprich die Fruchtbarkeit und Bereitschaft sich Fortzupflanzen. Wildt verweist auch auf eine Wiener Studie, in der sich zeigte, dass Frauen unter mehr Haut zeigen, je höher der Östrogenwert ist. Das kann ein Hinweis sein, dass genetisches Selbstbewusstsein als auch damit zu tun haben. „Dass das Östrogen die Hautdurchblutung steigert und mehr Wärme erzeugt wird“.

Wenn Frauen in die

fruchtbar Phase kommen, werden sie auch verstärkt Sexuallockstoffe, so genannte Pheromone, aus. Bereits eine kleine Anzahl von Pheromonen, die ausgeschüttet werden, kann in beinahe unmerklicher Dosis die Nase direkt in das Gehirn des Betreffenden weitergeleitet werden und dort einen Reiz auslösen.

Seduktivstoff Moschus

Das gilt auch für das Sexualverhalten in der Tierwelt. In einer amerikanischen Studie wurden Haare darauf trainiert, den Eisprung bei Eihern zu riechen, damit man „Frauen mit einem hohen Östrogenwert schon um bis zu acht Jahre jünger aus, als sie tatsächlich waren - sah sie mit höherem Wert bis zu acht Jahre älter“

Quelle: Wildt, Reproduktionsmedizin, in: www.1777.de

den richtigen Zeitpunkt zur Befruchtung nicht unmerklich mit Blutgeruch freisetzen, sondern“, erklärt Wildt. Wie die Pheromone hat Moschus genau funktioniert. „Es aber noch sehr wenig untersucht.“ Was bekannt ist, sagt die Kosmetikindustrie bereits erfolgreich ein. „In Därfen findet sich oft Moschus, der sexuelle Reizstoffe aus dem Tierreich.“

Gerüche werden aber auch die Männerwelt an. „Nicht nur die Produktion von Spermien und Gestaltformel als Hormon - ein Seduktivstoff.“

„Frauen mit einem hohen Östrogenwert schon um bis zu acht Jahre jünger aus, als sie tatsächlich waren - sah sie mit höherem Wert bis zu acht Jahre älter“

Abkündigung - das von riechen lässt sie ein Füllhorn nach einem Spiel im 'Unsterblichkeit', lässt Wildt die Liebesbegegnungen wissen.

Dass die Frauenwelt in der wichtigsten Zeit um den Eisprung demnach besetzt sein ist, sagt Wildt. „Jagd dann, dass Frau gerade dann den Geruch als weniger attraktiv empfunden.“



Innsbruck – Mekka der Medizin

Im Vollmond sind Erkrankungen im Beckenbodenbereich als Blasenschwäche bekannt. Was hieraus klingt, ist für Betroffene ein gravierender Einschnitt in ihre Lebensqualität. In Österreich leiden 100.000 Menschen an unkontrollierbarem Harn- und Stuhlverhalt.

Die Urologieklinik Innsbruck hat auf diesem Gebiet wie so oft wertvolle Pionierarbeiten geleistet und mittels innovativer, zusammenfassender, unterschiedlicher Fachgebiete das Beste und in dieser Form international einzigartigste Beckenbodenzentrum im Alpengebiet, Helmut Maderbacher, Leiter der Neurologischen Abteilung, sieht in diesem Konzept die besten Voraussetzungen für ein „auch verortete Komplexzentrum“. „Je mehr sich Prozent der Bevölkerung bilden an einer Blasen- oder Darmschwäche.“

KOMPLEXE DIAGNOSTIK

Dass diese Erkrankung nicht nur ältere Menschen betrifft, besitzige Kinderärztin Josef Hagen, Stephan Kropfleder verortet die Fach-



INNOVATION AUF DEM VORWÄRTSCHREIT: Chirurg Felix Aigner, Doris Mair (Urologie- und Stomaabteilung), Gynäkologin Stephan Kropfleder und Helmut Maderbacher, Leiter der Neurologischen Abteilung.

abteilung der Gynäkologen, die sich mit sehr komplexen Fällen auszeichneten: Komplikationen bei Geburten oder Senkungsoperationen bei älteren Frauen. Der Chirurg Felix Aigner sieht vor allem die sozialen Strukturen als „Zünglein an der Waage“ an. „Unser Ziel ist es, mit einem Tabakstamm zu bestehen.“

ANONYME UND KOMPETENTE HILFE

Die Herleitung des Beckenbodenproblems ist eine schnelle und

anonyme Hilfestellung. Dafür wurde eine eigene Hotline eingerichtet: 051104 22622, Montag bis Freitag von 12 bis 18 Uhr oder www.beckenbodenzentrum-innsbruck.at

Feber og Tiroler Woche

Hilfe bei Blasenschwäche

Innsbruck – Mit einem neuem Kontroll- und Beckenbodenzentrum an der Klinik will die TTK die Hilfe für Menschen mit Blasen- und Darmschwäche verbessern. Geschätzte 100.000 Österreicher sind von Harn- oder Stuhlkontinenz betroffen – und sie ist nicht nur ein Altersphänomen. Kinder mit Fehlbildungen

sind ebenso darunter wie junge Frauen nach schweren Geburten und Männer nach Darmvergrößerungen. Laut Neuro-Urologie-Chef Prof. Helmut Maderbacher lässt sich „das Schien aber nur die Hilfe der Betroffenen behandeln“.

Das anonym erreichbare Callcenter will den Tirolern diese Schien nehmen und

sie zum richtigen Spezialisten leiten. In dem Zentrum kooperieren u. a. Neurologen, Urologen, Gynäkologen, Chirurgen, Kinderärzte, Kontrollabnehmer und Therapeuten. Vielfach seien Verbesserungen ohne Operation möglich.

Kontakt: Tel. 050 304/22 622, bis bis 18. 12 bis 18. 07

Jänner og TT

BABY DES TAGES



Agnes, Roman, Klaus und Tobias im Kirchenamt.

Tobias ist jetzt ein großer Bruder

Statistik hat keine so die Kirchenämter auch schon zu drei ganz lein, sagen sie. Nun aber ist der Glück geblieben. Am 21. Jänner kam Klein Tobias in der Innsbrucker Klinik zur Welt. Er hat bei der Geburt 3380 g gewogen und war 54 cm groß. Mama Ingrid und Papa Klaus sind ganz besonders stolz auf ihren zweiwöchentlichen Tobias, der nun ein ganz großer Bruder ist, wie er selbst sagt.

10.

Jänner og TT

Krise im Kreißsaal

Notfall-Section, bei deren unmittelbarer Gefahr für das Leben des Kindes besteht, sind selten, eine gute Vorbereitung für den Fall der Fälle ist allerdings unabdingbar. Dabei geht es nicht nur um Fachliches und Organisatorisches, sondern auch um den Umgang mit den werdenden Eltern. Von Ruth Mayrhofer

Trennschleier. Nichts Arztes, bei dem es um Leben, Lebensbedrohung für das Kind besteht, und lässt es im Vergleich zum „kläglich Leiden, Furchterregend“, vollkommenlich selbst genommen. Dennoch muss jede Handlung sicher, wenn es sonst können sollte. „Die Wärtlerin in einem

erhöhten Fall in ein eingetragenes Team“, weiß Gernot Paul (Christen Markt, Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Innsbruck. Davorgen werden solche Notfall-Situationen auch über die vier Wände im Jahr an der Klinik mit dem gesamten Team geübt. Dabei wird die Situation in einer genau

bewerteten geschichtlichen genaue Anamnese – von der Abklärung aller Details über ein, wenn Teil über dem Umgang der werdenden Mutter in der Dreimonatsfrist bis hin zur Vorbereitung der Anamnese. Zusätzlich gibt es für Klinik-Angehörige regelmäßige Trainings bei denen einzelne Handgriffe immer wieder geübt werden. „Beide Aus- und Wärtlingsbereiche sind gleichermassen wichtig, weil es keine und Phlegmen sind“, schließt Markt, „nur wenn die Geburt passiert, dass die Situation im Großteil immer wieder kommt. Denn von der Mitarbeiter auch Ruhe ausstrahlen, und professionell handeln.“ Die Wärtlerin hat, sagt Markt, „den das Schlimmste, was geschehen kann, in die Hand zu legen. Auch wenn es die weitaus häufigste Hilfe ist“.

Eigentlich Kommunikationstraining für die Vorbereitung von Notfallsituationen im Kreißsaal gibt es an der Universitätsklinik Innsbruck nicht. Doch werden in Innsbruck Wärtlingskassen zum Beispiel an der Klinik für Klinische Psychologie allen Mitarbeiterinnen.

Mutter ist allein entscheidungsbefugt

„Schwierig geht diese Fragestellung ist aber auch die besondere Natur der Entscheidung der werdenden Eltern. Was ein Kaiserschnitt notwendig ist, müssen die Mütter herbeibringen, die Eltern ruhig und sachlich aufklären, aber die nächsten Schritte“ versprochen gemacht werden. Das ist manchmal nicht einfach, besonders dann, wenn sich die Eltern nur bei einfachen Geboten gemacht haben. „Die Entscheidung liegt nie vollständig alleine richtig und allein bei der Mutter“, vier haben kein „Mingenscheit“, die einzigen Mütter in einer stillen Kasse, obwohl die Geburt, ist es wichtig, dass sich speziell der Vater gegen sein Innenverwehler hat. „Die Mutter war klug“, sondern sich Markt. „Es hat eine tolle Familie gefunden, sie hat mit der Mutter alles sprechen können und in die Zustimmung nicht hat keine Mütter in früh.“ Die Eltern können genau zur Welt gebracht werden. „Es ist in dieser Phase besonders wichtig, eine genaue Aufklärung zu ermöglichen“, sagt Markt. „Gefühlsaufbau und Gespräche müssen auch mit rechtlicher Absicherung made professionell werden.“



„Nicht nur die Kommunikation mit der Mutter, sondern auch mit dem Vater können in diesen Situationen helfen. Eltern zu. „Das Mütter haben zu einem hohen Prozentsatz die Geburt ihrer Kinder erleben, in welchem eine große Hilfe für die Frau“, sagt Markt. Dabei muss man sie in die Phase einbinden. „Zwei weitere die wichtigsten Wirt sind, dass Mütter im Kreißsaal nicht Bewegung als ihre Partnerinnen bekräftigen, doch können man Eltern auch hier machen, aber – selbst es hat den in einer Krise kommen.“ Die Bewegung der Partnerin ist ein wichtiges Werkzeug.

Warum die Zahl der Kaiserschnitte ansteigt

Insgesamt nimmt in Österreich die Zahl der Kaiserschnitte kontinuierlich zu. Mit 21,8 Prozent im Jahr 2007 liegt der Anteil der Kaiserschnitte an den Geburten weit über jenen 13 Prozent, die die WHO empfiehlt –

dieser Rate von Österreich nach nur zehn Jahren auf. Die ARS Wien hat laut Ägyptologinnen die höchste Kaiserschnitt-Rate mit 22,9 Prozent, die Universitätsklinik Innsbruck liegt mit 19,1 Prozent knapp dahinter. Markt begründet diese Entwicklung mit einem „strukturellen Wandel der Frauenheilkunde“ der Mütter, insbesondere bei Erstgebärenden, die keinen bis fünfjährigen für eine natürliche Geburt aufweisen. „Auch in diesem Fall spielt Aufklärung eine wesentliche Rolle“, erläutert Markt. „Zunehmend Druck aus einem System jedoch auch ständig – wie bei einer Voraussetzung im Jahr 2008 zu hören war – von Ärzten und der Sorge der Ärzte und Ärztinnen vor Klagen, wenn bei einer Geburt etwas schief geht. Ob sich auf die Kommunikation aber gut werden die Folge der Geburt per se, werden haben andere Ursachen. „Insbesondere geht es darum, warum nicht „schmerzmittellos“ eine Geburt stattfinden kann.“

Checkliste

- Eine regelmäßige Teilnahme von Notfallübungen im Kreißsaal ist ein Teil von einer professionellen und klaren Kommunikation.
- Klären Sie den Umgang von Notfall-Situationen.
- Kommunikation für eine erfolgreiche Entscheidung der werdenden Mutter. Informieren Sie die Mütter in die sie entscheiden können.
- Informieren Sie auch in Grenzsituationen über die Mütter, aber nicht nur über die Mütter, sondern auch über die Partnerinnen und Väter.
- In einer Notfall-Situation muss der Mitarbeiter, die eine genaue Anamnese (wie die Mütter) und die Mütter (wie die Partnerinnen) wissen, dass diese Informationen nur ein weiteres wichtiges Element sind.

10.

Schwanger trotz Chemotherapie

Als einzige Entscheidung Österreichs bietet die Innsbrucker Klinik die Möglichkeit, auch trotz einer giftigen Chemotherapie später noch schwanger zu werden.

Innsbruck – Bei einer Chemotherapie werden die Eierstöcke oft dauerhaft geschädigt. Wenn bis zum Beginn der Behandlung noch etwas Zeit freikommt, lässt sich das Eisierstock der Patientin durch spezielle Anproben, so die Eierstöcke konservieren und für eine spätere In-Vitro-Fertilisation eingefroren lassen.

Eierstockgewebe wird konserviert

Es gibt aber Fälle, in denen diese Zeit nicht mehr bleibt. Bei jungen Patientinnen mit Leukämie etwa wird zumeist schnell mit einer Chemotherapie begonnen, in schweren Fällen können die Ärzte der Klinik in Gynäkologische Fachklinik und Reproduktionsmedizin (Vorstand Prof. Ludwig Wörz) die Chance



Entnommenes Eierstockgewebe wird zum Einfrieren vorbereitet.

auf eine spätere Schwangerschaft vorbereitet zu halten. Im Rahmen eines kleinen Studienprojekts (Bauschutzgebühr) wird dann ein Stück Eierstockgewebe von noch jungen Patientinnen entnommen und eingefroren. Für diese Kryokons-

ervierung stellt das TiG eine der modernsten Gefäßstechniken zur Verfügung. Zusätzlich werden an der Klinik auch hormontherapeutische Therapien von Schwere der Krankheit abgefragt. Das Angebot richtet sich an betroffene

Frauen aus ganz Österreich.

Themenbereiche sind bereits in der ersten Phase in Österreich, erklärt die Assistentin. Die Klinik verfügt über ein breites Spektrum an Therapie- und Diagnoseverfahren, darunter ein hochauflösendes Mikroskop zur Analyse und Auswahl der besten Spermien für eine Befruchtung. Seit Jahren beginnt, bietet die Uniklinik auch die genetische Untersuchung des Elternteils (Präkonzeptionsdiagnostik) an. Die Entscheidung der Patienten über die Fertigung von Kindern wird durch das bereits erwähnte Baby nach einer Befruchtung im TiG „gezeugt“.

Informationsabend für Kindestonnen

Die Eltern Kindestonnen sind bereits auch im Mittelpunkt eines Tages der offenen Tür am Sonntag, 14. März, von 10 bis 18 Uhr. Informieren Experten interessierte Frauen, Mütter und Paare über die von der Klinik organisierten Befruchtungsmöglichkeiten. Kindestonnen, 1. Stock, 011

12.3.09 TT

BABY DES TAGES



Laura in den Armen von Mama Barbara Hupfaut.

Laura bringt Sonne ins Hupfaut-Heim

Sie haben sich schon lange auf ihr Baby gefreut, Barbara und Robert Hupfaut aus Pöchlarn. „Pöchlarnmaus“ ist ein kleines, rundes, weißes, rundes Kind mit 3170 Gramm schwer und 48 Zentimeter groß, erblickte das Mädchen in der Innsbrucker Universitätsklinik das Licht der Welt. Der Geburtsvorgang nach – 04.09 Uhr – wird die Kleine, die auf den Namen Laura getauft wird, wahrscheinlich ein Biogenes Kind sein.

2. E-Mail: info@innsbruck.at

März 09 TT

BABY DES TAGES



Katharina und Vincent freuen sich über Johannes Paul.

Ein neuer Ministrant für Marienhilf

Die Familie Biedner-Kralla in Innsbruck freut sich über Nachwuchs. In der Klinik erblickte Johannes Paul als zweites Kind von Katharina Biedner-Kralla und Vincent Kralla das Licht der Welt. Der Bub, über dem sich auch Schwester Cornelia riesig freut, wiegt 3170 Gramm schwer. Und zu der Pfarr-Marienhilf heißt man auf einen kindlichen Ministranten, ist durch Papa Vincent auch vielen Jahren Ministranten-Chef der Pfarre.

2. E-Mail: info@innsbruck.at

24.3.09 TT

Eine Entscheidung fürs Leben

Immer mehr Frauen mit verzerrtem Brustkorbbogen entscheiden sich für eine vorsorgliche Brustentfernung.

von **Wendy**

Inszeniert – Visuell gesehen wirkt der 37-Jährige als hässlicher, grotesker Mann. Doch hinter das Maskenbild steckt ein Mann, der sich für eine Operation entscheidet. „Frauen in dieser Position gehen Brustentfernungsmöglichkeiten ab, bevor die Möglichkeit sich zu verschlechtern beginnt“, erklärt Professor Dr. Gerd Gellera, Leiter der Brustchirurgie (MKB) an der Universitätsklinik.

Unnatürliche Umarmung

Als Patienten einer Spezialklinik werden sie zunächst wegen einer falschen Brustform in der Frauenklinik anhand der Röntgenaufnahmen dann dazu gedrängt, sich nach der Operation an Brustleisten zu schneiden. „An der Brust leiste, wenn sich die Frau überlegen ist, ist auch eine geeignete Brustentfernung durchgeführt werden“, sagt Gellera. Doch eine Brustentfernung wird zunächst bei der Brustchirurgie (MKB) und 2005, 2007 (Brustentfernung) in verschiedenen Fällen im Knie gemacht.

Das positive Ergebnis ist nicht immer mit einer Brustentfernung verbunden. „Das Problem ist, dass ein Brustentfernung nicht zu verhindern, ist aber nicht möglich. Die meisten der Frauen, die mit einer Brustentfernung kommen, haben keine Brustleiste“, sagt Gellera.

„Für viele Frauen ist das die Frage und nicht die Entscheidung“, sagt Gellera. „Das ist ein Problem, das ich nicht lösen kann.“



Der Rücken, eine Brust zu entfernen, ist für viele Frauen notwendig. Trotzdem entscheidet sich nicht zu einer Brustentfernung.

„Frage die Frau, die sich zu entscheiden, werden sie nicht entscheiden.“

Unnatürliche Umarmung

„Das ist ein Problem, das ich nicht lösen kann.“

„Frage die Frau, die sich zu entscheiden, werden sie nicht entscheiden.“

„Das ist ein Problem, das ich nicht lösen kann.“

„Frage die Frau, die sich zu entscheiden, werden sie nicht entscheiden.“

„Das ist ein Problem, das ich nicht lösen kann.“

„Frage die Frau, die sich zu entscheiden, werden sie nicht entscheiden.“

25.3.09 TT

Land Tirol investiert in Brustgesundheitszentrum Tirol

10. März 2019

Die „Kommunale Screening Einheit Tirol“ zur Früherkennung von Brustkrebs ist, wie die hohe Brustkrebsinzidenz beweist, ein wichtiges Element. Aufgrund der aktuellen Inzidenz in Europa und Österreich ist Tirol in der höchsten Risikokategorie und Maßnahmen sind dringend erforderlich.



BR 19 19: Bernhard Tilg
Landeshauptmann Tirol

Das Land Tirol wird diesen Anforderungen gerecht und investiert gemeinsam mit dem Bund und dem Bundes Gesundheitsfonds rund 76,7 Millionen Euro in häufige Maßnahmen sowie in die Anschaffung eines digitalen zeitgemäßen Mammographiegerätes. Zu den häufigsten Maßnahmen zählen beispielsweise die Errichtung eines eigenen Raumes für Befundbesprechungen, eines Umkleekabins sowie einer Empfangs- und Wartezone.

„Prävention hat in unserem Gesundheitssystem einen sehr hohen Stellenwert und das ist gut so, denn durch Früherkennung können Krankheiten rechtzeitig erkannt und behandelt werden“, begründet Gesundheitslandesrat Bernhard Tilg die umfangreichen Investitionen in das Brustgesundheitszentrum Tirol.

Tirol ist bis dato das einzige Bundesland, in dem ein landesweites Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (Mammographie-Screening) umgesetzt worden ist. „In den ersten beiden Projektjahren wurden rund 93.000 Screening-Untersuchungen durchgeführt. Eine solches österreichisches Bundesland verfügt über eine ähnlich hohe Anzahl von teilnehmenden Frauen“, freut sich Landesrat Bernhard Tilg.

Brust Gesundheitszentrum **zentrums tirol**

März 09 Halle

Überglücklich, zu Tode betrübt

Fünf-Wochenbettdepression ist eine ernst zu nehmende Krankheit und muss behandelt werden

von **Ulrike Grottel**

Hintergrund – Ein Baby zu bekommen – das ist für einige Frauen ein riesiges Ereignis im Leben. Doch nach sechs bis acht Wochen ist es vorbei. Und viele Frauen sind zu diesem Zeitpunkt mit einer bis hin zu schweren Depressionen konfrontiert. Diese Depressionen werden „Postpartale Depressionen“ genannt. „Post partum“ bedeutet „nach der Geburt“.

Emotionale Wende

„Eine solche Erkrankung muss sehr genau mit ‚Baby Blues‘ unterschieden werden. Am 3. bis 5. Postpartaltag folgt nach der Geburt jedes Jahr während der Wochenbettzeit“, erklärt Regina Kopteva von der Frauenklinik am Universitätsklinikum Bonn. „Diese sind bei jeder Frau die hormonelle Umstellung, die zu einer unangenehmen Stimmungslage führt.“ Diese Symptome hingegen treten nicht bei jeder Frau nach der Geburt auf.

„Behandlung ist notwendig. Es muss klar sein, dass es sich um eine Krankheit und nicht um ein Versagen als Mutter handelt.“

Ulrike Grottel

Wenn eine Frau zwei Tage im Krankenhaus ist, ist dies ein Hinweis auf eine postpartale Depression (PPD). Doch sind die Symptome dieser Erkrankung nicht nur während der ersten Wochen nach der Geburt zu beobachten, sondern können auch erst einige Wochen später auftreten.

„In der Regel sind die ersten drei Tage der Geburt mit der Hormonalen Umstellung verbunden“, erklärt Regina Kopteva. „Doch die ersten Wochen nach der Geburt sind die kritischsten. In dieser Zeit sind die Hormone am stärksten verändert.“



Die Zeit nach der Geburt ist für junge Mütter meist stressig. Oft steigt nach einer Depression auf.

„Es gibt aber auch Frauen, die über die ersten Wochen hinweg eine Depression entwickeln. In diesem Fall ist eine Behandlung notwendig“, erklärt Regina Kopteva. „Die ersten Wochen nach der Geburt sind die kritischsten. In dieser Zeit sind die Hormone am stärksten verändert.“

Registrierung und Diagnose
Die Postpartale Depression (PPD) ist eine Erkrankung, die sich nach der Geburt entwickelt. Sie ist eine ernste

Form der Depression. In der Regel tritt sie innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Geburt auf. Die Symptome sind ähnlich wie bei einer Depression, aber sie treten oft plötzlich auf.

Typische Symptome der Wochenbettdepression

- 1 **Stimmung** – Die Stimmung ist oft sehr niedrig und kann sich über einen längeren Zeitraum hinweg halten.
- 2 **Interesse** – Das Interesse an den Aktivitäten des täglichen Lebens ist oft verloren gegangen.
- 3 **Symptome** – Die Symptome sind oft ähnlich wie bei einer Depression, aber sie treten oft plötzlich auf.

Form der Depression. In der Regel tritt sie innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Geburt auf. Die Symptome sind ähnlich wie bei einer Depression, aber sie treten oft plötzlich auf.

Typische Symptome der Wochenbettdepression

- 1 **Stimmung** – Die Stimmung ist oft sehr niedrig und kann sich über einen längeren Zeitraum hinweg halten.
- 2 **Interesse** – Das Interesse an den Aktivitäten des täglichen Lebens ist oft verloren gegangen.
- 3 **Symptome** – Die Symptome sind oft ähnlich wie bei einer Depression, aber sie treten oft plötzlich auf.

Form der Depression. In der Regel tritt sie innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Geburt auf. Die Symptome sind ähnlich wie bei einer Depression, aber sie treten oft plötzlich auf.

Gute Hilfen

Die PPD ist eine ernste Erkrankung, die sich nach der Geburt entwickelt. Sie ist eine ernste Form der Depression, die sich nach der Geburt entwickelt. Sie ist eine ernste Form der Depression, die sich nach der Geburt entwickelt.

3.6.09 TT



Matthias Scheier
[31], Gynäkologe an
der Universitätsklinik
für Frauenheilkunde an der Medizinischen Universität

in Innsbruck, bringt eine Operationsmethode nach Österreich, die das **Feto-Fetale Transfusionsyndrom** behandelbar macht. Diese sehr seltene Komplikation tritt bei einseitigen Zwillingsschwangerschaften auf. Durch einen Fehler im Blutgefäßsystem bekommt ein Kind im Mutterleib zu viel Blut, was zum Tod durch Herzinfarkt eines Zwillinges führen kann. In Österreich tritt die Komplikation etwa 40- bis 50-mal pro Jahr auf. Scheier bringt nun eine Laser-Methode nach Österreich, die er am King's College Hospital in London gelernt hat. Mittels Laser werden die Fehler im Blutgefäßsystem beseitigt, konkret wird der Blutfluss auf der Oberfläche des Mutterkuchens unterbrochen. Das reduziert die Kreislaufbelastung des Zwillinges und die Kinder haben eine Chance, sich von da an unter ausgleichenden Bedingungen weiterzuentwickeln. Scheier führt diese Behandlungen in Innsbruck durch. (pok)



10. 17 Kliniken tagten per Video

Medizinerkongress einmal anders – und zum Bruchteil der Kosten einer „realen“ Tagung: Von eigenen Klinikräumlichkeiten aus tauschen sich Innsbrucker Gynäkologen gestern Nachmittag mit Kollegen aus 16 anderen Kliniken in Deutschland und der Schweiz über die Fortschritt in der onkologischen Frauenheilkunde aus. Möglich machte dies eine Videokonferenz, bei der ein Regisseur in Hamburg die Fäden zog. Die Innsbrucker Gynäkologie unter Leitung von Prof. Christian Marth war die einzige teilnehmende Klinik aus Österreich. (pok)

18.6.09 TT

Faszinierender Blick hinter die Kulissen der TILAK

DR. LOTHAR MÜLLER - Der Leiter der Klinikabteilung Innbruck ermöglichte Forum-Land-Mitgliedern eine Führung durch zwei fesselnde Klinikbereiche.

Über 40 Mitglieder und Funktionäre von Forum Land folgten der Einladung von Landratsmann Sebastian Huber zu einer Klinikführung am vergangenen Mittwoch in St. Gallen. Die TILAK-Heizung Anlagen hat nur wenig den Wind überstanden, dank der Bemühung des hohen Engagements und Interesses der Bezirksland-Organisation an gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Fragen.

Der Weg eines Viszisten

Beim Besuch wurde das Programm mit der Besichtigung der Hubschrauberlandeplätze. Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge. Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Unfallchirurgie

Chirurgien leisten einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. Tägliche Notfälle treffen oft junge Menschen, aber auch produktive, erfolgreiche Geschäftsleute, die aufgrund von Unfällen oder anderen Ursachen in den Notfall kommen. Täglich werden etwa 100 Patienten in die



Die Mitglieder und Funktionäre von Forum Land erhalten spannende Einblicke in die Arbeit der TILAK.

Stamm und heute

Nach einer Einführung in die Arbeit der TILAK wurde den Mitgliedern ein Einblick in die Arbeit der TILAK gegeben. Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Stamm und heute

Nach einer Einführung in die Arbeit der TILAK wurde den Mitgliedern ein Einblick in die Arbeit der TILAK gegeben. Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.



Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.



Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.

Die TILAK hat es sich zu etwa 10.000 Landungen, alle diese Landungen werden zünftig abgeholt. Derzeit werden ca. 1000 bis 1200 Patienten pro Jahr für die Hubschrauberflüge.



Über die Nebenwirkungen der Pille herrscht oftmals Unklarheit.

Foto: iStock

Überschätztes Pillen-Risiko

Innsbruck – Weltweit schlüpfen rund 100 Millionen Frauen täglich die Antibabypille. Sie gilt als eines der wirksamsten Verhütungsmittel. Ein Nachteil ist allerdings das erhöhte Thromboserisiko. Aus diesem Grund wurde im Laufe der Jahre die Östrogenmenge in den Präparaten verringert.

Holländische und dänische Wissenschaftler haben nun unabhängig voneinander auch das zweite Hormon in der Pille – das Gestagen – unter die Lupe genommen. Die

Forscher verglichen Pillen mit unterschiedlichen Gelbkörperhormonen miteinander und kamen zu dem Ergebnis, dass es Unterschiede gibt, was die Thrombosegefahr betrifft.

Das geringste Thromboserisiko zeigten überraschenderweise ältere Pillenzusätze mit einem Gestagen namens Levonorgestrel. Dagegen wies die Pille mit dem Gestagen Drospirenon und Desogestrel das höchste Risiko auf. Diese befinden sich etwa in den moderneren Pillen mit wenig Ös-

trogenanteil. Stephanie Frieß und Ludwig Wildt von der Universitätsklinik Innsbruck für gynäkologische Endokrinologie gehen aber Einwarnung. Das Gesamtrisiko bei regelmäßiger Einnahme sei gering. „Was in der Studie nicht erwähnt wurde: Das Thromboserisiko ist nur in den ersten Monaten der Einnahme am höchsten. Wer seine Pille länger nimmt und zufrieden ist, für ihn gibt es keinen Grund, die Einnahme zu stoppen“, sagen die Ärzte. **tsd**

26.8.09 TT

10.

Zwillinge unterwegs

Matthias Scheier: In Österreich haben im letzten Jahr knapp 1300 Frauen Zwillinge entbunden (1,7% aller Geburten). Bei der Ultraschalluntersuchung kann ab der sechsten Schwangerschaftswoche festgestellt werden, ob die Frau ein oder mehrere Kinder erwartet.

Viele Eltern möchten wissen, ob die Kinder ein- oder zweieiig sind. Für den Arzt ist viel wichtiger zu wissen, ob die Kinder einen gemeinsamen Mutterkuchen haben, oder ob jedes Kind von einem eigenen Mutterkuchen versorgt wird. Kinder mit einem gemeinsamen Mutterkuchen sind durch Blutgefäße miteinander verbunden und ähnlich einer Bluttransfusio-

on kann über diese Gefäße Blut zwischen den Kindern ausgetauscht werden (Zwillingstransfusionsyndrom).

Bei 15% dieser Schwangerschaften ist der Blutausstausch für die Kinder so bedrohlich, dass eine Behandlung durchgeführt werden muss. Dabei wird der Blutausstausch gestoppt, indem die Blutgefäße, die die Kinder verbinden, verschlossen werden.

In der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche kann festgestellt werden, ob die Kinder einen gemeinsamen Mutterkuchen haben. Diese Schwangerschaften müssen besonders überwacht werden, damit ein Zwillingstransfusionsyndrom erkannt werden kann.

21.10.09 TT



Am Freitag ist Sprechstunde



LOTHAR MÜLLER

PRAXIS: JETZT KONTAKT AUFNEHMEN

Wegen der Praxis im nächsten Jahr: Bitte, liebe SchülerInnen, schreiben mit Kontaktunterlagen beginnen! Bei vielen Einrichtungen (etwa Spitätern) unbedingt wegen des Aufnahmehäufers anfragen. Wie gut etwa ein Auslandspraktikum sein kann, beweist unser jüngster Bericht über ein Alltagspraktikum eines HTL-Schülers bei der ILE. Sprechkennzettel sind sehr viel wert! Bitte unbedingt nach Kontaktmöglichkeiten im Rahmen des Praktikums fragen. Etwas nach regelmäßigen Besprechungen mit Zuständigen. Der Ombudsmann wird immer wieder über erfolgreiche Praktika berichten.

Arrr wölben. Wenn das „Wehwechen“ nicht mehr zu erdulden ist, ist es meist zu spät.

BRUSTGESUNDHEITZENTRUM AN DER KLINIK

Zum gleichen Thema: Das landesweite Brustgesundheitszentrum (Gynäkologie) wurde für den bekannten „Pink Ribbon Preis“ nominiert. 2400 PatientInnen setzen ihre Lebenshoffnung bei Brustkrebs auf dieses Zentrum. Wenn Sie diese Arbeit anerkennen wollen, dann unterstützen Sie diese durch Ihre Teilnahme an SMSVoting. Einfach bis spätestens 11.12. ein SMS mit der Bemerkung „stiller“ bzw. „stiller“ ist die Abkürzung für „Universitätsklinik Innsbruck – Brustgesundheitszentrum“.

KUNSTWERKSTÄUFE AM 10. 12. #BRUNNENPROJEKT IN MALI

Wasser zum Leben – das ist eine Aktion für Mali. Brunnengraben – damit die Menschen in diesem afrikanischen Land in ihrer Heimat Zukunft haben. Die Aktion lebt vor allem von den Bildern des hochstehenden Malers Reinhold Stecher. Auf die Frage nach der Kaufmöglichkeit: Versteigerung am 10.12.2009, 18 Uhr, HyperZentrum, Innsbruck, Bismarck Platz.

REKORDANFORDERUNGEN IN TIROL FÜR DIE ERBESOPFERFÜRSORGE

Einen schriftlichen und persönlichen „Generationsvertrag“ gibt es nicht. Aber es gibt natürlich die moralische und politische Verpflichtung, die Lebensbedürfnisse kommandier Generationen zu beachten. Etwas beim Umwelt- und Klimaschutz, natürlich auch bei den Staatschulden. Wie sehr kommende Generationen belastet werden, zeigen etwa die Aufwendungen allein für die österreichischen Opfer des II. Weltkrieges. Seit Beginn der Krisenquarterversorgung sind dies 126 Milliarden Euro. 2008 wurden für diese Menschen in Tirol über 17 Millionen Euro aufgewendet und das neben den vielen menschlichen Tragödien.

BEWERTETE: SCHLICHTUNGSTELLE BUNDESSOZIALAMT

Gleichstellung unserer behinderten MitbürgerInnen: Es gibt seit drei Jahren das „Behandlungsgleichstellungsgesetz“. Wenn Menschen wegen ihrer Behinderung benachteiligt werden, dann können sie nach diesem Gesetz einen Antrag auf Schlichtung an das Bundessozialamt stellen. In Tirol ist das – so Walter Guggenberger auf meine Anfrage – 16 Mal geschehen. Österreichweit gibt es 123 Fälle.

KREBS: VORSORGE IST WICHTIG

Die „Krebsstöße“, nach der Hartz IV, fragt, ist auf England bringen und wird demnächst in medizinischen Fachzeitschriften erscheinen. Offensichtlicher Hauptpunkt: Viele lassen sich nicht rechtzeitig untersuchen, weil sie nicht wegen „Wehwechen“ stan-

INFORMATION

Wie erreiche ich den Tiroler Woche Ombudsmann?
Wenn Sie ein Anliegen an Ihren Ombudsmann haben, bitte schreiben Sie an:
Tiroler Woche Ombudsmann,
Eduard Bodan-Gasse 6/2, 6420
Innsbruck oder E-Mail an ombudsmann@tirolerwoche.com
Lothar Müller steht auch monatlich am Telefon für Sie zur Verfügung.
Die nächste Telefonsprechstunde:
Freitag, 11. Dezember 2009, von 16 bis 18 Uhr, Tel. 0512/34 37 31 - 34.

10.

Männer bei der Geburt:

Wenn ein Baby seinen ersten Schrei tut, sind heute die meisten Väter live dabei. Aufgeregt oder der ruhende Pol: Männer im Kreißsaal der Innsbrucker Klinik.

Erstgeburt

INNSBRUCK - „Es war sehr sehr schön. So einen Augenblick vergisst man niemals im Leben“, erzählt Nelson Díaz Guzmán der seine Tochter Valanda geboren im April hält. Das gebürtige Kolumbianer, der im Tiroler Symphonienorchester die Violine spielt, kann und will seine Tochter nicht weglassen. „Wie ich Valanda das erste Mal gesehen habe, konnte ich weinen. Da ist die ganze Ausspannung der Schwangerschaft in einem einzigen Tag mit einem Gefühl von mir abgefallen“, so der frischgebackene Vater.

Auch ist klar war, dass seine Frau über das Erlebnis per Kai-

reschaun im Operationssaal auf die Welt bringen musste. „Zuße ich letzten Augenblick darüber nachgedacht, nicht dabei zu sein.“ Dieser sei da ein wenig die Angst gewesen, dass es Komplikationen geben könnten, „aber im Augenblick der Geburt vergisst du einfach alles“, so Díaz Guzmán.

Dieser er war im Operntheater und sein Frau vom Lachen geteilt hat, liegt nicht nur an der sonstigen Art des Musikers, sondern auch an der Einbindung des Innsbrucker Klinik, seit 2000 erstreckt diese in neuem Design und Licht. Warme Farben wie Orange und Elfenbeinweiß, großzügig gestaltete Räume und ein ungewöhnliches Barock-Lichtkonzept erleichtern den werdenden Eltern das Leben und bereiten auf einen ereignisreichen Moment vor. „Wir wollen mehr tun als sie können“, sagt Paasthofer. Doch oft genügt den Frauen bereits, dass die Liebster sie an den Händen hält und sie durch die Stunden der Wehen begleitet. Damit kann auch leicht Kasual erzählen:

„Das dennoch nicht alle Väter bei der Geburt die Ruhe bewahren, sondern nervös um ihre Frauen herumzuschweifen. Ich halt daran, dass das ganz eine Ausnahmesituation ist“, so Hebamme Martina Paasthofer.

Stress in OP

Und so kommt es vor, dass der eine Mann Nervens aus Nicht tun, während der andere von Schwerefallfällen geprägt wird oder sogar in Obstruktion ist. „Wir erleben hier die gesamte Palette von Charakteren und Emotionen. Aber dennoch ist für die Männer dabei sein wirklich alles“, weiß Paasthofer. Viele Männer halten nur allein während der Geburt während des gebürtigen Ereignisses. „Sie wollen mehr tun als sie können“, sagt Paasthofer. Doch oft genügt den Frauen bereits, dass die Liebster sie an den Händen hält und sie durch die Stunden der Wehen begleitet. Damit kann auch leicht Kasual erzählen:



Ein neuer Entschuldig, getragen von starker Männerhand.

Als sein Sohn Anton am 12. Oktober das Licht der Welt erblickt hat, ist er seinen Frau nicht von der Seite gewichen.

Nicht immer ganz erreicht vom Alltag kann es sich lassen in Worte fassen. „Ich war so aufgeregt, aber

ich werde dieses Ereignis immer in Erinnerung behalten“, sagt der stolze Vater und trägt seinen kleinen Wonnegegnen dem Fotografen. Das es nicht nur bei der Unterstützung bei der Geburt alles bleibt, dafür sorgen



Neu-Vater Nelson Díaz Guzmán hält sein wunderschönes Kind.

GEBURTEN IN INNSBRUCK

Entscheidend: In Frauenklinik in Innsbruck. 2007 Kinder im Jahr, unter 40 Prozent per Kaiserschnitt entbunden werden. Dass die Kaiserschnittsrate ein sehr Prozent über dem Durchschnitt liegt, hängt mit Kaiserschnitt Operation Verfahren zusammen, das die Risikofaktoren reduziert hat. Das nach Innsbruck warnt **Geburtsweil in Innsbruck**.

Bedienung: Die Geburtshelfer sind die wichtigsten einer Mutter oder Väter. Die Klinik hat eine sehr gute als Frauenklinik an der Geburt gemacht werden. Durch ein ausgezeichnetes Umfeld wird auch Mutter an die wichtige Atmosphäre gebracht. Wenn Mutter die Möglichkeit hat, sich auch in der Klinik, so ist auch ein sehr wichtiger Faktor. Die Klinik hat eine sehr gute als Frauenklinik an der Geburt gemacht werden.

Dabeisein ist alles



es sich einige Tage später bei einem muskulösen Besuch. Dann die Nichte kurz und die Aufgabensätze lang wird, wider dem Märker überhaupt nicht. „Ich habe mich schon durch immer Händchen (Sucht am Nabelband gewöhnt. Mit die gebe ich oft mitler in der Nacht Gasa“, so Thar Gurrens.

Schon Probe gewickelt

Und auch Singh Kanchal bewirkt sich gewissheit auf seine Vaterrolle von. „Ich habe schon Probe gewickelt“, erzählt er mit wenig zögerlichem.

Dass die Männer sich als Väter gut schlagern, heißt für den Vorstand der renommierten Frauenklinik, Christian Marth, nicht automatisch, dass sie bei der Geburt ihres Mannes stehen können. „Es macht nicht immer Sinn.“ Auch wenn keine W-Präsenz des Partners im Geburtsplan für Frauen vorsehen, soll man sich keinen Stress damit machen, jeden Plan immer das für sich sei-

schieden und wenn die Mann lieber nicht in dem Kreißsaal geht, hat das nichts mit Schwäche zu tun“, so Marth.

Die intensive Gefühle

Uhdämmoch, die Dabeisein ist sich. Für Männer ist der Augenblick der Geburt so besonders, weil „Es ist das Baby im Bauch der Mutter irgendwie durch etwas Abstraktes war und dann erst real wird“, erinnert sich der Arzt an die Geburt seiner eigenen beiden Söhne. „Es ist ein ganz intensives Gefühl, wenn plötzlich neues Leben da ist und eine Familie entsteht“, sagt Marth. Mit diesem Gefühl verbunden wird auch Singh Kanchal 70 seiner Frau, die endlich die Ruhe im Schlaf, ihre Familie genießen soll.

© Peter Weisner, J&S

die Frauen von heute, wie auch Infanterie Manns Sä-ein kommt. Sie sind den modernen Mütter. Ist es wichtig, dass die Väter auch Aufgaben wie Wickeln selbst Hand übernehmen und bereits in der Schwangerschaft beim

Lebensorbereitschaften durch Anwesenheit glücken.

Für Thar Gurrens eine Selbstverständlichkeit: „Ich war sogar der Erste, der Windeln gewickelt hat“, berichtet



Jason genießt die Zeit in den Armen seines stolzen kleinen Singh Kanchal.

gibt es eine Geburtsmethode ist nicht alles. Neben seiner zwei Operationen für Kaiserschnittsrisiko zu Verfügung.

Kaiserschnitt: Die 10 Prozent werden mit Lokalanästhetika (Spinalanästhetika) durchgeführt. Dadurch können Frauen gemeinsam mit ihrem Partner die Geburt erleben und das Kind sehen, hören und fühlen.

„Die Tilak kommt immer ganz schnell in die Schlagzeilen, wenn einmal etwas nicht so gut läuft – die positiven Dinge werden meist nicht so wahrgenommen. Deswegen ist es mir ein ganz besonderes Anliegen, der Tilak einmal ein großes Kompliment zu machen: auf der Gynäkologie II des LKH Innsbruck steht wirklich die Patientin im Mittelpunkt! Meine Mutter war vor kurzem auf dieser Station in Behandlung und ich muss Ihnen ehrlich sagen, dass ich selten ein dermaßen kompetentes, liebenswertes und zuvorkommendes Team (von den Pflegeschülern bis zum Oberarzt) kennengelernt habe. Sowohl meine Mama als auch wir als ihre Familie haben uns wirklich gut aufgehoben gefühlt – ein herzliches Dankeschön an Ihre Mitarbeiter!

Mit besten Grüßen

N.N.“ (Name ist der Redaktion bekannt)

Mail der Tochter einer Patientin am 4.2.09 an die Ärztl. Direktion

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)50 504-23055

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

PDL-Stv. DGuKS Eva Triendl

E-Mail: eva.triendl@uki.at

DW: -230 53

Studienzentrale: AGO

Dipl. EWin Michaela Hardiman, Dr.ⁱⁿ Birgit Kunz, Dr.ⁱⁿ Ingrid Weber

DW: -241 62

Fax: -224 58

E-Mail: ago.studienzentrale@i-med.ac.at.

Studienzentrale: Mamma

Carmen Albertini, Dr.ⁱⁿ Justina Angerer, Bac. Claudia Riegler, Dr.ⁱⁿ Johanna Ulmer

DW: -241 32, -241 42, -230 73

Fax: -230 72

E-Mail: carmen.albertini@i-med.ac.at; justina.angerer@uki.at;

claudia.riegler@i-med.ac.at; johanna.ulmer@i-med.ac.at;

11.1 Ambulanzen

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

Tel.: +43 (0)50 504- DW (Durchwahlnummern und Mail-Adresse s. u. bei den jew. Ambulanzen)

Ambulanzzeiten:

Mo – Fr: 8.00 – 15.30, nur mit Terminvereinbarung (Mo – Fr: 8.00 – 12.00)

Akutfälle ohne Termin

Mo – Fr: 15.30 – 8.00, Sa, So, Fei: 0.00 – 24.00 MZA Notfallaufnahme

| Ambulanz | Wochentag | Zeit | Telefon | Anmerkung, E-Mail |
|--|-----------|---|---------|--|
| Allgemeine Ambulanz | Mo – Fr | 8.00 – 15.30 | -231 01 | Terminvereinbarung für Allg. Amb. unter Tel. -230 60 frauenklinik.ambulanz@uki.at |
| Allg. Amb.: Abendambulanz | | 16.00 – 17.30 | -231 01 | Terminvereinbarung für Abendambulanz unter Tel. -230 60 |
| | Mo: | OA S. Fessler | | |
| | Di: | OA S. Kropshofer | | |
| | Mi: | Prof. A. Widschwendter, Ass.Prof. ⁱⁿ E. Sölder | | |
| Allg. Amb.: HIV-Sprechstunde | Di, Mi | 12.00 – 14.00 | -231 01 | Terminvereinbarung unter Tel. -23060 |
| Allg. Amb.: KVF- (Dysplasie-) Sprechstunde | Di | 14.00 – 15.00 | -231 01 | Terminvereinbarung für KVF unter Tel. -230 60 |
| Allg. Amb.: Migrantinnen-sprechstunde | Di | 13.00 – 15.00 | -231 01 | Terminvereinbarung unter Tel. -230 60, mit muttersprachlicher Dolmetscherin |
| Allg. Amb.: Urodynamik | Mo – Fr | 8.00 – 15.30 | -230 98 | |
| Brustambulanz (BrustGesundheitZentrum Tirol) | Mo – Fr | 8.00 – 15.30 | -230 75 | brust.ambulanz@uki.at |
| Onkologische Ambulanz | Mo – Fr | 8.00 – 15.30 | -230 64 | onko.gyn@uki.at |
| Onkol. Amb.: Sprechstunde Familiäre Malignome | Mo | 12.00 – 13.30 | -230 64 | |
| Schwangerenambulanz | Mo – Fr | 8.00 – 15.30 | -230 70 | schwangeren.ambulanz@uki.at |
| Ultraschall | Mo – Fr | 8.00 – 15.30 | -230 57 | fetalmedizin@uki.at |
| Hebammenambulanz | Mo – Fr | 8.00 – 15.30 | -814 63 | hebammen.ambulanz@uki.at- Kreißaal-Führung: jeden Mo 15.00 |
| Heb. Amb: Akupunktur zur Geburtsvorbereitung | Mi, Fr | 16.00 – 20.00 | -814 63 | |
| Stillambulanz | Mo – Fr | 8.00 – 15.30 | -821 51 | still.ambulanz@uki.at |

11.2 Labore – Physikal. Therapie - Sozialberatung

Morphologisches Labor

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik
E-Mail: elisabeth.mueller@i-med.ac.at
DW: -230 97

Labor für klinische Biochemie

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik
E-Mail: guenter.daxenbichler@i-med.ac.at
DW: -231 13

Physikalische Therapie

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik
E-Mail: alice.hotter@uki.at
DW: -241 13

Sozialberatung

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik (Station Gynäkologie 1)
E-Mail: sozialberatung.gyn@uki.at
DW: -814 65
E-Fax: +43 (0)50 504-67 241 62

11.3 Entbindungsabteilung

Kreißsaal

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik
E-Mail: entbindungsabteilung@uki.at
DW: -231 04
Fax: -247 89
0.00 – 24.00 Uhr erreichbar

Geburtshilfestation

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik
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)

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: gyn1-stat-fkk@uki.at

DW: -241 10

Besuchszeiten: übliche Tageszeit

Gynäkologie II (Operative Station)

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: gyn2-stat-fkk@uki.at

DW: -241 20

Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00

Gynäkologie III (Onkologische Station)

6. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: gyn3-stat-fkk@uki.at

DW: -241 50

Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00

Gynäkologie IV (Schwangere – Mamma)

6. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: gyn4-stat-fkk@uki.at

DW: -241 60

Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00

Mutter-Kind-Station (Wochenstation)

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: muki.fkk@uki.at

DW: -241 30

Besuchszeiten: täglich 14.00 – 16.00, Väter täglich 9.00 – 21.00

11.5 Psychotherapeutische Ambulanz

Ort: Schöpfstraße 23a, Ibk
Terminvereinbarungen Mo – Fr von 8:00 – 12:00
Tel.: +43 (0)50 504 – 26117
E-Mail: medpsych.ambulanz@uki.at

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes – Konsiliar-Liaisondienst:

Dr.ⁱⁿ Yinhe He (für Gyn I)
Dr.ⁱⁿ Ingrid Schneitter (für Gyn II + IV, Mutter-Kind-Station, Kreißsaal, Endokrino)

Im Rahmen der psychologischen Beratung und Behandlung in der Pränatalmedizin:

Dr.ⁱⁿ Ingrid Schneitter

Psychosomatisch-Psychotherapeutische Frauenambulanz:

Dr.ⁱⁿ Yinhe He
A. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Astrid Lampe
Dr.ⁱⁿ Maria Theresia Barbist

11.6 Psychoonkologische Ambulanz

Ort: Gebäude Frauen- und Kopfklinik, Eingangsbereich rechts
Terminvereinbarung von Mo – Fr: 9.00 – 11.00
Tel: +43 (0)50-504-23691
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)50-504-81534 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

1. Stock, HNO-Gebäude

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 | Wochentag | 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 habituais) | Mo – Fr | nach Vereinbarung | -230 68 |
| Hormonambulanz (Menopausensprechstunde) | Mo – Fr | nach Vereinbarung | -230 68 |
| Spezialambulanzen | Mo – Fr | nach Vereinbarung | -230 68 |
| <ul style="list-style-type: none">• Kinderwunsch (IVF)• hormonelle Störungen• Wechseljahresbeschwerden• zyklusabhängige Erkrankungen• hormonelle Erkrankungen in der Schwangerschaft• Fehlgeburtneigung• Transsexualität• spezielle Probleme der Empfängnisverhütung• verstärkte Behaarung, Hormonstörungen bei Kindern | | | |

Avastin® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder Milliliter enthält 25 mg Bevacizumab. Jede Durchstechflasche enthält 100 mg Bevacizumab in 4 ml bzw. 400 mg in 16 ml, entsprechend 1,4 bis 16,5 mg/ml bei Verdünnung gemäß Empfehlung. Bevacizumab ist ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Antikörper, der mittels DNA-Technologie aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) gewonnen wird. **Anwendungsgebiete:** Avastin (Bevacizumab) wird in Kombination mit einer Chemotherapie auf Fluoropyrimidin-Basis zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom angewendet. Avastin wird in Kombination mit Paclitaxel oder Docetaxel zur *First-Line*-Behandlung von Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom angewendet. Zu weiteren Informationen wie auch zum HER2-Status siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. Avastin wird zusätzlich zu einer Platin-haltigen Chemotherapie zur *First-Line*-Behandlung von Patienten mit inoperablem fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom, außer bei vorwiegender Plattenepithel-Histologie, angewendet. Avastin wird in Kombination mit Interferon alfa-2a zur *First-Line*-Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom angewendet. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil oder einen der sonstigen Bestandteile. - Überempfindlichkeit gegen CHO-Zellprodukte oder andere rekombinante humane oder humanisierte Antikörper. - Schwangerschaft (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.6 „Schwangerschaft und Stillzeit“). **Liste der sonstigen Bestandteile:** α,α -Trehalose 2 H₂O, Natriumphosphat, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Monoklonale Antikörper; ATC-Code: L01XC07. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Herceptin® 150 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Durchstechflasche enthält 150 mg Trastuzumab, einen humanisierten IgG1 monoklonalen Antikörper, der aus einer Säugtierzelllinie (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters, CHO) im kontinuierlichen Durchflussverfahren gewonnen wird. Die rekonstituierte Lösung mit Herceptin enthält 21 mg/ml Trastuzumab. **Anwendungsgebiete: Brustkrebs: Metastasierter Brustkrebs (MBC):** Herceptin ist zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem metastasiertem Brustkrebs indiziert: a) als Monotherapie zur Behandlung von Patienten, die mindestens zwei Chemotherapieregime gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Die vorangegangene Chemotherapie muss mindestens ein Anthrazyklin und ein Taxan enthalten haben, außer diese Behandlung ist für die Patienten nicht geeignet. Bei Patienten mit positivem Hormonrezeptor-Status muss eine Hormonbehandlung erfolglos gewesen sein, außer diese Behandlung ist für die Patienten nicht geeignet. b) in Kombination mit Paclitaxel zur Behandlung von Patienten, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben und für die ein Anthrazyklin ungeeignet ist. c) in Kombination mit Docetaxel zur Behandlung von Patienten, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. d) in Kombination mit einem Aromatasehemmer zur Behandlung von postmenopausalen Patienten mit Hormonrezeptor-positivem metastasiertem Brustkrebs, die noch nicht mit Trastuzumab behandelt wurden. **Brustkrebs im Frühstadium (EBC):** Herceptin ist zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium nach einer Operation, Chemotherapie (neoadjuvant oder adjuvant) und Strahlentherapie (soweit zutreffend) indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Herceptin ist nur bei Patienten mit metastasiertem Brustkrebs oder Brustkrebs im Frühstadium anzuwenden, deren Tumore entweder eine HER2-Überexpression oder eine HER2-Genamplifikation aufweisen, die durch eine genaue und validierte Untersuchung ermittelt wurde (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Metastasiertes Magenkarzinom (MGC):** Herceptin ist in Kombination mit Capecitabin oder 5-Fluorouracil und Cisplatin indiziert zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem metastasiertem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs, die bisher keine Karzinombehandlung gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Herceptin ist nur bei Patienten mit metastasiertem Magenkarzinom anzuwenden, deren Tumore eine HER2-Überexpression, definiert durch IHC2+ und ein bestätigendes FISH+-Ergebnis, oder durch IHC3+, aufweisen, ermittelt durch ein genaues und validiertes Testverfahren (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** - Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Trastuzumab, Mausproteine oder einen der sonstigen Bestandteile. - Patienten mit schwerer Ruhedyspnoe aufgrund von Komplikationen der fortgeschrittenen Krebserkrankung oder die eine unterstützende Sauerstofftherapie benötigen. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Vorsicht ist bei Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz, Hypertonie in der Anamnese oder nachgewiesener koronarer Herzkrankheit geboten, und bei Brustkrebs im Frühstadium bei Patienten mit einer linksventrikulären Auswurfkraft (LVEF) von 55 % oder weniger. **Liste der sonstigen Bestandteile:** L-Histidinhydrochlorid, L-Histidin, α,α -Trehalosedihydrat, Polysorbat 20. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, ATC-Code: L01XC03. **Weitere besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Xeloda® 150 mg Filmtabletten / Xeloda® 500 mg Filmtabletten.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 150 mg / 500 mg Capecitabin. Sonstiger Bestandteil: 150 mg Filmtabletten: 15,6 mg wasserfreie Lactose. 500 mg Filmtabletten: 52 mg wasserfreie Lactose. **Anwendungsgebiete:** Xeloda ist zur adjuvanten Behandlung von Patienten nach Operation eines Kolonkarzinoms im Stadium III (Dukes Stadium C) indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist zur Behandlung des metastasierten Kolorektalkarzinoms indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist in Kombination mit einem Platin-haltigen Anwendungsschema als *First-line*-Therapie des fortgeschrittenen Magenkarzinoms indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist in Kombination mit Docetaxel (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“) zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom nach Versagen einer zytotoxischen Chemotherapie indiziert. Eine frühere Behandlung sollte ein Anthracyclin enthalten haben. Xeloda ist außerdem als Monotherapie zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom indiziert, bei denen eine Therapie mit Taxanen und Anthracyclinen versagt hat oder eine weitere Anthracyclinbehandlung nicht angezeigt ist. **Gegenanzeigen:** • Schwere und unerwartete Reaktionen bei Vorbehandlung mit Fluoropyrimidinen • Überempfindlichkeit gegen Capecitabin oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Fluorouracil • bekannter Dihydropyrimidin-Dehydrogenase-Mangel (DPD) • Schwangerschaft und Stillzeit • schwere Leukopenie, Neutropenie oder Thrombozytopenie • schwere Beeinträchtigung der Leberfunktion • schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min • Behandlung mit Sorivudin oder dessen chemischen Verwandten, wie z.B. Brivudin (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.5 „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“) • Wenn für eines der Arzneimittel der Kombinationstherapie Gegenanzeigen vorliegen, darf dieses Arzneimittel nicht angewendet werden. **Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern:** wasserfreie Lactose, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat. **Filmüberzug:** Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxidhydrat und Eisen(III)-oxid (E172), Talkum. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Zytostatikum (Antimetabolit), ATC-Code: L01BC06. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

HARMONETTE - Dragees

Z.Nr. 1-21827, **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gestagene und Estrogene in fixer Kombination

ATC-Code: G03AA10, **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Dragee enthält: 75 µg Gestoden und 20 µg Ethinylestradiol. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat 37,505 mg und Saccharose 19,660 mg je überzogen-gener Tablette. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon, Magnesiumstearat, Saccharose, Polyethylenglykol, Calciumcarbonat, Talk, Montanglycolwachs. **Anwendungsgebiete:** Orale hormonale Kontrazeption. **Gegenanzeigen:** HARMONETTE ist kontraindiziert bei: Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil von HARMONETTE, bestehenden oder vorausgegangenen arteriellen Thromboembolien; bestehenden oder vorausgegangenen venösen Thromboembolien wie tiefe Venen thrombose, Lungenembolie; erblicher oder erworbener Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose, zerebrovaskuläre oder koronare Arterienkrankungen, angeborenen oder erworbenen Thrombophilien, Kopfschmerzen mit fokalen neurologischen Symptomen, wie Aura; unkontrollierter Hypertonie, Herzklappenerkrankungen, thrombogenen Herzrhythmusstörungen, Diabetes mellitus mit Mikro- oder Makroangiopathie; bestehendem oder vermutetem Mammakarzinom; Endometriumkarzinom oder anderen bestehenden oder vermuteten estrogen-abhängigen Neoplasien; Leber-Adenomen oder -Karzinomen oder bestehenden Lebererkrankungen, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben; Genitalblutungen unklarer Genese, Schwangerschaft, Stillzeit. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., 1210 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu den Abschnitten „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“, „Nebenwirkungen“ und „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“** sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

LOETTE – Filmtabletten

Z.Nr. 1-23211, **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gestagene und Estrogene in fixer Kombination, **ATC-Code:** G03AA07, **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 rosa Filmtablette enthält 0,100 mg Levonorgestrel und 0,020 mg Ethinylestradiol. Die weißen Filmtabletten sind wirkstofffrei (Placebo). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Rosa Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose, Lactose Monohydrat, Polacrillin Kalium, Magnesiumstearat, Polyethylenglykol, Montanglycolwachs, Farbstoff bestehend aus Hydroxypropylmethylcellulose und Eisenoxid rot (E 172) und Titandioxid (E 171). Weiße Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose, Lactosemonohydrat, Magnesiumstearat, Polacrillin Kalium, Polyethylenglykol, Montanglycolwachs Farbstoff bestehend aus Hydroxypropylmethylcellulose, Hydroxypropylcellulose, Titandioxid (E171), Polyethylenglykol. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von milder bis mittelschwerer Acne vulgaris bei postmenarchalen, prämenopausalen Frauen, die gleichzeitige Kontrazeption wünschen. Hormonale, orale Kontrazeption. **Gegenanzeigen:** LOETTE ist kontraindiziert bei: bestehender oder vorausgegangener tiefer Venenthrombose, bestehender oder vorausgegangener Thromboembolie, Erkrankungen der cerebrovaskulären oder koronaren Gefäße, thrombogenen Valvulopathien, thrombogenen Rhythmusstörungen, angeborenen oder erworbenen Thrombophilien, Kopfschmerzen mit fokalen neurologischen Symptomen, wie Aura, schwerem Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen, unkontrolliertem Bluthochdruck, bestehendem oder Verdacht auf Brustkrebs, oder anderen östrogen-abhängigen Neoplasmen, Leberadenomen oder -karzinomen, oder bestehenden Lebererkrankungen, solange die Leberfunktion nicht wieder zu Normalwerten zurückgekehrt ist, nicht abgeklärten Genitalblutungen, Sichelzellanämie, Hyperliproteinämie, Gelbsucht oder Pruritus während einer früheren Schwangerschaft; Dubin-Johnson-Syndrom, Rotor-Syndrom, Herpes gestationis in der Anamnese; Otosklerose mit Verschlechterung in einer früheren Schwangerschaft, bestehender oder Verdacht auf Schwangerschaft, Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile von LOETTE. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., 1210 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu den Abschnitten „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“, „Nebenwirkungen“ und „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“** sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

MINESSE 15 Mikrogramm/60 Mikrogramm Filmtabletten QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:

Eine hellgelbe Filmtablette (wirkstoffhaltig) enthält: Ethinylestradiol: 15 Mikrogramm; Gestoden: 60 Mikrogramm; Sonstiger Bestandteil: Lactose. Die weißen Filmtabletten sind wirkstofffrei (Placebo). Sonstiger Bestandteil: Lactose. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Orale hormonale Kontrazeption. **GEGENANZEIGEN:** Dieses Arzneimittel ist kontraindiziert bei: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, bestehenden oder vorausgegangenen arteriellen Thromboembolien, bestehenden oder vorausgegangenen venösen Thromboembolien wie tiefe Venenthrombose, Lungenembolie, erblicher oder erworbener Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose, zerebrovaskuläre oder koronare Arterienkrankungen, unkontrollierter Hypertonie, Herzklappenerkrankungen, thrombogenen Herzrhythmusstörungen, Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen wie Aura in der Anamnese, Diabetes mellitus mit Mikro- oder Makroangiopathie, bestehendem oder vermutetem Mammakarzinom, Endometriumkarzinom oder anderen bestehenden oder vermuteten estrogenabhängigen Neoplasien, Leber-Adenomen oder -Karzinomen oder bestehenden Lebererkrankungen, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben, Genitalblutungen unklarer Genese. **SONSTIGE BESTANDTEILE:** Hellgelbe Filmtabletten (wirkstoffhaltig): Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Polacrillin-Kalium, Opadry gelb YS-1-6386-G (Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172)), Macrogol 1450, Wachs E (Montanglycolwachs). Weiße Filmtabletten (Placebo): Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Polacrillin-Kalium, Opadry weiß Y-5-18024 – A (Hypromellose, Hydroxypropylcellulose, Titandioxid (E171), Macrogol 400), Macrogol 1500, Wachs E (Montanglycolwachs). **INHABER DER ZULASSUNG:** Wyeth-Lederle Pharma GmbH, Storchengasse 1, 1150 Wien, Österreich **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Gestagene und Estrogene, fixe Kombination. **ATC-CODE:** G03AA10. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu den Abschnitten „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“, „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“, „Schwangerschaft und Stillzeit“ und „Nebenwirkungen“** sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

SAYANA 104 mg / 0,65 ml Injektions suspension

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Fertigspritze enthält eine Einzeldosis mit 104 mg Medroxyprogesteronacetat (MPA) in 0,65 ml Injektions suspension. Sonstige Bestandteile: Methyl-4-hydroxybenzoat: 1,04 mg, Propyl-4-hydroxybenzoat: 0,0975 mg, Natrium: 2,47 mg. Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1 der Fachinformation. **Anwendungsgebiete:** SAYANA wird zur Langzeit-Empfangnisverhütung bei Frauen eingesetzt. Die subkutane Injektion verhindert die Ovulation. Dadurch kann für mindestens 13 Wochen (+/- 1 Woche) verhütet werden. Es muss jedoch beachtet werden, dass sich das Wiedereintreten der Fruchtbarkeit (Ovulation) bis zu einem Jahr nach Absetzen von SAYANA verzögern kann (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Unter Anwendung von SAYANA über einen längeren Zeitraum (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation) kann es bei Frauen aller Altersstufen zu einer Abnahme der Knochendichte kommen. Aus diesem Grund muss eine Nutzen-/Risiko-Bewertung, welche auch den Abbau an Knochendichte während Schwangerschaft und Stillzeit berücksichtigt, erfolgen. *Anwendung bei jugendlichen Frauen (12 bis 18 Jahre):* Bei jugendlichen Frauen ist die Anwendung von SAYANA nur dann angezeigt, wenn andere Verhütungsmethoden als ungeeignet oder inakzeptabel erachtet werden, aufgrund der unbekannteren Langzeiteffekte von SAYANA auf die Knochendichte während der kritischen Zeit des Knochenwachstums (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Es wurden keine Studien über die Anwendung von SAYANA bei Frauen unter 18 Jahren durchgeführt, jedoch sind Daten über die Anwendung von i.m. verabreichtem Medroxyprogesteronacetat in dieser Patientengruppe verfügbar. **Gegenanzeigen:** SAYANA ist kontraindiziert bei - Patientinnen mit bekannter Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; - während der Schwangerschaft oder bei Verdacht darauf; - Patientinnen mit bekannten oder vermuteten bösartigen Erkrankungen der Brust oder Geschlechtsorgane; - Patientinnen mit Vaginablutungen ungeklärter Ursache; - Patientinnen mit schweren Funktionsstörungen der Leber; - Patientinnen mit Knochenkrankungen aufgrund von Stoffwechselstörungen; - Patientinnen mit aktiven thromboembolischen Erkrankungen sowie bei Patientinnen mit akuten oder in der Anamnese aufgetretenen zerebrovaskulären Erkrankungen. **ATC-Code:** G03AC06. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Stand der Information:** Februar 2010. **Rezeptpflicht / Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen** entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Femara 2,5 mg – Filmtabletten

QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: Wirkstoff: Letrozol; 1 Filmtablette enthält 2,5 mg Letrozol; Sonstige Bestandteile: 1 Filmtablette enthält 61,5 mg Lactose; **Liste der sonstigen Bestandteile: Die Tabletten enthalten:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, Natrium-Stärke-Glykolat, Magnesiumstearat und kolloidales wasserfreies Siliciumdioxid; Überzug: Hypromellose, Macrogol 8000, Talk, Titandioxid (E 171), gelbes Eisenoxid (E 172); **Anwendungsgebiete:** Adjuvante Therapie postmenopausaler Frauen mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom im Frühstadium; Erweiterte adjuvante Therapie des hormonabhängigen Mammakarzinoms im Frühstadium bei postmenopausalen Frauen nach vorheriger adjuvanter Standardtherapie mit Tamoxifen über 5 Jahre; First-line-Behandlung des hormonabhängigen fortgeschrittenen Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen; Fortgeschrittenes Mammakarzinom bei Frauen mit einem postmenopausalen Hormonstatus, nachdem nach Behandlung mit einem Antiöstrogen ein Rückfall oder ein Fortschreiten der Erkrankung eingetreten ist. Der postmenopausale Hormonstatus kann bei diesen Frauen auf natürliche Weise eingetreten oder künstlich hervorgerufen worden sein. Die Wirksamkeit bei Patientinnen mit hormonrezeptornegativem Mammakarzinom wurde nicht nachgewiesen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; Prämenopausaler Hormonstatus; Schwangerschaft, Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6 Schwangerschaft und Stillzeit und 5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit); **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Enzymhemmer, Nicht-steroidale Aromatasehemmer (Hemmer der Östrogen-Biosynthese); Antineoplastisches Mittel. ATC-Code: L02B G04; **INHABER DER ZULASSUNG:** Novartis Pharma GmbH, Wien; **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig. **Informationen über Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Angaben über Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** www.novartis.at

Taxotere 20 mg /1 ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Taxotere 80 mg /4 ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder ml des Konzentrates enthält 20 mg Docetaxel als Trihydrat. Eine Durchstechflasche mit 1 ml/4 ml Konzentrat enthält 20 mg/ 80 mg Docetaxel. Sonstige Bestandteile: Jede Durchstechflasche mit Konzentrat enthält 0,5 ml/2 ml Ethanol (395 mg). • **Liste der sonstigen Bestandteile:** Polysorbat 80, Ethanol, Citronensäure-Monohydrat. • **Anwendungsgebiete: Brustkrebs:** TAXOTERE ist in Kombination mit Doxorubicin und Cyclophosphamid für die adjuvante Therapie von Patientinnen mit operablem, nodal positivem Brustkrebs angezeigt. TAXOTERE ist in Kombination mit Doxorubicin zur Behandlung von Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs ohne vorausgegangene Chemotherapie angezeigt. Die TAXOTERE Monotherapie ist zur Behandlung von Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs nach Versagen einer Chemotherapie angezeigt. Die vorausgegangene Chemotherapie sollte ein Anthracyclin oder Alkylanzien enthalten haben. TAXOTERE ist in Kombination mit Trastuzumab angezeigt zur Behandlung von Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom, deren Tumore HER2 überexprimieren und die vorher noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. TAXOTERE ist in Kombination mit Capecitabin zur Behandlung von Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs nach Versagen einer Chemotherapie angezeigt. Die frühere Behandlung sollte ein Anthrazyklin enthalten haben. **Nicht kleinzelliges Bronchialkarzinom:** TAXOTERE ist zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom nach Versagen einer vorausgegangenen Chemotherapie angezeigt. TAXOTERE ist in Kombination mit Cisplatin zur Behandlung von Patienten mit nicht-resezierbarem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom ohne vorausgegangene Chemotherapie angezeigt. **Prostatakarzinom:** TAXOTERE ist in Kombination mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung von Patienten mit hormonrefraktärem metastasiertem Prostatakarzinom angezeigt. **Adenokarzinom des Magens:** TAXOTERE ist in Kombination mit Cisplatin und 5-Fluorouracil angezeigt zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Adenokarzinom des Magens, einschließlich Adenokarzinom der gastroösophagealen Übergangszone, die keine vorherige Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. **Kopf-Hals-Karzinome:** TAXOTERE ist in Kombination mit Cisplatin und 5-Fluorouracil für die Induktions- und Konsolidationstherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich angezeigt. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Patienten mit einer Neutrophilenzahl < 1500 Zellen/mm³. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung. Die für andere Arzneimittel geltenden Gegenanzeigen gelten gleichermaßen für die Kombinationen dieser Arzneimittel mit Docetaxel. • **Inhaber der Zulassung:** Aventis Pharma S.A., 20 avenue Raymond Aron, 92165 Antony Cedex, Frankreich. • **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** NR, apothekenpflichtig. • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Taxane, ATC-Code: L01CD 02. • Taxotere unterliegt nicht den Vorschriften über Suchtmittel. • **Stand der Information:** 21.12.2009. **Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS (Kurzfassung): **Bezeichnung des Arzneimittels:** Caelyx 2 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml Caelyx enthält 2 mg Doxorubicin-Hydrochlorid in einer polyethylenglykolisierten, liposomalen Formulierung. Caelyx, eine Liposomenformulierung, enthält Doxorubicin-Hydrochlorid, das in Liposomen eingeschlossen und an deren Oberfläche Methoxyethylenglykol (MPEG) gebunden ist. Durch den Prozess der Polyethylenglykolisierung werden die Liposomen vor der Erkennung durch das Monozyten-Makrophagen-System geschützt, was ihre Kreislaufzirkulation verlängert. **Liste der sonstigen Bestandteile:** -(2-[1,2-distearoyl-sn-glycerol(3)phosphoxyethylcarbamoyl]-methoxypoly(oxyethylen)-40 Natriumsalz (MPEG-DSPE), vollhydriertes Phosphatidylcholin aus Sojabohnen (HSPC), Cholesterol, Ammoniumsulfat, Saccharose, Histidin, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure, Natriumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Caelyx ist indiziert: – Als Monotherapie bei Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom mit erhöhtem kardialen Risiko. – Zur Behandlung von Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom nach Versagen einer platinhaltigen First-Line-Chemotherapie. – In Kombination mit Bortezomib zur Behandlung des progressiven multiplen Myeloms bei Patienten, die zumindest eine vorangegangene Therapie erhalten haben, und die sich bereits einer Knochenmarkstransplantation unterzogen haben bzw. dafür ungeeignet sind. – Zur Behandlung von Patienten mit AIDS-assoziiertem Kaposi-Sarkom (KS) mit niedrigen CD4-Werten (< 200 CD4-Lymphozyten/mm³) und umfangreichem mukokutanem und viszeralem Befall. Die Anwendung von Caelyx kann entweder als primäre systemische Chemotherapie erfolgen oder als sekundäre Chemotherapie bei AIDS-KS-Patienten, bei denen die Krankheit fortschreitet oder eine vorherige, systemische Kombinationschemotherapie mit mindestens zwei der folgenden Wirkstoffe – ein Vinca-Alkaloid, Bleomycin und Standard-Doxorubicin (oder sonstige Anthrazykline) – nicht toleriert wurde. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Caelyx darf nicht bei AIDS-KS-Patienten angewendet werden, die erfolgreich mit lokaler Therapie oder systemischer α -Interferon-Therapie behandelt werden können. **Schwangerschaft und Stillzeit:** *Schwangerschaft:* Von Doxorubicin-Hydrochlorid wird angenommen, dass es, wenn es während der Schwangerschaft angewendet wird, schwere konnatale Defekte verursachen kann. Daher darf Caelyx nicht während der Schwangerschaft angewendet werden, es sei denn, dies ist eindeutig erforderlich. Frauen im gebärfähigen Alter muss geraten werden, eine Schwangerschaft so lange zu vermeiden, wie sie oder ihr männlicher Partner Caelyx erhalten und darüber hinaus bis zu sechs Monate nach Abschluss der Caelyx-Therapie. *Stillzeit:* Es ist nicht bekannt, ob Caelyx in die Muttermilch übergeht. Mütter müssen vor Beginn der Behandlung das Stillen einstellen, da viele Arzneimittel, einschließlich Anthrazykline, in die Muttermilch übergehen und auf Grund des Potentials schwerwiegender Nebenwirkungen durch Caelyx für gestillte Kinder. Gesundheitsexperten empfehlen HIV-infizierten Frauen, ihre Säuglinge auf keinen Fall zu stillen, um eine HIV-Übertragung zu vermeiden. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Zytostatika (Anthrazykline und verwandte Substanzen), ATC-Code:L01DB. **Pharmazeutischer Unternehmer:** SP Europe, 73, rue de Stalle, BE-1180 Bruxelles, Belgien. **Abgabe:** NR, rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Februar 2009. **Weitere Angaben zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Auswirkung auf die Verkehrstüchtigkeit und das Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, pharmakologische Eigenschaften und pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

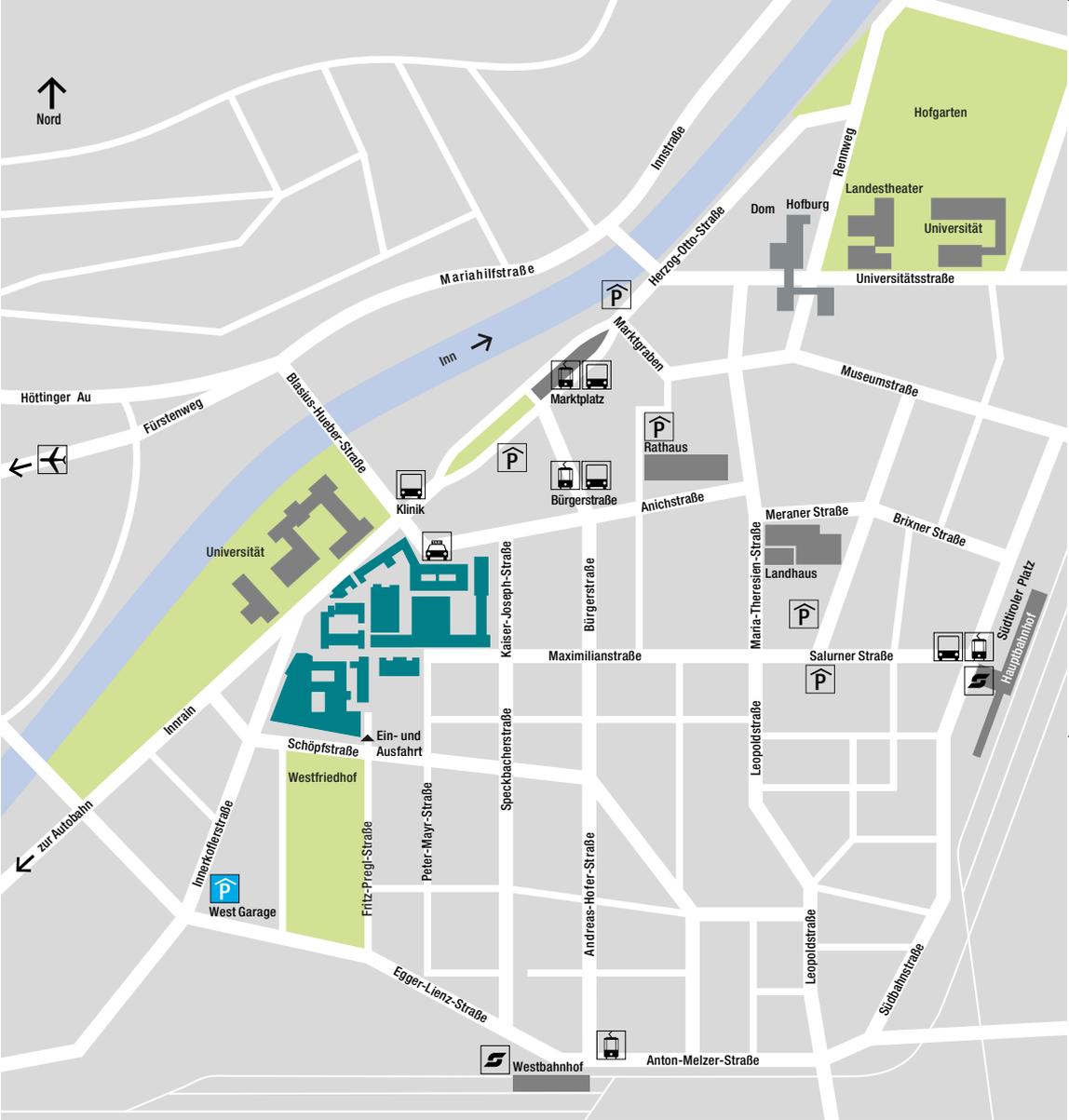
CAE-179-2010-040510

1. Gordon et al. Gynecol Oncol 95: 1-8, 2004.
2. Alba et al. J Clin Oncol (43rd Ann. Mtg. Am. Soc. Clin. Oncol., ASCO, Chicago, IL, USA, June 1-5, 2007) 25: Abstr. No. 1007, 2007.
3. In Kombination mit Bortezomib. Oriowski et al. J Clin Oncol 25: 3892-3901, 2007.

© Registered Trademark of Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of MERCK & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, U.S.A. Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H., Am Euro Platz 2, 1120 Wien. Vor Verschreibung beachten Sie bitte die vollständige publizierte Fachinformation.

Yondelis® 0,25 mg / 1 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche Yondelis 0,25 mg / 1 mg enthält 0,25 mg / 1mg Trabectedin. 1ml rekonstituierte Lösung enthält 0,05 mg Trabectedin. Sonstige Bestandteile: Jede Durchstechflasche Yondelis 0,25 mg / 1 mg enthält 2 mg / 8 mg Kalium, 0,1 g / 0,4 g Sacrose, Phosphorsäure und Kaliumhydroxid (zur pH-Anpassung). **Anwendungsgebiete:** Yondelis ist indiziert für die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Weichteilsarkom nach Versagen von Anthrazyklinen und Ifosfamid, bzw. von Patienten, bei denen sich die Anwendung dieser Mittel nicht eignet. Die Wirksamkeitsdaten basieren vorwiegend auf Patienten mit Liposarkom und Leiomyosarkom. Yondelis in Kombination mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin (PLD) ist indiziert für die Behandlung von Patientinnen mit einem platinresistenten Ovarialkarzinomrezidiv. **Anwendung:** Zur intravenösen Anwendung nach Rekonstitution und weiterer Verdünnung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Trabectedin oder einen der sonstigen Bestandteile. Begleitende schwere oder unkontrollierte Infektion. **Stillzeit:** Kombinierte Anwendung mit Gelbfieberevazkin. CYP3A4 Isoenzym hemmende Medikamente. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Sacrose, Kaliumdihydrogenphosphat, Phosphorsäure (zur pH-Anpassung), Kaliumhydroxid (zur pH-Anpassung). **Inhaber der Zulassung:** Pharma Mar, S.A., Avda. de los Reyes 1, Polígono Industrial La Mina, 28770 Colmenar Viejo (Madrid), Spanien. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastisches Mittel, ATC-Code: L01CX01. **Stand der Information:** November 2009. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



Impressum:

Jahresbericht 2009 des Departments Frauenheilkunde Innsbruck
 Herausgeber und f.d.l.v.: O.Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
 Redaktion: Mag. Franz Preishuber
 A-6020 Innsbruck • Anichstraße 35, Tel.: +43(0)50 504-230 51
 frauenheilkunde@uki.at, www.frauenklinik.at
 Fotos (falls nicht anders angegeben): Thomas Jenewein
 Titelbild: Christian Marth
 Satz und Druck: Robidruck, www.robidruck.co.at

YONDELIS®* IN KOMBINATION MIT PLD**:
DIE NEUE OPTION BEIM OVARIALKARZINOM

YONDELIS®*

UND PLD SETZEN ALS KOMBINATION
EINEN NEUEN MASSSTAB BEIM
REZIDIERTEN, PLATINSENSIBLEN
OVARIALKARZINOM

Trabectedin: Ursprünglich aus einer Seescheide (ein mariner Tunicat) *Ecteinascidia Turbinata* gewonnen, wird jetzt in einem synthetischen Prozess hergestellt



Yondelis® von PharmaMar ist für eine neue Indikation erhältlich. **Yondelis®** in Kombination mit PLD ist eine neue Option für die Behandlung des platinresistenten Ovarialkarzinoms mit nachgewiesenem klinischen Benefit.^{2,3} Es ist die erste nicht platinhaltige und nicht taxanhaltige Kombination wirksam in dieser Indikation. Eine Kombination mit vorhersehbarer Sicherheitsprofil.^{2,3}

YONDELIS: EINE NEUARTIGE ENTWICKLUNG FÜR DIE BEHANDLUNG DES REZIDIERTEN OVARIALKARZINOMS



**Pharma
Mar**
Grupo Zeltia

~30.000 Frauen
sterben jährlich an
Ovarialkarzinom in
Europa!

* Yondelis® 0,25/1 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionskonzentrats.

**PLD: pegyliertes liposomales Doxorubicin.

Fachkurzinformation siehe Seite 176

Literatur: 1. Globocan 2002. 2. Trabectedin (Yondelis): Summary of Product Characteristics. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/yondelis/yondelis.htm> (accessed 2009 November). 3. BJ Monk, T Herzog, S Kaye, et al. A Randomized Phase III Study of Trabectedin with Pegylated Liposomal Doxorubicin (PLD) vs PLD in Relapsed, Recurrent Ovarian Cancer OVA-301. ESMO 2008: Abstract LBA4.