

Jahresbericht 2013/2014

Department Frauenheilkunde Innsbruck

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



Gleichzeitig spenden und vorsorgen – die VitaPlusSpende

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

VitaPlusSpende

Bei Vita 34 können Eltern das Nabelschnurblut für ihr Kind einlagern und gleichzeitig in ein öffentliches Spenderegister eintragen lassen – eine einmalige Kombination!

Wie funktioniert das?

Nachdem überprüft wurde, ob das Nabelschnurblut als Spende geeignet ist, werden die Gewebemerkmale über das Stammzellregister auf www.stemcellsearch.org weltweit für eine Stammzell-Suche zur Verfügung gestellt. Benötigt ein Patient diese Stammzellen, fragt der behandelnde Arzt bei Vita 34 an.

Erst wenn die Eltern der Abgabe des Nabelschnurbluts schriftlich zustimmen, führt Vita 34 weitere Voruntersuchungen durch und gibt das Nabelschnurblut zur Behandlung ab. Falls sich Eltern gegen eine Spende entscheiden sollten, bleibt das Nabelschnurblut Eigentum ihres Kindes.

Vorteile auf einen Blick:

- 85% aller werdenden Eltern wünschen sich, die Eigenvorsorge für das eigene Kind mit einer Spende kombinieren zu können. VitaPlusSpende macht es möglich.
- Das Vita 34-Modell kombiniert die private Vorsorge mit der öffentlichen Spende.
- VitaPlusSpende schließt die Lücke zwischen den bisherigen drei Möglichkeiten (Eigenvorsorge, gerichtete Spende, ungerichtete Spende), Nabelschnurblut aufzubewahren.
- Die Option ermöglicht eine öffentliche Spende, ohne das staatliche Gesundheitssystem zu belasten. Es ist derzeit die einzige Möglichkeit, in Österreich Nabelschnurblutstammzellen zu spenden.



VitaPlusSpende

Nabelschnurblut spenden und gleichzeitig für das eigene Kind aufbewahren

Informieren Sie sich jetzt!

Weitere Informationen zu VitaPlusSpende und anderen Leistungen von Vita 34 erhalten Sie auf

www.vita34.at/vitaplusspende

telefonisch unter

00800 034 00 000 (kostenfrei)

oder per Mail

beratung@vita34.at

sicher · erstklassig · innovativ

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	Christian Marth	3
Team Frauenheilkunde	1. Team Frauenheilkunde	4
	1.1. Team Gynäkologie und Geburtshilfe	6
	1.2. Team Endokrinologie	6
	1.3. Gegenfach, Karenz, Elternteilzeit	6
Struktur	2. Struktur	8
	2.1. Organigramm	8
	2.2. Stellenplan	9
	2.3. MitarbeiterInnen	10
Berichte	3. Berichte	11
	3.1. Geburtshilfe	12
	3.1.1. Zusammenarbeit Geburtshilfe – Neonatologie	15
	3.2. Fetalmedizin	16
	3.3. Gynäkologie	19
	3.4. Onkologie	20
	3.5. Brustzentrum d. Frauenheilkunde im Rahmen des BrustGesundheitZentrum Tirol	22
	3.6. Biochemisches Labor	25
	3.7. Klinische Studien	28
	3.8. Sozialberatung	32
Besonderes	4. Besonderes	34
	4.1. MitarbeiterInnen-Kinder: geboren 2013/14	34
	4.2. Seit 2013/14 neu im Haus – herzlich willkommen	36
	4.3. Facharztprüfung bestanden – wir gratulieren!	38
	4.4. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner	38
	4.5. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Nicole Concini – Professur für Experimentelle Frauenheilkunde	39
	4.6. PD OA Dr. Michael Hubalek – Habilitation am 26. Juni 2014	40
	4.7. Prof. Christian Marth leitet europäisches Forschungsnetzwerk (ENGOT)	42
	4.8. Prof. Christian Marth – Neuer Präsident der Tiroler Krebshilfe	43
	4.9. GANNET53	44
	4.10. PDL DGKS Elisabeth Schmid – ein Arbeitsleben lang im Dienste der Frauenklinik	45
	4.11. Loas 2013	46
Klinisches Leistungsspektrum	5. Klinisches Leistungsspektrum	48
	Ambulanzen	48
	Stationen	48
	Einzugsgebiet	49
	Altersstruktur	49
	MitarbeiterInnen	50
	Erlöse – Aufwand	52
	5.1. Ambulanz-Sprechstunden	52
	5.1.1. Allgemeine Ambulanz	52
	5.1.2. BrustGesundheitZentrum-Sprechstunde	53
	5.1.3. Endokrinologie-Sprechstunde	53
	5.1.4. Onkologie-Sprechstunde	53
	5.1.5. Schwangeren-Sprechstunde	53
	5.1.6. Ultraschall-Fetalmedizin	54
	5.1.7. Urodynamik	54
	5.2. Spezialsprechstunden	54
	5.2.1. Dysplasie/KVF	54

	5.2.2. Familiäre Malignome	54
	5.2.3. HIV	54
	5.2.4. Migrantinnen	54
	5.3. Labore	55
	5.3.1. Morphologisches Labor	55
	5.3.2. Labor für klinische Biochemie.	55
	5.4. Physiotherapie	55
	5.5. Sozialarbeit	56
	5.6. Geburtshilfe	57
	5.6.1. Hebammen-, Entbindungs- und Stillambulanz	57
	5.6.2. Geburtshilfe-Station	57
	5.6.3. Kreißsaal – Geburten.	57
	5.6.4. Station Mutter-Kind (Wochenstation)	58
	5.7. Pflegestationen/Tageskliniken	59
	5.7.1. Station Gynäkologie I (Sonderstation)	59
	5.7.2. Station Gynäkologie II (Operativ/Schwangere)	59
	5.7.3. Station Gynäkologie III (Onkologie/Mamma).	60
	5.7.4. Tagesklinik Gyn3.	60
	5.7.5. Tagesklinik Gyn4.	60
	5.8. OP-Statistik	61
	5.8.1. Gynäkologische Onkologie	61
	5.8.2. Gutartige Indikationen.	62
	5.8.3. Geburtshilfe	63
Qualität ist uns wichtig!	6. Qualität ist uns wichtig!	64
	6.1. Patientinnen-Zufriedenheit	65
	6.2. Qualitätsentwicklung und klinisches Risikomanagement	66
Forschung	7. Forschung	68
	7.1. Publikationen Gynäkologie und Geburtshilfe	68
	7.2. Publikationen Endokrinologie	74
	7.3. Laufende Studien	77
	7.3.1 Mamma-Studien	77
	7.3.2. Gyn. Onkologie-Studien	78
	7.3.3. Geburtshilfe-Studien	79
	7.3.4. Fetalmedizin-Studien.	79
	7.3.5. Gynäkologie-Studien	80
	7.3.6. Endokrinologische Studien	80
	7.3.7. Studienpatientinnen	80
Lehre	8. Lehre	83
	8.1. Lehrangebot	83
	8.2. Habilitationen/Dissertationen/Diplomarbeiten.	84
	8.3. Frühe Hilfen als ein Beispiel interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung.	86
Fortbildungen	9. Fortbildungen	87
	9.1. Montagskonferenzen	87
	9.2. Fach-Fortbildungen	89
Pressespiegel Adressen	10. Pressespiegel.	95
	11. Adressen Gynäkologie/Geburtshilfe.	113
	12. Adressen Endokrinologie	118



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ich freue mich, Ihnen den Jahresbericht 2013/2014 des Departments Frauenheilkunde der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe vorstellen zu können.

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

Die Vorbereitungsphase für diesen Jahresbericht wurde durch aktuelle Ereignisse überschattet. Derzeit erleben wir eine sehr kritische Phase, die mit dem neuen Arbeitszeitgesetz offensichtlich geworden ist. Dahinter steckt jedoch eine lange Entwicklung, die zu einer Verschlechterung der Situation der Ärztinnen und Ärzte geführt hat. Die hohe Reputation die der Berufstand einmal hatte, reichte nicht aus, solide und gute Arbeitsbedingungen zu erhalten. Ein System, bei dem ein insuffizientes Grundgehalt nur durch relativ gut honorierte Nachdienste ausgeglichen werden konnte, wird jetzt mit Limitierung der maximalen Arbeitszeit aufgedeckt. Seit vielen Jahren war die Einführung der neuen Regelung bekannt, allerdings haben es Gesundheitspolitiker verabsäumt, hier rechtzeitig und adäquat zu reagieren. Es ist unabdingbar, dass Ärztinnen und Ärzte eine leistungsgerechte und auch im internationalen Kontext vergleichbare Honorierung erhalten. Nur dadurch lässt sich bestmögliche klinische Versorgung und exzellente Wissenschaft erwarten. Neben dem wichtigen niedergelassenen Bereich spielen die Krankenhausärztinnen und -ärzte eine zentrale Rolle bei der Versorgung der PatientInnen. Die verständliche Frustration benötigt dringend Gegenmaßnahmen.

Ich hoffe sehr, dass die anstehenden Verhandlungen zwischen Ärzteschaft, Land, aber vor allem auch Bund, zu einem guten Ergebnis kommen, so dass wir auch in den nächsten Jahren auch weiterhin Ihnen eine wirklich positive Erfolgsbilanz präsentieren können.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marth', written over a light blue horizontal line.

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

1. Team Frauenheilkunde



Christian Marth



Thomas Praxmarer



Franz Preishuber



Otto Huter



Alain G. Zeimet



Siegfried Fessler

DEPARTMENT FRAUENHEILKUNDE

O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

Gf. Klinikdirektor

Mag. Franz Preishuber

Klinikmanager

DGKP Thomas Praxmarer

Pflegedienstleitung

Gf. OA Dr. Otto Huter

Qualitätsentwicklung und klinisches Risikomanagement

**UNIV.-KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE
UND GEBURTSHILFE**

**UNIV.-KLINIK FÜR GYNÄKOLOGISCHE
ENDOKRINOLOGIE UND
REPRODUKTIONSMEDIZIN**

O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

Direktor

O. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt

Direktor

**A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet
OA Dr. Siegfried Fessler**

Stellvertreter

PD Dr.ⁱⁿ Beata Seeber

Stellvertreterin

Leitungskreis

(situationsbezogen)

Christian Marth, Alexandra Ciresa-König,
Siegfried Fessler, Elisabeth Müller-Holzner,
Franz Preishuber, Angela Ramoni,
Alain G. Zeimet

KlinikKommunikationsKreis

(situationsbezogen)

Christian Marth, Siegfried Fessler, Peter
Greiderer, Anna Harm, Michael Hubalek,
Elisabeth Müller-Holzner, Tanja Posch, Franz
Preishuber, Günther Putz, Angela Ramoni,
Thomas Praxmarer, Regina Stadlmeier,
Alain G. Zeimet

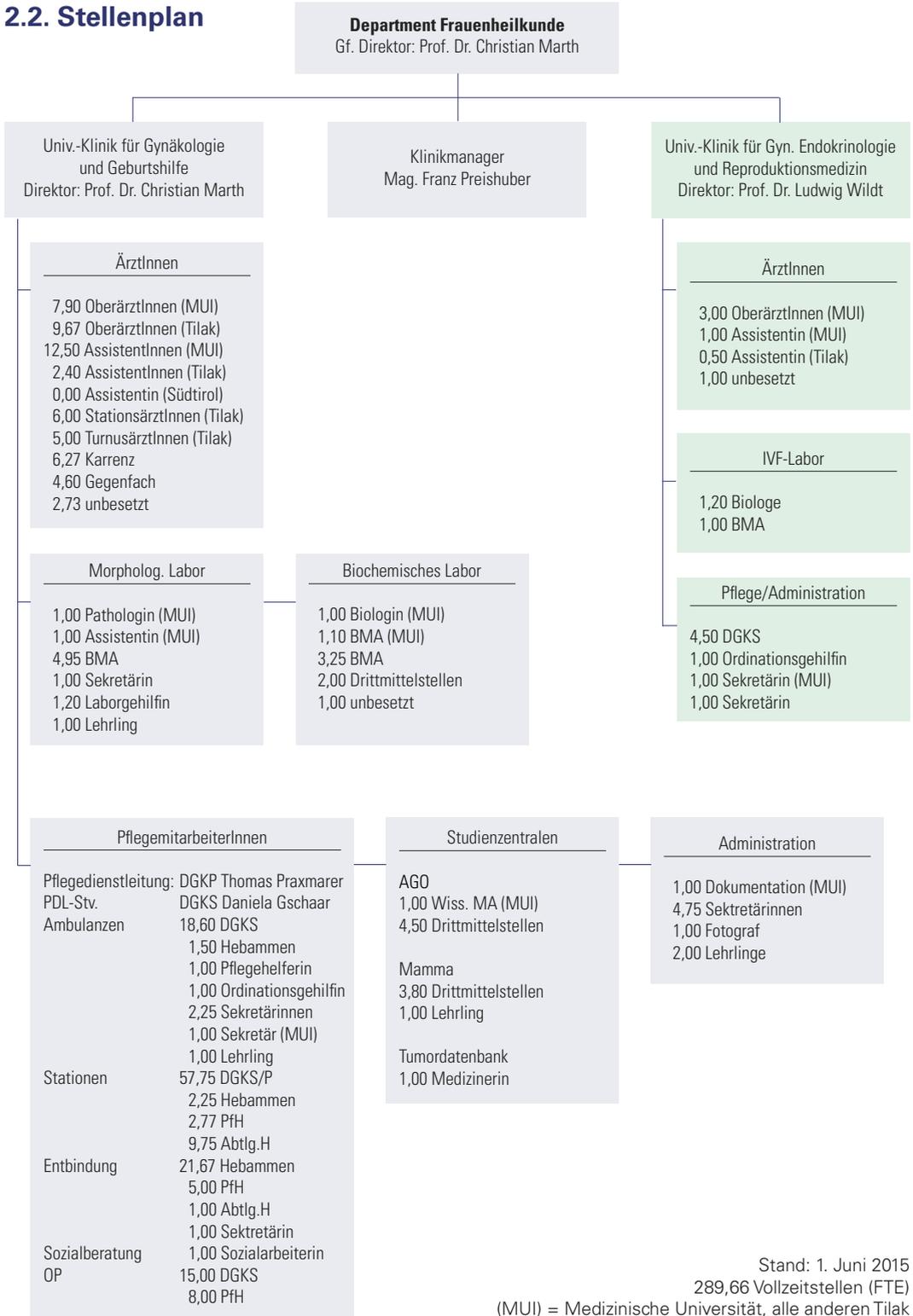
OberärztInnen-Konferenz

(quartalsweise)

Bereich	OberärztInnen
TEAM UNIV.-KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	
Perinatologie	Kreißsaal, Geburtshilfestation, Gyn4, Mutter-Kind-Station
Geburtshilfe	OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni OÄ Dr. ⁱⁿ Doris Bastl (40 %) OÄ Dr. ⁱⁿ Astrid Berger FÄ Dr. ⁱⁿ Christine Brunner (60 %) OÄ Dr. ⁱⁿ Gudrun Windbichler
Sonographie	Ass.-Prof. Dr. Alexander Alge (50 %) OÄ Dr. ⁱⁿ Michaela Angerer-Dengg (50 %) OÄ Dr. ⁱⁿ Irene Mutz-Dehbalaie (50 %)
Onkologie	Gyn1, Gyn3, Morphologie, Brustzentrum, Onkologische
Sonderstation	Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
Onkologie	A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet Ass.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Elisabeth Abfalter (50 %) PD Dr. Daniel Reimer OÄ Dr. ⁱⁿ Anouk Wagener
Brustzentrum	PD Dr. Michael Hubalek OA Dr. Daniel Egle
Morphologisches Labor	FA Dr. Afschin Soleiman
Biochemisches Labor	Assoz.-Prof.ⁱⁿ PDⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Heidi Fiegl
Experimentelle Frauenheilkunde	Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin
Operativ	Gyn2, OP, Allg. Ambulanz, Urodynamik, HIV, Dysplasie,
Gynäkologie	OA Dr. Siegfried Fessler OÄ Dr. ⁱⁿ Alexandra Ciresa-König (67 %) OA Dr. Stephan Kropshofer Ass.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Elisabeth Sölder A. Univ.-Prof. Dr. Andreas Widschwendter
Urodynamik	OA Dr. Stephan Kropshofer
TEAM UNIV.-KLINIK FÜR GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN	
Kinderwunsch (IVF, ICSI)	Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt
Hormonsprechstunde (Zyklusstörungen, Postmenopause, zyklusabhängige Erkrankungen, Kontrazeption, Transgender)	A. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka OÄ Dr. ⁱⁿ Katharina Feil OÄ Dr. ⁱⁿ Verena Porto OÄ Dr. ⁱⁿ Beata Seeber
First-Love-Sprechstunde, Kinder-Gynäkologie	OÄ Dr. ⁱⁿ Beata Seeber
IVF-Labor	Dr. Wolfgang Biasio
Forschungslabor	PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Susanne Hofer (20 %) OÄ Dr. ⁱⁿ Beata Seeber
GEGENFACH, KARENZ, ELTERNTEILZEIT	
Gegenfach	
Karenz	OÄ Dr. ⁱⁿ Bettina Böttcher OÄ Dr. ⁱⁿ Elisabeth D'Costa OÄ Dr. ⁱⁿ Christine Brantner OÄ Dr. ⁱⁿ Verena Weiskopf-Schwendinger (27 %)
Elternteilzeit	FÄ Dr. ⁱⁿ Christine Brunner (60 %)

AssistentInnen	StationsärztInnen	Stationsschwester/BMA (Ltg.)
on, Schwangerenambulanz, Sonographie		
Dr. ⁱⁿ Serab Coban Dr. ⁱⁿ Valeria Colleselli Dr. ⁱⁿ Jessica Holly Dr. Gabriel Schmid	Dr. ⁱⁿ Branka Firulovic	<i>Kreißsaal und Geburtshilfestation:</i> Dipl. Heb. Anna Harm <i>Mutter-Kind-Station:</i> DGKS Aurelia Föger <i>Gynäkologie 2:</i> DGKS Carina Fiegl
Dr. Ayad Shihab Dr. ⁱⁿ Eva-Maria Strobl		
Ambulanz, Familiäre Malignome		
Dr. ⁱⁿ Nadija Engleder Dr. Sebastian Schröcksnadel	Dr. ⁱⁿ Jasmina Suljkanovic	<i>Gynäkologie 1:</i> DGKS Eva Triendl
Dr. ⁱⁿ Sandra Mayr	Dr. ⁱⁿ Petra Wiesbauer <i>Gyn3Tagesklinik:</i> Dr. ⁱⁿ Johanna Salzer (75 %) Dr. ⁱⁿ Hildegard Wegscheider (75 %)	<i>Gynäkologie 3:</i> DGKS Tanja Posch
Dr. ⁱⁿ Caroline Brunner Dr. ⁱⁿ Michaela Potrusil Dr. ⁱⁿ Helene Schaffenrath	Dr. ⁱⁿ Sarah Girstmair (75 %)	
Dr. ⁱⁿ Isgard Eyberg (GF)		BMA Martina Neuner
Laser		
Dr. ⁱⁿ Samira Abdel Azim Dr. ⁱⁿ Theresa Czech Dr. ⁱⁿ Johanna Tiechl	Dr. ⁱⁿ Bettina Geiger-Wiedermann (50 %) <i>Gyn4Tagesklinik:</i> FA Dr. ⁱⁿ Veronika Kunczicky	<i>Gynäkologie 2:</i> DGKS Carina Fiegl <i>Ambulanzen:</i> DGKS Regina Stadlmeir <i>Gyn4Tagesklinik:</i> DGKS Maria-Luise Holzknecht
Dr. ⁱⁿ Susanne Miglar Dr. ⁱⁿ Katharina Winkler (50 %)		DGKS Bernadette Mayr
Dr. ⁱⁿ Katharina Winkler (50 %)		BMA Doris Rosenfellner
Dr. ⁱⁿ Magdalena Ritter Dr. Hans-Peter Krause Dr. ⁱⁿ Gabi Gufler Dr. ⁱⁿ Michaela Peer Dr. ⁱⁿ Regina Nehoda		
Dr. ⁱⁿ Doris Huemer Dr. ⁱⁿ Christine Weger Dr. ⁱⁿ Elisabeth Zangerl		

2.2. Stellenplan



Stand: 1. Juni 2015
289,66 Vollzeitstellen (FTE)

(MUI) = Medizinische Universität, alle anderen Tilak

2.3. MitarbeiterInnen

An der Frauenklinik Innsbruck ist der Frauenanteil bei 7 Stationsärztinnen 100 %, bei 31 AssistentInnen 90,3 %, bei 26 OberärztInnen 53,8 % und – in Summe bei insgesamt 63 Ärztinnen ist der Frauenanteil 76,6 %.

In der Pflege ist die Verteilung mit 199 Frauen vs. 3 Männer eine eindeutige, sicher aber auch bedingt durch fast ausschließlich Patientinnen an der Klinik. Die Frau-Mann-Verteilung in der OP-Pflege mit fast ausschließlich Männern bei den OP-Assistenten ist teilweise bedingt durch deren Tätigkeiten wie z. B. häufige Umlagerungen.

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

Berufsgruppe	Frauen	Männer	Gesamt
ÄrztInnen	49	12	61
OberärztInnen	14	9	
AssistentInnen	28	3	
StationsärztInnen	7	0	
Pflege	199	3	202
DGKS/P/K	130	3	
Hebammen	32	0	
PfH, Ordinationsgeh., Sekretärinnen	23	0	
Abteilungshilfen	14	0	
OP-Pflege	17	10	27
DGKS/P	16	1	
OP-AssistentInnen	1	9	
Labore	15	2	17
BMA	12	1	
Abteilungshilfen	3	1	
Studienzentralen	9	1	10
Administration	9	3	12
Summe	298	31	329

(Stand 1. Juni 2015)

3. Berichte

Sonderstation



Christian Marth



Nadja Engleder



Sebastian Schröcksnadel



Jasmina Suljkanovic

3.1. Geburtshilfe

(OÄ Dr.ⁱⁿ Elisabeth D'Costa)



Angela Ramoni



Doris Bastl



Astrid Berger



Christine Brunner



Gudrun Windbichler



Gabi Gufler



Valeria Colleselli



Jessica Holly



Gabriel Schmid



Branka Firulovic

Im **Berichtsjahr 2013** haben 2.133 Mütter 2.196 Kinder geboren. Das ist ein leichter Rückgang im Vergleich mit dem Vorjahr, aber eine Steigerung um 10,5 % in den vergangenen 5 Jahren.

2013 wurden an unserer Klinik 62 mal Zwillinge und ein mal Drillinge geboren.

Im **Berichtsjahr 2014** haben 2.202 Mütter 2.283 Kinder geboren. Das ist ein langjähriger Höchststand und eine Steigerung um 9,3 % in den vergangenen 5 Jahren.

2014 wurden an unserer Klinik 75 mal Zwillinge und drei mal Drillinge geboren.

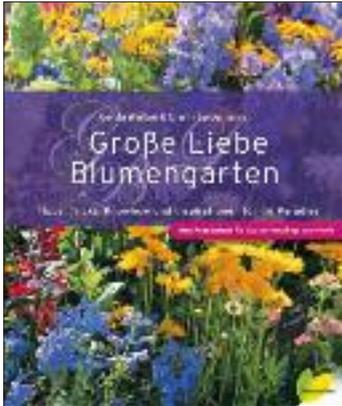
Der interessante geburtshilfliche Fall – Schwangere Frau mit systemischem Lupus erythematodes

Eine 31-jährige Patientin wurde in der 23+4 Schwangerschaftswoche (SSW) aus einem peripheren Krankenhaus zu uns transferiert. Bei der Frau war ein systemischer Lupus erythematodes mit Nierenbeteiligung sowie ein Antiphospholipidsyndrom bekannt. In der Schwangerschaft kam es zu einer erheblichen Wachstumsrestriktion mit Verschlechterung der Durchblutung des ungeborenen Kindes sowie einem akuten Schub der Grunderkrankung mit Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung) bei der Mutter. Die Gesamtsituation erforderte engmaschige Verlaufskontrollen um die Notwendigkeit einer Entbindung hinauszuzögern.

In dieser Schwangerschaftswoche hat das Neugeborene nur eine ca. 50 %ige Überlebenschance. Bei den überlebenden extremen Frühgeborenen können typische Komplikationen wie Gehirnblutungen, Atem-, Nieren- und Darmprobleme, Netzhautschäden, Infekte infolge eines unreifen Immunsystems aber auch neurologische Entwicklungsprobleme auftreten.

Der systemische Lupus erythematodes (SLE), auch Schmetterlingsflechte genannt, ist eine Autoimmunerkrankung und zählt zu den Kollagenosen (Bindegewebserkrankungen). Es richten sich körpereigene Abwehrmechanismen gegen das gesunde Gewebe was zu chronischen Entzündungen und Schädigungen der Haut, der Gelenke, dem Nervensystem und den inneren Organen führt. Die Erkrankung verläuft meist in Schüben. Eine Schwangerschaft birgt das Risiko, dass ein neuer Krankheitsschub ausgelöst wird. Früher wurde daher Lupus-Patientinnen von einer Schwangerschaft





Ein großes Danke an Erwin Seidemann. Er hat uns das ganze Jahr regelmäßig mit neuen Blumen aus seinem Blumenpark kostenlos versorgt

abgeraten. Heute weiß man, dass eine Schwangerschaft, wenn sie gut geplant und überwacht wird, auch bei Lupus-Patientinnen komplikationslos verlaufen kann. Im Falle unserer Patientin mit einer Nierenbeteiligung sowie Antiphospholipidsyndrom (Autoimmunerkrankung mit Thrombosen, wiederkehrenden Fehlgeburten und Risiko eines intrauterinen Fruchttodes) sind Komplikationen trotz entsprechender Behandlung wesentlich häufiger zu beobachten.

Bereits bei Kinderwunsch der Frau muss die medikamentöse Behandlung auf eine etwaige Schwangerschaft abgestimmt werden. Außerdem soll – um das Risiko für Mutter und Kind gering zu halten – die Schwangerschaft in einer krankheitsstabilen, schubfreien Phase eintreten. Mögliche Risiken sind u. a. Fehl- und Frühgeburten sowie Herzrhythmusstörungen, da bestimmte Antikörper (Ro-Antikörper oder Anti-SS-A-Antikörper) auf das Kind übertragen werden können.

Im Rahmen der stationären Aufnahme zeigte sich bei unserer Patientin eine Präeklampsie mit erhöhtem Blutdruck, zunehmenden Ödemen und Kopfschmerzen. Das Kind war deutlich zu klein für diese Schwangerschaftswoche und hatte sonographisch eine beginnende Verschlechterung der Dopplerwerte (Durchblutung). Die Frau wurde engmaschig interdisziplinär mit den Internisten bzw. Nephrologen betreut. Es erfolgte u. a. die präpartale Reifungsinduktion, eine tägliche klinische Kontrolle sowie tägliche Sonographie und Laborkontrollen. So gelang es, die Schwangerschaft um elf Tage zu verlängern. Leider verschlechterte sich die Situation auf mütterlicher Seite mit kaum therapierbarer Blutdruckerhöhung und erheblicher Einschränkung der Nierenfunktion. Dies erforderte die Beendigung der Schwangerschaft in der 25+1 SSW. Bei Beckenendlage und extremer Frühgeburtlichkeit wurde eine Sectio durchgeführt.

Das Mädchen hatte ein Geburtsgewicht von lediglich 450g, der Apgar 6/7/8. Es adaptierte anfänglich mit Atemunterstützung gut und wurde auf die neonatologische Intensivstation zur weiteren Diagnostik und Therapie verlegt. Dort wurde sie für insgesamt vier Monate betreut. In diesen Monaten wurde ein Atemnotsyndrom mit bronchopulmonaler Dysplasie (Lungenerkrankung) behandelt. Es erfolgte ein korrekter Verschluss des Herz-Kreislaufsystems durch medikamentöse Unterstützung. Behandelt wurde sie zudem wegen einer Gehirnblutung, einer Blutvergiftung, einer Blutarmut und Gelbsucht.

Erfreulicherweise entwickelt sich das Mädchen trotz des schwierigen Starts gut. Regelmäßige Nachsorgekontrollen an der Kinderklinik zeigen, dass sie noch zu klein für ihr Alter ist, sich allerdings motorisch und kognitiv regelrecht entwickelt.

Bei der Mutter kam es nach der Entbindung zu einer raschen Verbesserung der Gesamtsituation mit Normalisierung der Blutdruckwerte und Nierenfunktion. Eine Entlassung war nach gut einer Woche möglich. Aufgrund der Grunderkrankung wird sie regelmäßig an der nephrologischen Ambulanz ihres Heimatkrankenhauses untersucht.



3.1.1. Zusammenarbeit Geburtshilfe–Neonatologie

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

Eine 27-jährige Erstgebärende wurde bei zuvor unauffälligem Schwangerschaftsverlauf mit 25 Schwangerschaftswochen wegen einer intrauterinen Wachstumsretardierung des Kindes vom niedergelassenen Frauenarzt an die hiesige Frauenklinik zugewiesen. Aufgrund einer vorliegenden Plazentainsuffizienz wurde sie stationär aufgenommen. Bereits während des Aufenthaltes führte der behandelnde Frauenarzt ausführliche Gespräche mit den Eltern über die Schwangerschaft und die Indikation für eine vorzeitige Entbindung. Die zuständige Neonatologin klärte die Eltern über die Prognose des Kindes bei frühzeitiger Entbindung auf. Eine Lungenreifungsinduktion zur Verbesserung der respiratorischen Situation des Kindes bei Frühgeburtlichkeit wurde verabreicht. Aufgrund eines pathologischen Kardiotokogramms sowie zunehmender Verschlechterung der fetalen Dopplerwerte und mangelnden Wachstums musste nach insgesamt 28 Schwangerschaftswochen die Entbindung per Kaiserschnitt durchgeführt werden. Versorgung von Mutter und Kind waren komplikationslos, das Geburtsgewicht des kleinen Frühchens betrug 750 Gramm.

Der kleine Bub zeigte im Kreißsaal deutliche Zeichen einer erhöhten Atemanstrengung, weshalb eine mechanische Beatmung sowie die Gabe von Surfactant erforderlich waren. Die Entwöhnung von der Beatmung erfolgte sehr rasch, bereits nach sieben Stunden konnte der Bub selbstständig atmen. Allerdings musste der kleine Patient aufgrund einer Verschlechterung seiner abdominalen Problematik (Mekoniumileus) neuerlich für 5 Tage beatmet werden. Die Komplikation des verzögerten Abganges des Mekoniums konnte schlussendlich durch Einläufe erfolgreich therapiert werden. Eine Operation war nicht notwendig. Der Nahrungsaufbau gestaltete sich als schwierig, trotzdem konnte nach 2 Wochen die künstliche Ernährung abgesetzt werden, sodass der kleine Patient nur mehr Muttermilch erhielt.

Während des Aufenthaltes auf der neonatologischen Intensivstation wurden die Eltern in die Pflege und Versorgung ihres Kindes bestmöglich integriert. Die Besuchszeiten auf der Intensivstation ermöglichen häufige Besuche und das Verbringen von möglichst viel Zeit beim Kind. Dies ist zum Aufbau einer guten Eltern-Kind-Beziehung essentiell. Die routinemäßig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen des Gehirnes und die neurologische Untersuchung zeigten bei unserem kleinen Patienten einen unauffälligen Befund. Er wurde am errechneten Geburtstermin mit einem Gewicht von 2340 Gramm nach Hause entlassen.

Die weitere Betreuung und die Nachuntersuchungen erfolgten im Rahmen der Sprechstunde für Frühgeborenen-Nachsorge. Erfreulicherweise zeigt der kleine Patient bisher eine unauffällige Entwicklung. Er wird uns bis zum Eintritt in die Schule noch in regelmäßigen Abständen ambulant besuchen.

3.2. Fetalmedizin

(OÄ Dr.ⁱⁿ Christine Brantner)



Alexander Alge



Michaela Angerer-Dengg



Irene Mutz-Dehbalaie



Ayad Shihab



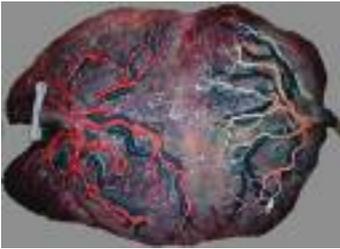
Eva-Maria Strobl

TAPS – twin anemia-polycythemia sequence

Frau M, eine 39-jährige Patientin in ihrer ersten Schwangerschaft, wurde erstmals in der 16+6 SSW in unserer Ambulanz vorgestellt, mit einer monochorialen, diamnioten Zwillingsschwangerschaft.

Bei monochorialen, diamnioten Zwillingsschwangerschaften bestehen vaskuläre Anastomosen zwischen beiden Kindern. In ungefähr 30 % kommt es über diese Anastomosen zu einer Blutumverteilung zwischen den Kindern, die bei ungefähr der Hälfte dieser Schwangerschaften so schwer ist, dass eine intrauterine Therapie erforderlich ist. Die möglichen Komplikationen einer monochorialen Zwillingsschwangerschaft sind das TTTS (twin to twin transfusion syndrom), die TAPS (twin anemia-polycythemia sequence) oder eine selektive Wachstumsrestriktion (Wachstumsdiskrepanz > 25 % zwischen den Feten).

Das größte Risiko für die Entwicklung dieser Komplikationen der monochorialen Zwillingsschwangerschaft liegt zwischen der 14. und 25. SSW, weshalb in diesem Zeitraum engmaschige Wachstums- und Dopplerkontrollen erforderlich sind.



Gefäßanastomose

In der ersten Untersuchung zeigte sich eine Wachstumsdiskrepanz von 17 % bei den Kindern bei einer unauffälligen Fruchtwassermenge und normalen Dopplermessungen in den fetalen Gefäßen (Arteria umbilicalis, Arteria cerebri media und Ductus venosus).

Die weiteren wöchentlichen Kontrollen erfolgten abwechselnd mit dem Facharzt und waren unauffällig, das Organ-screening wurde in der 21+0 SSW durchgeführt und zeigte zwei strukturell unauffällige Feten.

In der 23+0 SSW waren erstmalig die Blutflusswerte in der Arteria cerebri media (ACM) beider Feten auffällig, bei unauffälligen Fruchtwassermengen.

Die PSV (peak systolic velocity) der ACM lag beim ersten Feten unter der -1.0 SD (Rezipient), die des zweiten Feten deutlich über der $+2.0$ SD (Donor), als Hinweiszeichen für eine fetale Polyzythämie bzw. Anämie.

Bei einer TAPS kommt es durch eine sehr kleine Gefäßanastomose zur Entwicklung einer Anämie beim Donor und einer Polyzythämie beim Rezipient.

Die Diagnosekriterien für eine TAPS waren damit erfüllt.

Eine TAPS ist eine seltene Komplikation und tritt spontan und nach selektiver Laserkoagulation bei TTTS in nur 2 bzw. 14 % der monochorialen Zwillingschwangerschaften auf.

Derzeit gibt es keine allgemein akzeptierten Richtlinien für die Behandlung und diese muss in Abhängigkeit vom Schwangerschaftsalter und von den sonographischen Befunden erfolgen.

Es gibt unterschiedliche Therapiemöglichkeiten in Abhängigkeit des Schwangerschaftsalters und der fetalen Befunde: die Laserkoagulation der anastomosierenden Gefäße, die intrauterine Nabelschnurtransfusionen oder in späteren Wochen die Entbindung.

Aufgrund fehlender Zeichen für eine akute fetale Gefährdung haben wir 2 mal wöchentlich Dopplerkontrollen in unserer Ambulanz durchgeführt.

Mit 24+4 SSW zeigte der Donor weiterhin stark erhöhte Werte der MCA PSV und zusätzlich sonographische Zeichen der fetalen Anämie, wie eine Kardiomegalie und einen milden Perikarderguss. Aufgrund dieser Befunde wurde nach Abwägung der Vor- und Nachteile die Entscheidung zur intrauterinen Nabelschnurtransfusion gestellt.

Es wurden 15 ml eines bestrahlten und gefilterten Erythrozytenkonzentrats transfundiert, der fetale Hämoglobinwert des Donors lag vor der Transfusion bei 6,1 g/dl und nach der Transfusion bei 10,3 g/dl.

Nach der Nabelschnurtransfusion besserten sich die Zeichen der Anämie und auch die Blutflusswerte des Donors deutlich.

Es wurden weiterhin zweimal wöchentliche Kontrollen durchgeführt. Bei einer erneuten Verschlechterung der Befunde wurde eine nochmalige intrauterine Nabelschnurtransfusion mit 28+0 SSW durchgeführt, der Hämoglobinwert des Donors lag bei 9,4 g/dl und es wurden 3 ml EK transfundiert.



Postnatal diagnostiziertes TAPS

Der Hb des Rezipienten lag bei 18,8 g/dl. Aufgrund dieser Befunde wurde nach Wiederholung der Lungenreifeinduktion und nach Gabe von Magnesium als Neuroprotektion die Entbindung indiziert und eine primäre Sectio mit 28+1 SSW durchgeführt.

Es wurden zwei Mädchen geboren mit 1.170 g und 970 g, der Hb lag bei der Geburt bei 20,7 g/dl bzw. 11,4 g/dl. Beide Mädchen wurden nach 46 Tagen von der neonatologischen Intensivstation entlassen. Beim ehemals polyzythämen Mädchen wurde ein Atriumseptumdefekt II und eine Pulmonalklappendysplasie diagnostiziert.

Durch die nach genauer Abwägung gewählte Intervention konnte die Schwangerschaft über die Zeit einer extremen Frühgeburt hinaus verlängert werden mit einer deutlich verbesserten Prognose für beide Kinder.

	2010	2011	2012	2013	2014
Ersttrimestersonographie	1428	1529	1386	1089	700
Organschall (20 Wochenschall)	1990	2205	1930	1556	1006
Fetale Echocardiographie (interdisziplinär)	170	197	187	164	117
Dopplersonographie	1707	4083	4747	4935	5187
Wachstumskontrolle	5272	6355	6689	7624	7865

	2010	2011	2012	2013	2014
Chorionzottenbiopsie	87	71	75	89	63
davon pathologisch	18	13	11	12	7
Genetische Amniocentese	23	31	38	27	31
davon pathologisch	7	5	5	1	1
Chordocentese	7	11	5	1	2
Intrauterine Bluttransfusion	5	6	4	5	4
Punktion fetaler Organe	0	1	0	1	6

3.3. Gynäkologie



Siegfried Fessler



Alexandra Ciresa-König



Stephan Kropshofer



Elisabeth Sölder



Andreas Widschwendter



Samira Abdel Azim



Theresa Czech



Magdalena Ritter



Johanna Tiechl



Bettina Geiger-Wiedermann



Veronika Kunczicky

3.4. Onkologie



Alain G. Zeimet



Elisabeth Abfalter



Daniel Reimer



Anouk Wagener



Sandra Mayr



Petra Wiesbauer



Johanna Salzer



Hildegard Wegscheider

Fimbriektomie und Prävention des Ovarial-Karzinoms: Eine kooperative Studie der AGO



Doris Huemer¹, Stefanie Seiwald¹, Wilhelm Oberaigner^{1,2}, Ulrike Auer^{3,4,5}, Edgar Fetsch^{6,7}, Eva-Christina Scheuch^{8,9}, Eva-Christine Wleiss¹⁰, Elisabeth Müller-Holzer¹¹, Alan G. Zalutsky¹², Christian March¹³

¹Universitäts- und Frauenklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, ²Österreichische Krebsgesellschaft, ³Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie, ⁴Österreichische Gesellschaft für Frauenheilkunde, ⁵Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie, ⁶Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie, ⁷Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie, ⁸Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie, ⁹Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie, ¹⁰Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie, ¹¹Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie, ¹²Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie, ¹³Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie

Hintergrund

- Das Ovarial-Karzinom stellt das fünfthäufigste Karzinom der Frau mit jährlich rund 800 Neuerkrankungen in Österreich dar. [1]
- Nach wie vor sind noch viele Fragen zur frühen Entstehung sowie dem genauen Mechanismus der Metastasierung nicht endgültig geklärt.
- Viele molekulare- genetische und klinisch-pathologische Studien bekräftigen ein dualistisches Entstehungsmodell der zahlreichen histologischen Typen der epithelialen Ovarial-Karzinome (EOC) mit einer Einteilung in zwei Kategorien: Typ I und Typ II [2,3].
- Rezente Studien sprechen bei der Entstehung des high-grade serösen Ovarialkarzinoms (HGSC) für eine Vorläuferläsion eines dilatierten intraepithelialen Karzinoms der Fimbrien mit sekundärer Beteiligung des Ovars. [2]
- Ein weiterer möglicher Mechanismus scheint die Dislokation von normaler Tuben-Epithel der Fimbrien durch die anabiotische Nähe sein. Dieses könnte sich in das Ovar vor allem nach erfolgter Ovarotomie implantieren und so in maligne Transformation überle. [2]
- Anhand zahlreicher Studien konnte auch ein protektiver Effekt der Sterilisation mittels Tubektomie, vor allem das seröse sowie das endometriale Ovarial-Karzinom betreffend, gezeigt werden. [4-6]

Hypothese der Studie war, dass es bei Frauen nach Fimbriektomie zu einem verringerten Auftreten eines Ovarial-Karzinoms kommt.

Methode

- Es wurde eine retrospektive Matched Pair Analysis durchgeführt.
- Erfolgreich wurden Daten von Patientinnen, die postpartal mittels Fimbriektomie in Innsbruck, Deutschlandberg sowie Graz von 1988 bis 1999 identifiziert werden. Weitere Einschlusskriterien waren zumindest zwei Geburten und ein Alter von über 50 Jahren.
- Als Kontrollgruppe wurden jeweils 4 Frauen, die im selben Zeitraum geboren haben, zugeordnet.
- Nach Abgleich mit dem Tiroler Krebsregister für die Tiroler Patientinnen und mit dem Register der Statistik Austria für die Patientinnen aus Graz und Deutschlandberg wurden die diagnostizierten Neoplasmen erfasst.

Ergebnisse

Gesamt wurden 2725 Patientinnen eingeschlossen, davon 826 in die Fimbriektomie-Gruppe und 2099 in die Kontrollgruppe.

In der Fimbriektomie-Gruppe wurde kein Ovarial-Karzinom gefunden, lediglich ein Zystadenom mit Übergang in einen muzinösen Borderline-Tumor.

In der Kontrollgruppe zeigten sich gesamt 5 Ovarial-Karzinome. (Tab. 1)

In der Fimbriektomie-Gruppe konnte ein muzinöses Zystadenom mit herdförmigen Übergang in einen muzinösen Borderline-Tumor erhoben werden.

In der Kontrollgruppe ergaben sich zwei schlecht differenzierte seröse Zystadenokarzinome (HGSC), einmal mit zusätzlichen Karzinomen in situ der Tube (SIN), zwei muzinöse Zystadenokarzinome und ein maligner Brenner-Tumor. (Tab. 2)

	Fimbriektomie n=826	Kontrollgruppe n=2099	OR 95% CI (p-Wert)
Alter bei Diagnose (Median, Q1-Q3)	34, 32-37	34, 32-37	n.s.
Parität (Median, Q1-Q3)	4, 3-5	3, 2-4	P=0,091
Ovarial-Karzinome	0	5	OR=1 (0-2,76) P=0,777
Borderline Ovarial-Tumore	1	0	
Anderer Malignanz	81	180	OR=1,2 n.s.

Tab. 1:

Tumor	Histologie
Maligner Brenner-Tumor	maligner Brenner-Tumor des re Ovars
Muzinöses Ovarial-Karzinom	2 schlecht differenzierte seröse Zystadenokarzinome des Ovars, MO II, Stadium IIIa
	1 muzinöses Zystadenokarzinom des re Ovars MO II, Stadium IIc
Seröses Ovarial-Karzinom	seröses Zystadenokarzinom des Ovars, MO II, Stadium IIIb UND Ca in situ der re Tube
	seröses Zystadenokarzinom des Ovars, MO II, Stadium IV

Tab. 2: Histologie der Tumore der Kontrollgruppe

Zusammenfassung:

- Rezente Daten belegen die Entstehung des serösen Ovarial-Karzinoms aus den Fimbrien, hier vor allem des high grade serösen Ovarial-Karzinoms (HGSC).
- Weltweit werden zahlreiche Studien darauf hin, dass die Sterilisation eine wirksame Prophylaxe des Ovarial-Karzinoms ist.
- Unsere Ergebnisse suggerieren, dass die Fimbriektomie wirksam Ovarial-Karzinome vorbeugen kann.
- Auffällig ist, dass dies neben dem HGSC auch andere Typen des Ovarialkarzinoms betrifft.
- Aufgrund unserer Studie kann die Fimbriektomie zur Ovarialkarzinom-Phyopylaxe empfohlen werden.

Literatur

1. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014.
2. Høivik DE, et al. Ovarian cancer: a review. J Clin Oncol. 2014;32(1):1-11.
3. Høivik DE, et al. Ovarian cancer: a review. J Clin Oncol. 2014;32(1):1-11.
4. Høivik DE, et al. Ovarian cancer: a review. J Clin Oncol. 2014;32(1):1-11.
5. Høivik DE, et al. Ovarian cancer: a review. J Clin Oncol. 2014;32(1):1-11.
6. Høivik DE, et al. Ovarian cancer: a review. J Clin Oncol. 2014;32(1):1-11.

Das Ovarial-Karzinom stellt das fünfthäufigste Karzinom der Frau mit jährlich rund 800 Neuerkrankungen in Österreich dar.

3.5. Brustzentrum der Frauenheilkunde im Rahmen des BrustGesundheitZentrum Tirol



Michael Hubalek



Daniel Egle



Caroline Brunner



Serab Coban



Helene Schaffenrath



Florian Moritz

Früherkennung hilft: Zehn Jahre BrustGesundheitZentrum Innsbruck

Jährlich erkranken in Österreich rund 5.000 Frauen an Brustkrebs, 450 davon in Tirol. Durch den medizinischen Fortschritt und eine verbesserte Früherkennung konnte die Sterblichkeit in den vergangenen Jahren allerdings um bis zu 30 Prozent reduziert werden. In Innsbruck koordiniert seit zehn Jahren erfolgreich unser BrustGesundheitZentrum die Zusammenarbeit der verschiedenen ExpertInnen.

Das Mammakarzinom, eine bösartige Veränderung des Brustdrüsengewebes, ist eine der häufigsten Krebserkrankung bei Frauen. Wenn der Tumor frühzeitig erkannt wird, bestehen inzwischen gute Heilungschancen. Damit die verschiedenen Fachdisziplinen und AnsprechpartnerInnen aus den unterschiedlichen Bereichen wie Prävention, Früherkennung, Diagnosestellung, operative Therapie, adjuvante Chemo-, Hormon- und Strahlentherapie, Nachsorge und eventuelle Palliativmedizin optimal zusammenarbeiten, werden in Innsbruck die verschiedenen Kompetenzen im BrustGesundheitZentrum Tirol gebündelt. Vor zehn Jahren ist es

als erstes in Österreich zertifiziert worden. 2013 fungiert Univ.-Prof. DDr. Johannes Zschocke, Direktor der Sektion Humangenetik der Medizinischen Universität Innsbruck, als Sprecher des Tiroler BrustGesundheitZentrums. Ein besonderes Anliegen ist die Brustkrebsfrüherkennung: „Regelmäßig durchgeführte Mammographien sind wichtig, um eine Tumorerkrankung in einem möglichst frühen Stadium feststellen zu können“, erklärt Oberarzt Dr. Martin Daniaux, Leiter der Brustdiagnostik der Innsbrucker Univ.-Klinik für Radiologie (Direktor: Univ.-Prof. Dr. Werner Jaschke). Neben einer möglichst optimal koordinierten PatientInnenbehandlung wird am Innsbrucker BrustGesundheitZentrum intensiv Forschung betrieben, um den Patientinnen eine Behandlung nach den neuesten Standards zu ermöglichen. „Wir sind im Forschungsbereich ein sehr renommiertes Zentrum und derzeit an rund zehn wissenschaftlichen Studien beteiligt“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, Direktor der Innsbrucker Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Im Vorfeld des Festaktes zum Jubiläum in den Swarovski-Kristallwelten fand ein wissenschaftliches Rahmenprogramm mit zahlreichen ExpertInnen aus dem deutschsprachigen Raum statt. OA Dr. Martin Daniaux informierte dabei über das neue österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (BKFP), das ab 1. Oktober das bisherige Modell Tirol in Innsbruck ablösen wird. Erstmals gibt es damit ein standardisiertes und einheitliches nationales Brustkrebsfrüherkennungsprogramm in Österreich. Ziel ist eine weitere Verbesserung der Mammografie-Untersuchungen, außerdem wird ein bundesweites Einladungssystem eingeführt. Prof. Dr. Gunter von Minckwitz (Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Frankfurt am Main) berichtete über die Möglichkeit, Patientinnen bereits vor einem operativen Eingriff mit einer Chemotherapie zu behandeln. „Dadurch kann der Tumor im Vorfeld des Eingriffes verkleinert werden und dadurch häufiger die Brust erhalten werden“, erklärt Univ.-Prof. Marth, den neuen Therapieansatz. Zukünftige operative Strategien in der Behandlung des Mammakarzinoms waren das Thema des Vortrages von

Von links:

Dr. Arthur Wechselberger, Präsident Österr. Ärztekammer, Ärztliche Direktorin Dr.ⁱⁿ Alexandra Kofler, Landesrat Univ.-Prof. DI Dr. Bernhard Tilg, Univ.-Prof. DDr. Johannes Zschocke, Univ.-Prof. Dr. Christian Marth



Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant (BrustGesundheitszentrum AKH Wien). Die Fortschritte in der Therapie von Brustkrebspatientinnen mit Metastasierungen erläuterte Univ.-Prof. Dr. Walter Jonat (Direktor der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Kiel). Dass regelmäßige Zertifizierungen sowie eine bestimmte Fallzahl ausschlaggebend für die Qualität von Brustkrebszentren sind, schilderte abschließend Univ.-Prof. Dr. Rolf Kreienberg aus Landshut. Diese Kriterien werden vom Innsbrucker BrustGesundheitszentrum erfüllt: „Im vergangenen Jahr sind allein in Innsbruck 320 neu erkrankte Patientinnen behandelt worden. Durch unseren Zusammenschluss mit Schwaz, Lienz, Dornbirn, Meran und Brixen kamen weitere 400 externe Brustkrebspatientinnen hinzu. Insgesamt haben wir rund 700 Patientinnen im vergangenen Jahr betreut“, erklärt OA Dr. Michael Hubalek (Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Innsbruck).

Im Anschluss an die wissenschaftlichen Vorträge wurde das Jubiläum gemeinsam mit den Patientinnen der vergangenen zehn Jahre und Kooperationspartnern gefeiert. „Wir haben unsere Patientinnen und Kooperationspartner persönlich eingeladen, um gemeinsam das zehnjährige Bestehen des Innsbrucker Zentrums zu feiern. Das ist für uns ein wichtiges Signal, dass auch nach einer ernsten Diagnose ein zweites Leben beginnen kann“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Christian Marth. (B. Hoffmann)



Pink Ribbon 2013 in Innsbruck. Zahlreiche Frauen informierten sich an diesem Tag in den Rathausgalerien über Brustkrebsvorsorge und das geplante Mammografie-Screening.

3.6. Biochemisches Labor

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

Translationale Forschung hat an der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe einen zentralen Stellenwert. Ergebnisse dieser Forschungsprojekte sollen in weiterer Zukunft zu einer Verbesserung von Diagnostik und Therapie bei Krebserkrankungen führen.

So konnte 2013 Prof. Alain Zeimet zeigen, dass sich die Expression des Adhäsionsmoleküls L1CAM bei einer bestimmten Gruppe von Endometriumkarzinomen (Typ I, FIGO Stadium I) im Vergleich zu den bisherigen Prognosekriterien am besten für die Prognoseerstellung eignet. Patientinnen, deren Tumor dieses Molekül exprimiert, könnten von einer Antikörpertherapie, die derzeit entwickelt wird, profitieren. In Zusammenarbeit mit PD Dr. Daniel Reimer, Dr.ⁱⁿ Samira Abdel Azim, Ao. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner und Prof. Dr. Christian Marth sowie einer Vielzahl von internationalen KooperationspartnerInnen konnten diese bedeutsamen Erkenntnisse im renommierten „Journal of the National Cancer Institute“ (JNCI) publiziert werden.

Für dieses Projekt aber auch für viele andere Forschungsprojekte werden die bei den Routineanalysen anfallenden Restproben von Patientinnen, die ihr Einverständnis für die Nutzung ihrer Proben zur wissenschaftlichen Forschung gegeben haben, herangezogen. Die Biobank der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, die vor über 20 Jahren von Ao. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet, Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner und Ao. Univ.-Prof. Dr. Günter Daxenbichler, gegründet wurde, setzt sich aus einer Sammlung



Prof.ⁱⁿ Fiegl (2. von rechts) mit ihrem beliebten Team vor berühmtem Hintergrund

von Serum- sowie Gewebeprobe zusammen. Die Pflege und Erweiterung dieser Bank wurde auch in beiden Jahren 2013/14 wieder mit größter Sorgfalt betrieben. Die Routineanalysen, die in unserem Labor durchgeführt werden, beschränken sich auf die Bestimmung von folgenden Tumormarkern: CA 125 und HE4 beim Ovarialkarzinom, CA 15-3 beim Mammakarzinom und SCC beim Zervixkarzinom. In den vergangenen Jahren stieg die Anzahl dieser Routineanalysen kontinuierlich an (2010: 10.089, 2011: 11.682, 2012: 12.465, 2013: 13.186, 2014: 13.345). Der Schwerpunkt unseres Labors liegt jedoch in der Durchführung von wissenschaftlicher Forschung. Insgesamt konnten in den beiden Jahren 2013 und 2014 26 Publikationen in renommierten Journalen publiziert werden (116,274 Impactfaktor-Punkte).

Im Folgenden werden die in den beiden Jahren 2013 und 2014 im Labor für Klinische Biochemie aktiven Arbeitsgruppen und eine Auswahl ihrer Projekte dargestellt:

- Arbeitsgruppe von **Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin**:
 - Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin ist es im Jahr 2013 gelungen, ein EU-Projekt zu initiieren. GANNET53 (Ganetespi in metastatic, p53 mutant, platinum-resistant ovarian cancer) ist ein internationales Kooperationsprojekt an welchem insgesamt 18 europäischen Zentren in Österreich Deutschland, Frankreich und Belgien teilnehmen. Im Fokus des Projekts steht ein innovatives Konzept zur Therapie von Patientinnen mit metastasiertem Platin-resistenten Typ II Ovarialkarzinom mit p53 Mutationen. 2014 wurde die klinische Phase I Studie initiiert.
 - In einer Kooperation mit Prof. Robert Zeillinger (Medizinische Universität Wien) wird einerseits versucht, neue molekulare Marker für zirkulierende Tumorzellen bei Ovarialkarzinompatientinnen zu identifizieren, bzw. wird andererseits an einer Validierung molekularer Muster zur Frühdiagnostik des Ovarialkarzinoms gearbeitet.
 - In einer Kooperation mit Prof. Ignace Vergote (Katholieke



Hochinteressierte Schülerinnen des WRG Ursulinen besuchen am 27. Februar 2013 das Biochemische Labor der Frauenklinik

Universität Leuven, Belgien) werden aus den Biobanken der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Medizinischen Universität Innsbruck, der Abteilung für Gynäkologische Onkologie der KU Leuven sowie der Klinik für Gynäkologie der Charité Universitätsmedizin Berlin, Biomaterialien von Patientinnen mit Keimzell- und Keimstrang-Stromatumoren auf potentielle Biomarker untersucht.

- In einer Kooperation mit Prof. Hanno Ulmer (Sektion für Medizinische Statistik und Informatik) wird der Effekt von Aluminium im Zusammenhang mit Brustkrebs analysiert.
 - In einer Kooperation mit Prof. Helga Fritsch (Sektion für Klinisch-Funktionelle Anatomie) wird erstmals der Zusammenhang zwischen den im frühen Entwicklungsstadium befindlichen Ovarien und Eileitern einerseits und der Karzinogenese von niedrig differenzierten serösen Tumoren sowie von Ovarialkarzinomen anderer Histologie andererseits untersucht.
- **OÄ Dr.ⁱⁿ Irene Mutz-Dehbalai** beschäftigte sich mit der Analyse von HE4, einem Ovarialkarzinom Tumormarker, im Serum von Endometriumkarzinompatientinnen, sowie bei Schwangeren.
 - **Ao. Univ.-Prof. Dr. Andreas Widschwendter** beschäftigte sich in Kooperation mit Prof. Dr. Pidder Jansen-Dürr (Forschungsinstitut für Biomedizinische Altersforschung, Leopold-Franzens-Universität) mit der Entwicklung eines neuen ELISAs zur HPV Detektion.
 - Arbeitsgruppe um **Ao. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet** und **PD Dr. Daniel Reimer**:
 - K1 Oncotyrol Projekt 2.1.8: Nachweis und die Charakterisierung von Tumorstammzellen im Ovarialkarzinom.
 - Neben diesem Projekt beschäftigt sich Ao. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet schon seit mehreren Jahren mit dem Adhäsionsmolekül L1CAM. Wie eingangs bereits erwähnt, konnten die interessanten Ergebnisse der L1CAM Expression im Endometriumkarzinom 2013 äußerst erfolgreich publiziert werden.
 - Forschungsgruppe von **Assoz. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Heidi Fiegl**:
 - Im Rahmen des K1 Oncotyrol Projektes 2.1.2 „Brustkrebs-Metastasenrisiko“ konnten durch die exzellente Zusammenarbeit mit dem Brustteam rund um PD Dr. Michael Hubalek weitere Patientinnen in die Studie mit eingeschlossen werden. Ziel dieser Studie ist es, neue Biomarker zur Metastasierungsrisikoabschätzung bei Brustkrebspatientinnen zu identifizieren.
 - In einer Kooperation mit dem Anästhesisten PD Dr. Philipp Lirk (University of Amsterdam, Niederlande) wurde der Einfluss von Anästhetika auf DNA Methylierungsmuster in Mammakarzinomzelllinien untersucht. Ergebnisse dazu wurden 2014 im „*British Journal of Anaesthesia*“ publiziert.

- In einer Kooperation mit Prof. Dr. Martin Widschwendter (University College London, Großbritannien) konnte gezeigt werden, dass beim Endometriumkarzinom das Gen *HAND2* über DNA-Methylierung inaktiviert wird und diese DNA-Methylierungsveränderung eventuell als Früh-erkennungsmarker, sowie aber auch als Verlaufskontrolle hinsichtlich des Therapieansprechens eingesetzt werden könnte. Die Ergebnisse wurden im renommierten Journal „*PLOS Medicine*“ publiziert.
- Eine Studie zur Prävalenz einer Tiroler *BRCA1* Gründermutation wurde in einer Kooperation mit Prof. Dr. Johannes Zschocke (Sektion für Humangenetik, Med. Universität Innsbruck) durchgeführt. Basierend auf der innerhalb der Studie identifizierten hohen Prävalenz dieser Gründermutation bei Mamma- und Ovarialkarzinompatientinnen aus dem Unterinntal, müssen neue Strategien hinsichtlich einer zielgerichteten genetischen Untersuchung bei Mamma- und Ovarialkarzinompatientinnen aus dieser Region entwickelt werden. Die Ergebnisse dieser Studie wurden 2014 ans „*European Journal of Human Genetics*“ zur Begutachtung gesendet und werden 2015 dort publiziert.
- In einer weiteren Kooperation mit der Firma Biodesix wird an der Entwicklung eines neuen auf Massenspektrometrie basierenden Tests zur Prädiktion des Ansprechens von Brustkrebspatientinnen auf eine endokrine Therapie gearbeitet. Erste Ergebnisse dazu wurden 2014 bei der *Brustkrebskonferenz SABCS* in San Antonio präsentiert.

Das Qualitätsmanagement der beiden Labore der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (Labor für Klinische Biochemie und Morphologisches Labor) wurde im Rahmen interner und externer Audits 2013 und 2014 wieder erfolgreich überprüft.

3.7. Klinische Studien

(Mag.^a Dr.ⁱⁿ Regina Berger)

AGO Studienzentrale

Die AGO Studienzentrale (Studienzentrale der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie) wurde im Jahr 2002 gegründet und durchläuft seitdem eine große Entwicklung. Generell lässt sich sagen, dass der Bereich „klinische Prüfungen“ eine große Rolle im Gesundheitswesen und in der medizinischen Wissenschaft einnimmt. Behördliche Regelungen werden in diesem Bereich stets umfassender und die Auflagen für klinische Prüfung werden immer aufwendiger. Dies geschieht in erster Linie um die Studienpatientinnen bestmöglich zu schützen und um eine korrekte Studiendurchführung zu gewährleisten. Die umfassende Betreuung von Studienteilnehmerinnen und die administrative Unterstützung bei der Planung und Durchführung von klinischen Studien der AGO Österreich stehen daher weiterhin

im Fokus der Tätigkeiten der AGO Studienzentrale. Jedoch begrenzt sich der koordinierende Aufgabenbereich nicht nur auf Österreich sondern geht über die Grenzen hinaus. Unter anderem auch durch das von der Europäischen Kommission finanzierte Framework 7 Projekt AGO 43 „GAN-NET53“ mit Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin als Coordinating Investigator (Hauptverantwortliche Prüfärztin). Bei dieser internationalen, klinischen Phase I/Phase II Studie im Ovarialkarzinom, ist die Medizinische Universität Innsbruck als Sponsor tätig und die AGO Studienzentrale gänzlich für die Planung, Durchführung und Leitung der klinischen Studie verantwortlich.

Zusätzlich konnten in den letzten Jahren noch weitere wichtige wissenschaftliche Projekte als AGO-Studien in der Planung abgeschlossen werden und sind bzw. waren offen für die österreichweite Einbringung von Patientinnen.

Wie zum Beispiel die AGO 26 Desktop 3 (zusätzliches Tumordebuling vs. Chemotherapie allein beim Ovarialkarzinom-Rezidiv), AGO 33 Penelope Studie (bei platinresistentem Ovarialkarzinom mit niedriger HER3 mRNA), AGO 39 OVAR 2.21 (im platin sensiblen Ovarialkarzinom), AGO 37 ITIC2 (randomisierte Studie bei CIN), AGO 38 Fragebogenstudie zu Thrombose, AGO 40 NOVA (Erhaltungstherapie im Ovarialkarzinom), AGO 41 MILO (bei persistierendem oder rezidiertem low-grade serösem Ovarialkarzinom), AGO 42 PITVIN (randomisierte Studie bei VIN), AGO 44 EXPRESSION IV Fragebogenstudie zu Erwartungen für die Erhaltungstherapie und eine Studie der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) im Endometriumkarzinom.

Im Zuge der Organisation und Koordination dieser neuen AGO-Studien sind zahlreiche gewinnbringende Kooperationen mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen europaweit entstanden, die zu einem regen Austausch von Wissen und Know-how auf der Ebene der Medizinwissenschaft und auch der Studienkoordination bzw. des Studienmanagements führten.

Die Jahre 2013/2014 können daher getrost als sehr ereignisreich und aufregend beschrieben werden. Die Weichen dafür wurden nicht zuletzt vom AGO-Präsidenten Univ. Prof. Dr.

Das Team der AGO-Studienzentrale (von links): Sophia Hold B.A., Mag.^a Angela Riha, Kerstin Hashold MSc, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Regina Berger (Leiterin Studienzentrale), Sarah Dobner, Ulrike Pachmann, Dr.ⁱⁿ Justina Angerer (Tumordatenbank)



Christian Marth gestellt, der nun auch zum Präsidenten von ENGOT (European Network of Gynaecological Oncological Trial Groups, Europäisches Netzwerk der Gyn-Onko Studien-gruppen) gewählt wurde.

In den letzten Jahren konnten wir im Team Frau Sophia Hold, B.A. und Frau Ulrike Pachmann, MSc. als Studienkoordinato-rinnen bzw. Frau Sarah Dobner und Frau Yasmin Pellkofer als Study Nurses herzlich begrüßen.

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

Weitere Informationen und Informationen zu klinischen Studien der AGO können der Homepage www.ago-austria.at entnommen werden.

Für Fragen, Anliegen, Anregungen und Wünsche steht das Team der AGO Studienzentrale auch gerne persönlich zur Verfügung. Täglich von 8.00 bis 16.00 Uhr unter den Telefonnummern +43 (0)512-504 241 32, -223 45 und -804 02 bzw. schriftlich jederzeit unter der allgemeinen E-Mail-Adresse ago.studienzentrale@i-med.ac.at.

Mammastudien

Die Ausführung aller Brustkrebsstudien und die Betreuung der in ihnen befindlichen Patientinnen erfolgt im Brustgesundheitszentrum Tirol der Frauenheilkunde und dem Team von Priv. Doz. Dr. Michael Hubalek, Dr. Daniel Egle und Mag.^a Carmen Albertini. Um die große Anzahl der Patientinnen die an klinischen Studien im Bereich Brustkrebs teilnehmen auch weiterhin so herausragend betreuen zu können, kam als Unterstützung im Oktober 2013 Frau Ines Oberleitner in das Team der Mamma-Studienzentrale.

Seit über 10 Jahren besteht nun schon die erfolgreiche Kooperation des Brustgesundheitszentrums der Frauenklinik Innsbruck mit der ABCSG-Studiengruppe. Im Laufe dieser



Das Team der Mamma-Studienzentrale (von links): DGKS Gabi Singer, Johannes Eder, Mag.^a Carmen Albertini (Leiterin), Ines Lanner, Magdalena Niederkircher

Zeit konnten wir uns immer wieder als eines der erfolgreichsten Zentren Österreichs bestätigen. 2013/2014 waren sieben ABCSG-Studien (Studien 18, 22R, 28, 32, 34, 39, 40) für Patientinnen zur Teilnahme offen. Uns war es dadurch möglich, eine Vielzahl an Patientinnen mit innovativen und vielversprechenden Therapien im Rahmen dieser Studien zu behandeln.

Auch Brustkrebsstudien, die nicht von der Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group (ABCSG) ausgehen, werden von der Mamma-Studienzentrale betreut. Darunter fallen z. B. die Studien Tania, LISAH, Belle 3, AGMT-MBC 6, Kathrine, TnAcity, Nala und die Nicht-Interventionellen Studien zu Abraxane, XGeva und Afinitor. Auch in diesem Bereich ist es uns durch Nicht-Interventionelle Studien möglich, die Wissenserweiterung im Bereich des Brustkrebses zu fördern, Nebenwirkungen von Medikamenten genauer zu erfassen und zukünftige Patientinnen besser zu behandeln.

Das Team der Mamma-Studienzentrale ist täglich von 8.00 bis 16.00 Uhr unter den Telefonnummern +43 (0)512-504-230 73 und -824 77 bzw. schriftlich jederzeit unter der E-Mail-Adresse carmen.albertini@i-med.ac.at zu erreichen.

Weitere klinische Studien

Die Atemgasstudie unter Leitung von Priv. Doz. Dr. Hubalek ist eine akademische Eigenstudie der medizinischen Universität Innsbruck. Diese Studie befasst sich mit der Verstoffwechslung von Nolvadex (Tamoxifen) und dem Nachweis dessen im Atemgas von Patienten.

Die CACOCA Studie (Cardiovascular Complications of Cancer Treatment) ist ein weiteres gemeinsames Projekt von Priv. Doz. Dr. Hubalek und der Inneren Medizin. Ziel dieser Studie ist es, die tatsächliche Inzidenz kardiovascularer Langzeitnebenwirkungen zu erfassen und eine Risiko-Score zu generieren.

Auch im Bereich der Geburtshilfe, initiiert von OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni, und in der Urodynamik, durch OA Dr. Stefan Kropshofer, wurden 2013/2014 erfolgreich klinische Studien durchgeführt.

Vor allem zwei Studien der Geburtshilfe brachten viele Patienten ein. Dies waren die Bonding-Studie, im Zuge derer die Entwicklung einer postpartalen Depression und des Schmerzempfindens nach einem Kaiserschnitt bzw. nach spontaner Geburt und im Wochenbett erfasst wurde, und eine weitere Studie, die sich mit Präeklampsie befasste. Hauptaugenmerk in der Studie der Urodynamik war die hyperaktive Blase.

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

3.8. Sozialberatung

(DSA Dodo Mahnke, DSA Petra Hillebrand)



Petra Hillebrand (links) und Dodo Mahnke

Nach der Rückkehr von Dodo Mahnke Ende Dezember 2012, war 2013 das erste Jahr, in dem das altbekannte/neubewährte Team der Sozialberatung Gynäkologie den Patientinnen durchgehend 40 Stunden pro Woche zur Verfügung stehen konnte.

Von den aufgestockten Ressourcen profitierten vor allem die neu hinzu gekommenen onkologischen Patientinnen der Gyn-3-Station, weil endlich damit begonnen werden konnte, standardmäßig bereits zum Start der Chemotherapie vorstellig zu werden und dadurch wichtige Basisinformationen zu geben. Seitdem kann bei allen onkologischen Patientinnen von Anfang an prozessbegleitend und bedürfnisorientiert sozialarbeiterische Unterstützung angeboten werden. Eine onkologische Erkrankung verändert den gesamten Lebenskontext der betroffenen Patientin und hat – vor allem wenn minderjährige Kinder da sind – gravierende Auswirkungen auf das Leben der Angehörigen. Abgesehen von den körperlichen Beschwerden sind die erkrankten Frauen meist mit Einkommenseinbußen und gleichzeitigem krankheitsbedingtem Mehraufwand konfrontiert. Eine unserer vorrangigen Aufgaben besteht deshalb darin, Folgeprobleme, die sich durch die neue Lebenssituation ergeben, zu erkennen und aktiv Hilfestellung anzubieten. Wir versuchen finanzielle Härten abzufedern, sozialrechtliche Ansprüche abzuklären und stellen termingerecht entsprechende Anträge. Häufig entsteht auch ein Unterstützungsbedarf bei Tätigkeiten, die bisher alleine gemeistert werden konnten. Versorgungsaufgaben, wie die Betreuung von Kindern oder anderer pflegebedürftiger Angehöriger, müssen während laufender Therapien und Krankenhausaufenthalten oft anders verteilt werden. Mehr Zeitressourcen boten 2013 und 2014 auch endlich den nötigen Raum für serviceorientiertere Angehörigenberatungen, die bereitwillig angenommen wurden.

Seit 2013 hat sich die Zusammenarbeit mit der Mutter-Kind-Station und der Schwangerenambulanz weiter intensiviert. Im Idealfall werden uns Schwangere, die wegen besonders schwierigen Lebensumständen Hilfe benötigen (z. B. Wohnungslose oder von Obdachlosigkeit bedrohte, Frauen in Gewaltbeziehungen, Asylwerberinnen, künftige Alleinerzieherinnen, substituierte oder abhängige werdende Mütter) bereits von der (Risiko)Schwangerenambulanz gemeldet, damit bis zur Geburt ein tragfähiges Unterstützungsnetz aufgebaut werden kann. Um Schwangere, die Geschwisterkinder zu versorgen haben, bei problematischer Schwangerschaft zu entlasten, organisieren wir auf Anfrage auch finanzierbare Entlastungsdienste für Zuhause (z. B. Familienhilfe, Tagesmütter, Kinderbetreuungsdienste usw.). Manchmal streben wir zusätzlich eine Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe (neuer Name seit 2014 – früher noch Jugendwohlfahrt bzw. Jugendamt genannt) an, insbesondere dann, wenn Eltern alleine nicht ausreichend für das Kindeswohl sorgen können. In Einzelfällen muss auch eine Gefährdungsmeldung gemacht werden, die in Absprache mit dem multiprofessionellen Team verfasst wird. Seit 2013 gibt es ein Depot im zweiten Untergeschoss, in dem gut erhaltene Babykleidung und Kinderwägen abgegeben werden können, damit wir diese Sachspenden bei Bedarf sofort an bedürftige Schwangere oder Wöchnerinnen weitergeben können.

Im Gegensatz zu den onkologischen Patientinnen, die prozessorientiert je nach Krankheitsverlauf mit Abständen oft über Jahre von uns begleitet werden, ist die Beratung und Unterstützung von Schwangeren und Wöchnerinnen eher eine kurzfristige Hilfestellung unsererseits und wird dann bei längerfristigem Bedarf von extramuralen Partnern übernommen (seit 2009 hat sich die Vermittlung an andere Beratungen oder Einrichtungen mehr als vervierfacht).

4. Besonderes

4.1. MitarbeiterInnen-Kinder: geb. 2013/2014

2013 wurden an der Frauenklinik 9 Kinder von MitarbeiterInnen bzw. dessen Partnerin geboren: 2 Mädchen, 7 Buben.
2014 wurden an der Frauenklinik 20 Kinder von MitarbeiterInnen bzw. dessen Partneringeboren: 8 Mädchen, 12 Buben.

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

Name MitarbeiterIn	Bereich	Vorname Kind	Geb.-Datum
Martina Hörtnagl	Mutter-Kind-Station	Lilly Maria Anna	10.01.13
Karin Massani	Gynäkologie I	Nico Theo	09.03.13
Dr. ⁱⁿ Michaela Angerer-Dengg	Geburtshilfe	Sebastian	14.04.13
Dr. ⁱⁿ Christine Brunner	Operativ	Maximilian	03.08.13
Susanne Bucher	Endokrinologie	Arthur Ludwig	24.08.13
Dr. ⁱⁿ Elisabeth Zangerl	Operativ	Jakob	17.09.13
Barbara Baumann	Kreißsaal	Samuel Frederik Matthäus	30.09.13
Tessy Schumacher	Gynäkologie III	Claire Catherine	28.11.13
Barbara Kleinhans	Kreißsaal	Paul Oskar	26.12.13
Judith Ryba	Kreißsaal	David	02.01.14
Katharina Haier	Gynäkologie I	Samantha Andrea	03.03.14
Anna Haslwanter	Kreißsaal	Johannes Richard	04.04.14
Dr. ⁱⁿ Christine Weger	Geburtshilfe	Lina	02.05.14
Antonija Ebster	Gynäkologie II	Felix	19.05.14
Lisa-Maria Embacher	Gynäkologie III	Michael Matthias	19.06.14
Sandra Prantl	Gynäkologie III	Max	19.06.14
Franziska Maria Antonia Eller	Kreißsaal	Emilia Rosa	22.06.14
Thomas Alexander Insam	Studienzentrale	Felix Konstantin	17.07.14
Petra Guggenberger	OP	Leon	06.08.14
Nadine Pfisterer	Endokrinologie	Marlene Elisabeth	08.08.14
Hannes Haid	OP	Emely	22.08.14
Dr. ⁱⁿ Bettina Böttcher	Endokrinologie	Linus Mathis	29.08.14
Dr. ⁱⁿ Regina Nehoda	Onkologie	Laura	05.09.14
Dr. ⁱⁿ Elisabeth D'Costa	Geburtshilfe	Jonas	24.09.14
Daniela Hösl	BrustGesundheitZentr.	Paul Andre	27.10.14
Dr. ⁱⁿ Verena Weiskopf-Schwendinger	Ultraschall	Greta Sabine	09.11.14
Dr. ⁱⁿ Doris Huemer	Operativ	Jana	03.12.14
Mag. ^a Brigitte Greiderer-Kleinlercher	Biochemisches Labor	Lukas	19.12.14



4.2. Seit 2013/2014 neu im Haus – herzlich willkommen

Seit 2013 neu im Haus

ÄrztInnen

02.12. Dr.ⁱⁿ Gabi Gufler
01.11. Dr.ⁱⁿ Valeria Colleselli
01.09. Dr.ⁱⁿ Daniela Galler, GF Patho
01.09. Dr. Gabriel Schmid
05.08. Dr.ⁱⁿ Sandra Mayr
03.06. Dr.ⁱⁿ Michaela Federspiel, TKGyn4
22.04. Dr.ⁱⁿ Christine Weger
15.04. Dr.ⁱⁿ Dr. Helene Schaffenrath (Ganglberger)
01.02. Dr.ⁱⁿ Susanne Reinold, GF Patho
01.01. Dr.ⁱⁿ Ayad Shihab

PflegemitarbeiterInnen

14.10. Theresa Bstieler, Ord.ass, Endokr. Amb.
07.10. Cornelia Innerhofer, DGKS, Gyn3
01.10. Anamarija Kasljevic, DGKS, Gyn3
16.09. Christine Hauser, DGKS, Gyn2
02.09. Doris Widschwendter, DGKS, Endokr. Amb.
01.09. Maria Sonnweber MSc, DGKS, OP
19.08. Daniela Larcher, Heb., Kreißsaal
19.08. Stefanie Köll, Heb., Kreißsaal
05.08. Brigitte Bucher, Abt.hilfe, Gem. Ber.
15.07. Manuela Krimplstätter, DGKS, OP
03.06. Rosemarie Lamprecht, DGKS, Endokr. Amb.

*Migrant Girl's Day am 18. April 2013
bzw. am 23. April 2014 –
Jugendliche besuchen die Frauen-
klinik. Sie lernen an diesem Tag die
Berufe Biomedizinische Analytiker-
in, Hebamme, Diplom(Kinder)Kran-
kenschwester und verschiedene
Lehrberufe kennen.*



13.05. Veronika Pöschl, PfH,
02.05. Sonja Mair, Abt.hilfe, Gem. Ber.
02.05. Bianca Huber, DGKS, MuKi
15.04. Marlies Peintner, DGKS, Gyn3
02.04. Birgit Heidenberger, DGKS, Gyn3
02.04. Sandra Auer, DGKS, Gyn3
02.04. Susanne Steidl, Schreibkr., Gyn3
20.03. Hildegard Lair-Sermonet, PfH, Gyn1
11.03. Hanna Pliger, Heb., Kreißaal
11.03. Elke Etschmann, DGKS, Gyn1
18.02. Lisa Sprenger, DGKS, Allg. Amb.
11.02. Haus Eva, Abt.hilfe, Gem. Ber.
14.01. Beyazit Gönül, Abt.hilfe, Kreißaal
02.01. Martina Neuner, BMA, Morphlog. Lab.
02.01. Katharina Ljubanovic, DGKS, Endokrino. Amb.

weitere

15.10. Sarah Dobner, AGO-Studienz.
01.10. Ines Obleitner, Mamma-Studienz.
19.08. Sophia Hold B.A., AGO-Studienz.
03.06. Zorica Radosavljevic, Brustamb.
04.03. Magdalena Niederkircher, Lehrling
04.03. Manuela Köll, Lehrling

Seit 2014 neu im Haus

ÄrztInnen

01.10. Dr. Konstantin Brendel, GF Patho
01.10. OÄ Dr.ⁱⁿ Fariba Biazar, Endokr.
15.09. OÄ Dr.ⁱⁿ Anouk Wagener
15.09. Dr.ⁱⁿ Barbara Faltner
02.05. Dr.ⁱⁿ Michaela Potrusil
01.04. Dr.ⁱⁿ Susanna Miglar
01.03. Dr.ⁱⁿ Jessica Holly
03.02. Dr.ⁱⁿ Nadezda Gut, GF Patho
03.02. Dr.ⁱⁿ Serab Coban

PflegemitarbeiterInnen

15.10. Raphaela Gatt, PfH, Allg. Amb
01.10. Verena Kern, DGKS, OP
01.10. Germana Eisendle, Heb, Schw.amb.
15.09. Batmaz Zeynep, DGKS, Gyn3
15.09. Michaela Greml, DGKS, Gyn3
18.08. Andrea Riedl, PfH, Kreißaal
02.07. Marion Kasinger, AH, Gyn
02.07. Carina Steuxner, Heb., Kreißaal
02.06. Irene Antonijevic, OPAss., OP
05.05. Silvia Schneitter, Pfh, Kreißaal
05.05. Karin Jenewein, DGKS, Gyn1
01.04. Anja Ostermann, DGKS, Gyn3
01.04. Julia Huter, DGKS, Gyn2
03.03. Caroline Rudigier, Heb., Kreißaal
17.02. Sarah Mayr, PfH, Gyn2

weitere

- 28.10. Amoudon Barry, Doku-Admin.
- 27.10. Yasmin Pellkofer, AGO-Studienz.
- 01.09. Christopher Hentschel, Lehrling
- 15.05. Karin Unterberger, BMA, Morphol. Lab.
- 01.04. Mag.^a Brigitte Greiderer-Kleinlercher, BMA, Biochem. Lab
- 03.03. Nadine Abolis, Schreibbüro
- 03.03. Ulrike Pachmann, AGO-Studienz.
- 10.02. Zia Ahmadi, Doku-Admin.
- 03.02. Daniela Rinner, Brustamb.
- 20.01. Kerstin Hashold MSc, AGO-Studienz.

4.3. Facharztprüfung bestanden – wir gratulieren!



Am 26. Juni 2014 haben die Facharztprüfung erfolgreich bestanden: Michaela Peer, Eva-Maria Strobl



Am 11. Juni 2013 haben die Facharztprüfung erfolgreich bestanden (von links nach rechts): Christine Brunner, Silvana Campej, Regina Nehoda, Veronika Kunczicky, Verena Porto, Nihal Net



4.4. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner

Die Medizinische Universität Innsbruck trauert mit großer Anteilnahme um ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner. Die engagierte und beliebte Fachärztin für Pathologie und Leiterin des Morphologischen Labors an der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Innsbruck ist am Montag, den 7. Juli 2014 verstorben. Ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Müller-Holzner (geb. am 24. Dezember 1954, gest. am 7. Juli 2014) absolvierte ihre Facharztausbildung am Institut für Pathologische Anatomie der Universität Innsbruck. Nach Erlangung des Facharzt diplomes 1987 leitete sie das Morphologische Labor an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck. Dieses – von ihr aufge-

baute – Labor ermöglichte eine optimale gynäko-pathologische Diagnostik und war darüber hinaus eine wichtige Keimzelle für die Forschungsaktivität an der Innsbrucker Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe. Zahlreiche wissenschaftliche Projekte wurden dadurch ermöglicht und vorangetrieben und führten 1996 zur Habilitation von Elisabeth Müller-Holzner.

Sie hat stets ihren kritischen Geist behalten und war für die Weiterentwicklung der Universitäts-Frauenklinik eine zentrale Persönlichkeit. Ihr Bestreben, Qualitätssicherung in ihren Bereichen zu implementieren, ermöglichte die Entstehung von zertifizierten Tumorzentren.

Bereits Anfang der 1990er Jahre wurde von ihr die heute mehrere tausend Proben umfassende Biobank aufgebaut, ein für damalige Verhältnisse visionäres Vorhaben. Diese exzellenten bibliographischen Daten werden der Persönlichkeit von Elisabeth Müller-Holzner nicht gerecht. Sie war im besten Sinne Mentorin für die jungen KollegInnen, sie hat durch ihr Einfühlungsvermögen zahlreiche Konflikte am Ursprung verhindert und war ein wichtiger Faktor für die Erhaltung einer positiven kollegialen Stimmung an der Klinik. Wir verlieren eine brillante Ärztin, eine exzellente Wissenschaftlerin, einen großartigen Menschen. Wir werden ihr stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Christian Marth

4.5. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin – Professur für Experimentelle Frauenheilkunde

Am 1. Oktober 2012 wurde Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin als Professorin für Experimentelle Frauenheilkunde an der Medizinischen Universität Innsbruck berufen. In dieser Position wird sie die Vernetzung zwischen Grundlagenforschung und klinischer Entwicklung im Fachgebiet Frauenheilkunde vorantreiben. „Für diesen Lehrstuhl sollten die



*Rektor Prof. Dr. Herbert Lochs und
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin bei der
Vertragsunterzeichnung*

Bewerber und Bewerberinnen fundierte Kenntnisse im Bereich der Grundlagenforschung, der translationalen und der klinischen Forschung speziell auf dem Gebiet der gynäkologischen Onkologie aufweisen“, erklärte Rektor Univ.-Prof. Dr. Herbert Lochs bei der Vertragsunterzeichnung. „Wir freuen uns, mit Nicole Concin eine hoch qualifizierte junge Wissenschaftlerin berufen zu können.“ Prof.ⁱⁿ Concin hat sich durch ihre hervorragende Expertise sowohl in der internationalen Forschung als auch in der klinischen Tätigkeit ausgezeichnet dafür qualifiziert, die Vernetzung beider Bereiche insbesondere auf dem Gebiet der gynäkologischen Onkologie weiter voranzutreiben.

Seit 16 Jahren befasst sich Prof.ⁱⁿ Concin wissenschaftlich mit der Bedeutung eines zentralen Tumorsuppressorgens namens p53 bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom. Für Ihre Forschungsarbeiten wurde sie mit vielen Wissenschaftspreisen ausgezeichnet, wie z. B. dem DDr.-Karl-Fellinger-Forschungspreis der Österreichischen Krebshilfe, dem Hugo-Husslein-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, oder dem Wissenschaftspreis des Landes Vorarlberg.

Als primäres Ziel ihrer neuen Tätigkeit als Professorin für Experimentelle Frauenheilkunde möchte Prof.ⁱⁿ Concin fundierte Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung bringen und in einen Vorteil für Patientinnen umwandeln. „Grundlagenforschung ist essentiell, um neue Therapiemöglichkeiten zu entwickeln. Wir müssen zuerst verstehen, auf welchen Mechanismen eine Erkrankung basiert, um dann durch innovative therapeutische Ansätze gezielt gegen sie vorgehen zu können“, erklärt Prof.ⁱⁿ Concin.

Mit der Einwerbung von 6 Mio Euro Drittmitteln (GANNET53 Projekt) ist sie ihrem Ziel 2013 einen wesentlichen Schritt näher gekommen.

4.6. PD OA Dr. Michael Hubalek – Habilitation am 26. Juni 2014



Revisiting Steven Paget’s “Seed and Soil” Theory – Impact of the “Soil” on the Growth and Progression of Breast Cancer

Steven Paget’s Theorie „Seed and Soil“ („Saat und Erde“) war – wie sich heute immer mehr herauskristallisiert – einer der Meilensteine in der Erforschung von malignen Erkrankungen. Paget beschrieb bereits 1889, dass maligne Zellen bestimmte Umgebungsbedingungen benötigen, um sich in andere Organe abzusiedeln. Inzwischen ist diese Theorie den modernen Erkenntnissen angepasst und adaptiert worden.

In der Vergangenheit hat sich die Krebsforschung im Wesentlichen für die „einzelne Tumorzelle“ interessiert. Es wurden

unzählige Mutationen und Amplifikationen in Tumorzellen nachgewiesen und untersucht um weitere Aufschlüsse über den Mechanismus der Metastasierung zu erlangen. Basierend auf diesen Arbeiten wurden auch effektive Medikamente entwickelt. Trotzdem unterliegt die Tatsache, ob ein Tumor Metastasen ausbildet und damit zur letalen Erkrankung wird, vielen individuellen Faktoren. Es wird zunehmend evident, dass das Mikromilieu um den Tumor als auch viele Faktoren im Körper als Ganzes, wesentlich Einfluss auf die Entstehung und Progression einer malignen Erkrankung hat. Im Rahmen dieser „Seed and Soil“ Theorie wird die Saat (=Tumorzelle) durch das Mikro- und Makromilieu des Individuums (= Soil) in seiner Entstehung und seinem Wachstum gefördert.

Im Rahmen dieser kumulativen Habilitationsschrift werden Ergebnisse von eigenen Untersuchungen präsentiert, welche sich Erkenntnissen dieser Theorie im weiteren und engeren Sinne widmen. Bei der ersten Arbeit *„Capecitabine plus paclitaxel versus epirubicin plus paclitaxel as first-line treatment for metastatic breast cancer: efficacy and safety results of a randomized, phase III trial by the AGO Breast Cancer Study Group“* handelt es sich um eine internationale Multicenter-Studie, welche sich mit der Behandlung und der Prognose von metastasierten Brustkrebs Patientinnen beschäftigt hat. Die zweite bzw. dritte Arbeit *„Endocrine therapy plus zoledronic acid in premenopausal breast cancer; „Adjuvant endocrine therapy plus zoledronic acid in premenopausal women with early-stage breast cancer: 62-month follow-up from the ABCSG-12 randomised trial“* wird im Kontext der modernen Erkenntnisse von Metastasierung diskutiert. Die vierte Arbeit *„Does obesity interfere with anastrozole treatment? – Positive association between BMI and anastrozole plasma levels“* zeigt den Einfluss des individuellen Organismus auf die Wirkung der oralen anti-neoplastischen Medikation auf. In der fünften Arbeit *„Adherence evaluation of endocrine treatment in breast cancer: methodological aspects“* wird letztlich das Problem der Einnahmetreue der Medikation von Frauen mit Brustkrebs unter endokriner Therapie beleuchtet.

Zusammenfassend zeigen diese Studien, dass die „Seed and Soil“ Theorie – auch 125 Jahre nach ihrer initialen Publikation – großen Einfluss auf die molekulare und klinische Krebsforschung hat.

4.7. Prof. Christian Marth leitet europäisches Forschungsnetzwerk (ENGOT)



Hohe Anerkennung für den Direktor der Innsbrucker Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe: Univ.-Prof. Dr. Christian Marth wurde einstimmig zum ENGOT-Vorsitzenden gewählt. ENGOT (European Network of Gynecological Oncology Trials Group) ist die Vereinigung aller Studiengruppen Europas, die Therapien im Bereich der gynäkologischen Onkologie weiterentwickeln.

In Österreich werden jährlich ca. 7.500 Fälle von frauenspezifischen Krebserkrankungen (Karzinomen) diagnostiziert. Um noch effizientere Therapien für gynäkologische Tumorerkrankungen zu entwickeln, müssen klinische Studien durchgeführt werden. In Europa koordiniert und fördert ENGOT die Zusammenarbeit von solchen Studien zu gynäkologischen Krebserkrankungen. Derzeit gehören zu dem Netzwerk 19 Studiengruppen aus 14 europäischen Ländern. ENGOT wurde im Oktober 2007 als Forschungsnetzwerk der Europäischen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie (ESGO) gegründet. Im Rahmen des kürzlich in Liverpool stattgefundenen ESGO-Meetings wurde Univ.-Prof. Dr. Christian Marth einstimmig zum Vorsitzenden der ENGOT gewählt. Stimmberechtigt war jede Studiengruppe der ENGOT. „Mich hat die Wahl sehr gefreut, da dies eine hohe Auszeichnung für die Forschungsleistung in Österreich zu gynäkologischen Krebserkrankungen ist“, erklärte Univ.-Prof. Marth. „ENGOT ist im Bereich der gynäkologischen Onkologie weltweit eines der wichtigsten Netzwerke.“ Darüber hinaus ist die ENGOT im Bereich der Förderung von NachwuchswissenschaftlerInnen sehr aktiv.

Innsbruck als Zentrum für gynäkologische Onkologieforschung

Die Wahl von Univ.-Prof. Marth zum Vorsitzenden unterstreicht die Expertise der Medizinischen Universität Innsbruck in der Erforschung gynäkologischer Krebserkrankungen. Seit 2001 ist Innsbruck Sitz der Studienzentrale der AGO (Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie), der Univ.-Prof. Marth als Präsident vorsteht. Die AGO-Studienzentrale organisiert nicht nur die akademische klinische Forschung am Innsbrucker Departement für Frauenheilkunde, sondern betreut derzeit alle Projekte der AGO in Österreich. Die Frauenklinik Innsbruck ist darüber hinaus an zahlreichen internationalen Multizentrenstudien beteiligt.

Teilnahme an Therapiestudien

Durch Therapiestudien konnten in den vergangenen Jahren die Heilungsraten von beispielsweise Brust- und Gebärmutterhalskrebs verbessert werden. „Es ist daher sehr wichtig, Patientinnen zu finden, die an den Studien teilnehmen“, erklärt Univ.-Prof. Marth. Eine Therapiestudie beinhaltet ein neues Konzept, von dem ExpertInnen annehmen, dass es

erfolgreicher ist als die bisher üblichen Behandlungsstrategien. „Die Teilnehmerinnen erhalten daher häufig als erste die Chance, neue, innovative Therapieansätze zu erfahren“, erklärt Univ.-Prof. Marth. Solche Therapiestudien unterliegen strengen Richtlinien. „Neben dem Ziel der Studie, neue Therapieformen für eine Vielzahl an Patientinnen nutzbar zu machen, bietet sie auch eine persönliche Chance für eine Bewältigung der Krankheit, da regelmäßige Untersuchungen und eine optimale sowie individuelle Betreuung, die oftmals über das normale Routineprogramm hinausgehen, stattfindet.“ Wenn eine behandelnde Ärztin/ein behandelnder Arzt die Teilnahme an einer Studie vorschlägt, sollten sich Patientinnen ausführlich über das Ziel und die Durchführung aufklären lassen und dann in aller Ruhe über eine Teilnahme entscheiden, rät Univ.-Prof. Marth. (B. Hoffmann)

4.8. Prof. Christian Marth – Neuer Präsident der Tiroler Krebshilfe



Im März 2014 fand im Rahmen der Generalversammlung der Krebshilfe Tirol ein Wechsel an der Spitze des Vereins statt. Univ.-Prof. Dr. Peter Fritsch übergab nach sechs Jahren als Präsident der Krebshilfe Tirol die Führung an Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, Direktor der Innsbrucker Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die Geschäftsführung bleibt in den Händen von Anita Singer und Univ.-Prof. Peter Fritsch steht dem Verein weiterhin als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats zur Verfügung. In seiner Amtszeit erfolgte eine Erweiterung der Forschungsförderung. Zusätzlich konnte eine Beratungsstelle in Innsbruck angeboten werden.

Aufgaben und Ziele der Krebshilfe Tirol

Die Krebshilfe Tirol ist unter den neun Landesorganisationen jene, die das größte Gewicht auf Forschung legt und dies

mündete Anfang 2000 in die Gründung des Tiroler Krebsforschungsinstituts. Jährlich wird eine bedeutende Summe an Forschungsleistungen aus den Bereichen Früherkennung und Behandlung von Tumorerkrankungen vergeben.

Das große Anliegen der Krebshilfe Tirol ist es, dass neue Erkenntnisse in die Behandlung von KrebspatientInnen einfließen können. Darüber hinaus bietet die Krebshilfe Tirol ein Beratungsangebot und Hilfestellung für KrebspatientInnen und Angehörige. Das Informationsangebot ist anonym und kostenlos und richtet sich an PatientInnen, Angehörige und Interessierte.

Die Finanzierung sämtlicher Vereinsaktivitäten erfolgt über Spenden, Sponsoren, Mitgliedsbeiträge, Kooperationen und Benefizaktionen. „Jeder Beitrag zählt und hilft, das kostenlose Beratungsangebot aufrecht zu erhalten sowie weiter vor allem in wichtige Forschungsprojekte zu investieren“, so Krebshilfe Tirol-Präsident Univ.-Prof. Christian Marth.

4.9. GANNET53

Erfolgreiche Einwerbung von 6 Millionen Euro Drittmitteln auf hochkompetitivem, europäischen Niveau

Im April 2013 wurde das Projekt GANNET53 – www.gannet53.eu – unter der Leitung von Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin nach einem internationalen Begutachtungsprozess von der Europäischen Kommission positiv evaluiert. Die Unterzeichnung des Grant Agreements über 5.994.072,- Euro bei einer Projektlaufzeit von 5,5 Jahren zwischen der Europäischen Kommission und der Medizinischen Universität Innsbruck erfolgte am 13. September 2013.

Das ambitionierte, hochinnovative Forschungsprojekt, an dem insgesamt 18 europäische Partner beteiligt sind, feierte seinen Auftakt im Oktober 2013. Im GANNET53 Projekt wird ein vielversprechendes Ergebnis aus der p53-Grundlagenforschung in die klinische Anwendung gebracht. Das Tumor-Suppressor-Gen p53 wird auch als „Wächter des Genoms“ bezeichnet. Die Inaktivierung dieses Schutz-Gens durch Mutation stellt die häufigste genetische Veränderung bei Krebs-erkrankungen dar. Im GANNET53 Projekt kommt in einer klinischen Phase I und II Studie eine neuartige p53-basierte Therapiestrategie bei Patientinnen mit Platin-resistentem Ovarialkarzinom zur Anwendung. Diese rasche „bench-to bedside“ Umsetzung wird durch die einzigartige Zusammenarbeit von renommierten europäischen Gyn-OnkologInnen, p53-GrundlagenforscherInnen, landesweiten klinischen Studiengruppen für Gynäkologische Onkologie, sowie von innovativen Klein- und Mittelbetrieben im Bereich der Labordiagnostik und Informationstechnologie möglich. Die Österreichische AGO (Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie; Leitung: Univ.-Prof. Dr. Christian Marth) mit dem Sitz der AGO-Studienzentrale (Leiterin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Regina Berger) an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Innsbruck stellt die leitende klinische Studiengruppe im GAN-

NET53 Projekt dar. Das Ziel des Projektes ist es, die Prognose und die Lebensqualität von platin-resistenten Ovarialkarzinom-Patientinnen, die eine p53 Mutation aufweisen, zu verbessern.



Univ.-Prof. Dr. Christian Marth: Leiter der österreichischen AGO, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concini: GANNET53 Projektleiterin, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Regina Berger: Leiterin der AGO-Studienzentrale, Ulrike Pachmann, MSc: Projektmitarbeiterin in der AGO-Studienzentrale (über EU-Grant finanziert), Sarah Dobner: Study nurse, Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet: Medizinischer GANNET53 Studien-Manager, Mag.^a Chiona Gehmacher: GANNET53 Projekt Assistentin (über EU-Grant finanziert), Assoz.-Prof. PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Heidelinde Fiegl: Leiterin des Biochemischen Labors, Dr.ⁱⁿ Katarzyna Koziel: Post-doc im GANNET53 Projekt (über EU-Grant finanziert), Dr.ⁱⁿ Astrid Berger und Dr.ⁱⁿ Regina Nehoda: Fachärztinnen und Mitarbeiterin in der p53-Arbeitsgruppe, Univ.-Prof. Hanno Ulmer: GANNET53 Statistiker, Mag.^a Sabine Embacher-Aichhorn: Leiterin der Koordinierungszentrums für Klinischen Studien an der Medizinischen Universität Innsbruck; Verantwortliche für das GANNET53-Monitoring

4.10. PDL DGKS Elisabeth Schmid – ein Arbeitsleben lang im Dienste der Frauenklinik



Elisabeth Schmid trat nach ihrer Ausbildung mit 1. Oktober 1978 in den Dienst der Frauenklinik. 1999 kann sie den Hochschullehrgang für Führungsaufgaben im Gesundheitswesen erfolgreich abschließen. Ab November 1995 übernimmt sie zusätzlich die Stellvertretung der Oberschwester. Mit Pensionierung ihrer Vorgängerin Herta Potocnik bekommt sie selbst mit 1. Jänner 2008 diese Aufgabe übertragen. Mit 1. Jänner 2012 übernimmt nun ihr Stellvertreter Thomas Praxmarer diese Aufgabe.

Wir danken Elisabeth Schmid für ihre umsichtige und engagierte Pflegedienstleitung. Sie war wesentlicher Teil der kollegialen Führung der Frauenklinik, bei allen großen und kleinen Angelegenheiten eine angenehme Partnerin in der Klinikleitung.

4.11. Loas 2013

(Dr.ⁱⁿ Regina Nehoda, Dr.ⁱⁿ Samira Abdel Azim)

Auch im Jahr 2013 fand nach alter Tradition an einem herbstlichen Oktoberwochenende der „onkologische Alpengipfel“ auf der Loas bei Schwaz statt. Schon zum 17. Mal reisten Wissenschaftler, Forscher und Mediziner aus mehreren Ländern zur gemeinsamen Fortbildung auf 1.700 m Seehöhe an. Die onkologischen Themenschwerpunkte waren dieses Jahr zum einen das Endometriumkarzinom, wo vor allem die Rolle von L1CAM als prognostischer Marker und die geplante AGO-Studie für den klinischen Einsatz vorgestellt und diskutiert wurde. Die weiteren Schwerpunkte lagen bei Aluminium und seiner Rolle in der Karzinogenese des Mammakarzinoms, sowie der „targeted therapy“ beim gynäkologischen Malignom.

Nach der traditionellen Eröffnung mit einem Programmüberblick durch Prof. Marth, starteten die sehr interessanten Vorträge über L1CAM. Der erste Redner, Dr. Kai Doberstein vom deutschen Krebsforschungszentrum präsentierte die Grundlagen und die weiteren Ausblicke der L1CAM Forschung auf molekularer Ebene und im Tierversuch. Im weiteren wurde die von unserer Klinik geleitete, kürzlich publizierte Studie über L1CAM beim frühen Endometriumkarzinom von Dr.ⁱⁿ Samira Abdel Azim vorgestellt. Danach wurde die nun geplante AGO-Studie zum Einsatz von L1CAM als prognostischer Marker für die weitere adjuvante Therapie beim frühen Endometriumkarzinom mit Dr.ⁱⁿ Regina Berger besprochen. Ganz besonders hat uns gefreut, dass hierfür Prof. Mina Fogel aus Isreal und Prof. Peter Altevogt aus Heidelberg eigens angereist waren.



Nach reger Diskussion konnten sich alle Teilnehmer anschließend bei einer humorvollen, bilingualen (für unsere Gäste aus England) Show von Zauberer Markus Gimbel mit seiner Begleitung dem Hasen Laurin Durnholzer entspannen. Natürlich durfte auch dieses Jahr das Loas-Festmahl mit den hervorragenden Schnitzeln nicht fehlen. Danach gab es zum gemütlichen Ausklang des Abends Tanz und Musik.

Am nächsten Morgen ging es gleich mit einem mitreißenden, teils fast philosophischem Vortrag über Aluminium und dessen Akkumulation in unserer Umwelt und im menschlichen Körper von Prof. Chris Exley von der Keele University in England weiter. Prof.ⁱⁿ Philippa Darbre beleuchtete im Anschluss die mögliche Rolle von Aluminium in der Entstehung des Mammakarzinoms durch den Effekt von Aluminium auf die Migration und Invasion von Mammakarzinomzellen im Zellkulturversuch. Zum Abschluss der Vormittagssitzung wurde die bereits laufende Studie zur Untersuchung von aluminiumhaltigen Deodorants und dem Einfluss auf die Mammakarzinomentstehung durch Caroline Linhart und Johanna Kowalski, zwei Studentinnen von Prof.ⁱⁿ Concin, präsentiert. Dank der engagierten Diskussion konnten hier viele interessante Aspekte beleuchtet werden.

Das wohlverdiente Mittagessen wurde auf der Sonnenterrasse bei herrlichem Bergpanorama serviert. Für die sportlichen Teilnehmer folgte die alljährliche Alpenwanderung, bevor die Nachmittagssitzung über zielgerichtete Therapien bei gynäkologischen Malignomen stattfand.

Dr.ⁱⁿ Regula Deurloo aus Basel präsentierte in einem umfassenden Vortrag hierzu Daten und Ausblicke über HER2 ge-



*Die 2013er-Organisatorinnen:
Dr.ⁱⁿ Regina Nehoda (links) und
Dr.ⁱⁿ Samira Abdel Azim*

zielte Therapien. Prof.ⁱⁿ Nicole Concin referierte im Weiteren über die tumorwirksamen Aspekte von mutiertem p53 und dessen therapeutische Möglichkeiten. Zusätzlich folgte ein Überblick über die bereits laufende Phase I Studie Gan-net53, die durch Prof.ⁱⁿ Concin koordiniert wird. Zum Ausklang eines sehr informativen Nachmittages folgte noch ein Vortrag durch Dr. Jirri Hatina aus Pilsen über die anstehende Veränderung der onkologischen Basisausbildung im Zeitalter der zielgerichteten Therapien.

Nach einer abrundenden Zusammenfassung und den Schlussworten durch Prof. Marth, konnten wir uns bei unseren nationalen und internationalen Gästen bedanken und verabschieden und mit vielen neuen Ideen und Anregungen für die weitere onkologische Forschung den Alpengipfel bei einem Glas Wein und einem bilderbuchhaften Sonnenuntergang ausklingen lassen.

5. Klinisches Leistungsspektrum

Ambulanzen

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	33.562	34.717	35.721	36.785	37.443	658	1,8 %
Frequenzen	99.038	99.399	105.359	107.277	106.670	-607	-0,6 %
Leistungen	217.371	215.425	226.005	228.905	230.940	2.035	0,9 %

Im Jahr 2013 wurden in den Ambulanzen der Frauenheilkunde über 36.000 Patientinnen versorgt, somit um über 1.000 mehr wie im Vorjahr, eine Steigerung um 3 %. Die Anzahl der Frequenz stieg im 5-Jahres-Vergleich um fast 10.000 Ambulanzbesuche – bei nahezu gleich bleibenden Personalressourcen inzwischen fast nicht mehr bewältigbar.

Stationen

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Systemisierte Betten	134	127,2	111	111	111		
Patientinnen stationär	7.052	7.140	6.531	6.666	6.886	220	3,3 %
Ø Belagsdauer [ab 2011] (Tage)	3,9	4,4	4,5	4,4	4,2	-0,2	-4,7 %
Mitternachts- Auslastung (in %)	62,3	65,4	71,1	67,6	68,4		1,1 %
Tages-Auslastung (in %)	82,6	81,5	85,4	82,9	84,3		1,7 %
Patientinnen tagesklinisch	2.184	2.293	3.231	3.262	3.347	85	2,6 %
Patientinnen Gesamt	9.236	9.433	9.762	9.928	10.233	305	3,1 %
LKF-Punkte (in 1.000)	22.733	22.342	23.222	23.098	24.516	1.421	6,2 %

2013 wurden über 6.600 PatientInnen stationär betreut, wieder eine leichte Steigerung im Vergleich zum Vorjahr, und ergibt eine ausgezeichnete Tagesauslastung von fast 83 %. Die Zahl der tagesklinischen Patientinnen ist seit 5 Jahren kontinuierlich stark gestiegen (+ 56,3 %). Die Zahl der LKF-Punkte ist im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig, aufgrund des höheren Punktwertes konnte aber 2013 trotzdem ein Plus von € 441.000,- erzielt werden.



Verschiedenste Gruppen besuchen die Frauenklinik – so auch der Studiengang Nonprofit-, Sozial- und Gesundheitsmanagement vom MCI Innsbruck

Einzugsgebiet

stationäre und tagesklinische PatientInnen

Einzugsgebiet	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Gesamt	9.073	9.308	9.608	9.794	10.107	313	3,2%
Tirol	8.638	8.941	9.196	9.414	9.638	224	2,4%
Imst	516	489	546	552	552	0	0,0 %
Innsbruck - Land	2.950	3.074	3.207	3.163	3.469	306	9,7 %
Innsbruck - Stadt	3.138	3.197	3.337	3.473	3.524	51	1,5 %
Kitzbühel	298	385	425	474	417	-57	-12,0 %
Kufstein	461	386	429	418	384	-34	-8,1 %
Landeck	157	148	97	114	125	11	9,6 %
Lienz	103	112	91	55	69	14	25,5 %
Reutte	54	108	82	125	67	-58	-46,4 %
Schwaz	961	1.042	982	1.040	1.031	-9	-0,9 %
restliches Österreich	194	174	189	205	250	45	22,0%
Burgenland	4	2	1	0	1	1	
Kärnten	9	15	14	13	8	-5	-38,5 %
Niederösterreich	16	8	11	12	7	-5	-41,7 %
Oberösterreich	23	21	17	45	60	15	33,3 %
Salzburg	37	34	19	30	34	4	13,3 %
Steiermark	3	4	6	10	11	1	10,0 %
Vorarlberg	83	69	111	79	97	18	22,8 %
Wien	19	21	10	16	32	16	100,0 %
Ausland	241	193	223	175	219	44	25,1%
Deutschland	22	26	37	24	19	-5	-20,8 %
Südtirol/Italien	203	149	165	134	175	41	30,6 %
Sonstiges Ausland	16	18	21	17	25	8	47,1 %

Altersstruktur

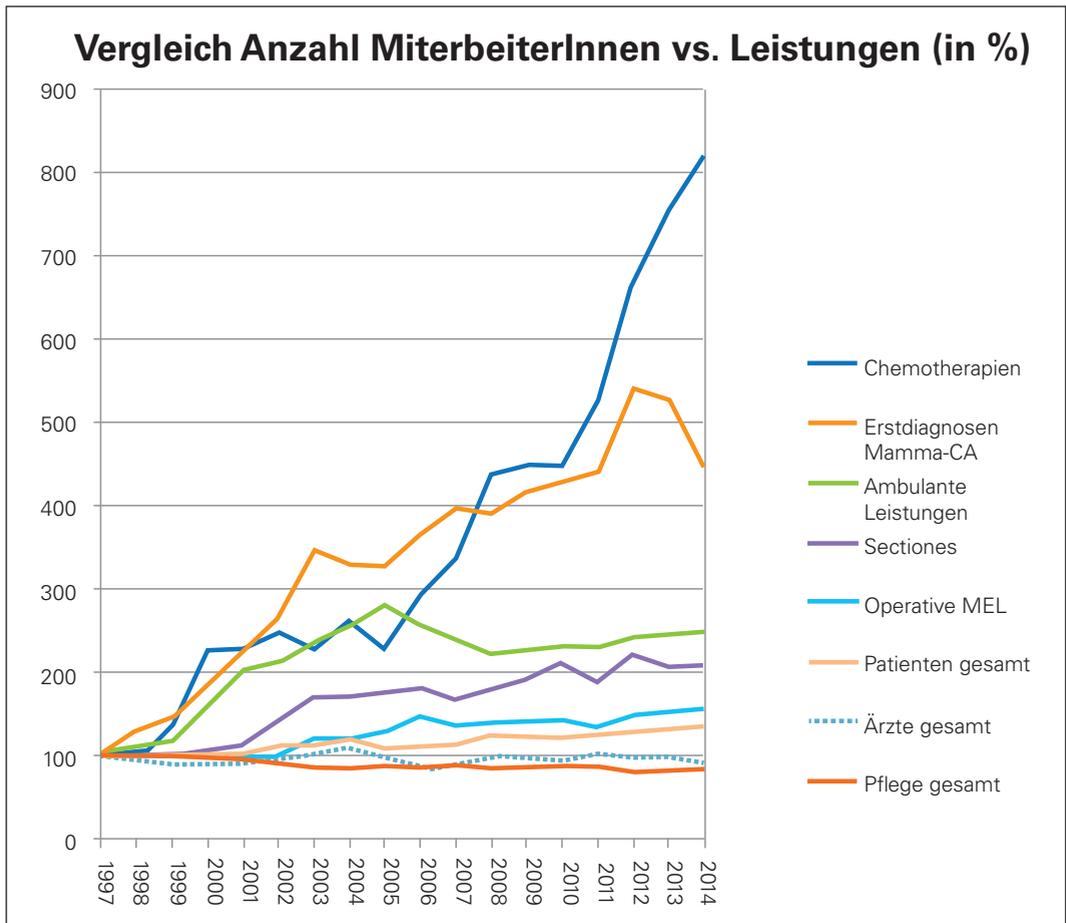
stationäre und tagesklinische PatientInnen

Lebensalter in Jahren	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Gesamt	9.073	9.308	9.608	9.794	10.107	313	3,2%
Alter 0–19	194	209	190	188	131	-57	-30,3 %
Alter 20–29	1.616	1.627	1.692	1.593	1.692	99	6,2 %
Alter 30–39	2.221	2.177	2.138	2.306	2.550	244	10,6 %
Alter 40–49	1.525	1.504	1.597	1.756	1.679	-77	-4,4 %
Alter 50–59	1.408	1.462	1.539	1.461	1.611	150	10,3 %
Alter 60–69	1.186	1.259	1.249	1.337	1.158	-179	-13,4 %
Alter 70–79	703	814	957	898	988	90	10,0 %
Alter 80 und älter	220	256	246	255	298	43	16,9 %

Der in den vergangenen Jahren klar feststellbare Trend, dass die über 70- und über 80-jährigen Patientinnen (in Summe) signifikant zunehmen, hat sich auch für 2014 wieder bestätigt. Die Anzahl ist in den vergangenen fünf Jahren um 18,7 % gestiegen. Die Gesamtzahl der Patientinnen bei Stationen, Einzugsgebiet und Altersstruktur variiert geringfügig, da hausintern teils nach beleistenden teils nach entlassenden Stationen zugeordnet wird.

MitarbeiterInnen

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



Ärztinnen im Gegenfach



Gabi Gufler



Hans-Peter Krause



Regina Nehoda



Michaela Peer



Magdalena Ritter



Eva-Maria Strobl

Ärztinnen in Mutterschutz/Elternkarenz



Christine Brantner



Elisabeth D'Costa



Doris Huemer



Christine Weger



Evelyn Weissenböck



Elisabeth Zangerl

Erlöse – Aufwand

	2010	2011	2012	2013	2014
Bundespersonealkosten in %	7,37	5,90	5,47	5,01	6,64
Landespersonealkosten in %	46,35	36,45	33,62	32,05	41,31
Sachkosten in %	31,08	26,49	26,23	27,72	38,72
Sekundärkosten in %	22,56	37,06	33,55	33,92	11,65
Gesamtkosten (Landespersoneal-, Sach- und Sekundärkosten, Umlagen, AfA)	23.294.467	29.817.474	32.669.483	35.112.068	28.258.326
Veränderung zum Vorjahr	3,8 %	28,0 %	9,6 %	7,5 %	-19,5 %
Gesamterlöse (Patienten- und sonstige Erlöse, klin. Mehraufwand, int. Leistungsverrechnung)	23.574.760	23.325.703	30.682.922	32.125.809	30.235.252
Veränderung zum Vorjahr	1,4 %	-1,1 %	31,5 %	4,7 %	-5,9 %
Drittmittleinnahmen	618.919	698.944	657.194	715.288	946.916

2011 bis 2013 wurden Umlagen und AfA in die Sekundärkosten und somit auch in die Gesamtkosten mit einbezogen, ebenso die intern verrechenbaren Leistungen bei den Erlösen.

Daher sind bei den Gesamtkosten diese Jahre nur bedingt vergleichbar mit den Vorjahren.

Der Medizinische Bedarf (€ 7.794.769,-) beträgt 71,24 % der Sachkosten (€ 10.941.801,-).

Vom Medizinischen Bedarf entfallen 78,84 % (€ 6.145.683,-) auf Medikamente. Von diesen entfallen 94,65 % (€ 5.817.021,-) auf Chemotherapeutika – seit 2005 ein anteiliger Anstieg um 32,88 %, aber um 537 % bei der absoluten Summe.

Die Gesamtkosten 2013 vs. 2014 sind, auch wenn die Summen kleiner sind, u. a. durch deutliche Zunahmen beim medizinischen Bedarf (z. B. Chemotherapeutika) gestiegen, es konnte aber auch der TGF-Erlösanteil um fast 10 % gesteigert werden.

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

5.1. Ambulanz-Sprechstunden

Die Auflistung der Ambulanzen und Sprechstunden erfolgt in alphabetischer Reihenfolge.

Die angeführten ÄrztInnen geben den aktuellen Stand (1. Juni 2015) der OberärztInnen wieder, die AssistentInnen wechseln ausbildungsbedingt halbjährlich.

5.1.1. Allgemeine Ambulanz

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

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	8.449	8.317	8.929	8.897	9.175	278	3,1 %
Frequenzen	17.539	16.748	18.016	17.335	17.125	-210	-1,2 %
Leistungen	45.156	42.042	45.682	45.812	44.732	-1.080	-2,4 %

5.1.2. BrustGesundheitZentrum-Sprechstunde

PD Dr. Michael Hubalek, OA Dr. Daniel Egle, Dr. Sarah Girstmair
Ord.ass. Astrid Kluckner

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	2.745	2.956	3.230	3.513	3.712	199	5,7 %
Frequenzen	7.601	8.321	9.429	10.518	10.124	-394	-3,7 %
Leistungen	8.286	9.536	11.287	12.554	12.325	-229	-1,8 %

5.1.3. Endokrinologie-Sprechstunde

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

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	2.611	2.477	2.500	2.513	2.605	92	3,7 %
Frequenzen	11.545	11.324	12.913	13.355	13.804	449	3,4 %
Leistungen	38.312	33.371	36.285	36.740	40.583	3.843	10,5 %

5.1.4. Onkologie-Sprechstunde

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

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	2.210	2.179	2.213	2.749	2.477	-272	-9,9 %
Frequenzen	4.709	4.756	4.766	5.052	4.620	-432	-8,6 %
Leistungen	12.317	12.003	10.768	11.743	10.968	-775	-6,6 %

5.1.5. Schwangeren-Sprechstunde

OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni, Dr.ⁱⁿ Valeria Colleselli
DGKS Beatrice Wallasch

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	1.134	1.129	1.131	1.251	1.292	41	3,3 %
Frequenzen	2.891	2.924	2.827	2.978	3.147	169	5,7 %
Leistungen	14.061	16.017	14.764	15.968	16.929	961	6,0 %

5.1.6. Ultraschall-Fetalmedizin

Ass.-Prof. Dr. Alexander Alge, OÄ Dr.ⁱⁿ Michaela Angerer-Dengg,
OÄ Dr.ⁱⁿ Irene Mutz-Dehbalaie
DGKS Susanne Viertl

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	2.762	2.637	2.303	1.900	1.380	-520	-27,4 %
Frequenzen	4.331	4.580	4.181	4.102	3.710	-932	-22,7 %
Leistungen	9.869	14.513	14.008	13.627	10.495	-3.132	-23,0 %

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

5.1.7. Urodynamik

OA Dr. Stefan Kropshofer
DGKS Anna Raml

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	343	418	460	428	464	36	8,4 %
Frequenzen	597	773	771	765	768	3	0,4 %
Leistungen	2.941	3.126	3.184	3.049	3.300	251	8,2 %

5.2. Spezialsprechstunden

5.2.1 Dysplasie/KVF

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

5.2.2 Familiäre Malignome

OA Dr. Michael Hubalek
DGKS Annemarie Kirchmair

5.2.3 HIV

OA Dr. Stephan Kropshofer
DGKS Regina Stadlmeir

5.2.4 Migrantinnen

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

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

mit muttersprachlicher Dolmetscherin

5.3. Labore

5.3.1. Morphologisches Labor

FA Dr. Afschin Soleiman

Leitende BMA: BMA Martina Neuner

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

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Gynäkolog. Zytologie	27.356	27.726	28.303	29.215	29.971	756	2,6 %
Extragenitale Zytologie	507	457	426	379	424	45	11,9 %
Histologie-Fälle	3.749	3.587	3.949	3.860	3.887	27	0,1 %
Histologie-Schnitte	56.172	55.083	62.619	54.341	47.944	-6.397	-11,8 %
Schnellschnitte	828	644	525	436	290	-146	-33,5 %
Immunhistochemie	3.683	3.597	4.933	5.347	4.872	-475	-8,9 %

5.3.2. Labor für klinische Biochemie

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

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patienten	3.549	3.575	3.709	3.950	4.121	171	4,3 %
Frequenzen	9.121	9.263	9.386	9.967	9.796	-171	-1,7 %
Leistungen	10.089	11.684	12.466	13.186	13.345	159	1,2 %

5.4. Physiotherapie

PTⁱⁿ Alice Hotter, PTⁱⁿ Patricia Walch

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	774	776	804	745	761	16	2,1 %
Frequenzen	3.383	3.007	3.139	2.924	3.116	192	6,6 %
Leistungen	5.041	4.452	4.664	4.224	4.733	509	12,1 %

5.5. Sozialarbeit

DSAⁱⁿ Petra Hillebrand, DSAⁱⁿ Dodo Mahnke

	2008	2009	2010	2011	2012
Patientinnen insgesamt	323	545	591	603	610
Stationen/Ambulanz/Sprechstunden					
Tagesklinik	17	17	23	21	18
Kreißsaal	14	6	14	17	18
BGZ-Sprechstunde	10	27	35	31	37
Onkologie-Sprechstunde	4	11	10	13	22
Allgemeine Ambulanz	6	4	2	6	2
Schwangeren-Sprechstunde	9	27	39	40	47
Mutter-Kind-Station	40	104	107	188	154
Gyn 1	24	42	52	57	60
Gyn 2	26	5	119	97	92
Gyn 3	116	184	252	202	235
Gyn 4 (ab 30.9.2011 geschlossen)	57	151			
Leistungen					
Beratung	403	595	620	562	609
Pflegegeld	121	86	127	104	155
Organisation Pflege	26	30	50	60	70
Organisation Hebamme	12	29	25	39	35
Organisation Familien-/Heimhilfe	24	21	27	26	38
Beratung Angehöriger	58	80	90	126	157
Suche Heimplatz	4	8	2	9	6
Jugendwohlfahrt	22	51	55	55	59
Vermittlung in andere Beratungen	58	93	181	181	162
Sonstiges	93	190	526	419	472
Interna	25	31	35	42	44
Leistungen gesamt	846	1.214	1.738	1.623	1.807

Sonstiges: Wohnungssuche, Rezeptgebührenbefreiung, Pensionsanträge, Existenzsicherung, Spendengelder

Anmerkungen:

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

Ab März 2010 wurden die personellen Ressourcen von 20 auf 30 Wochenstunden erhöht, ab 1. März 2012 auf 40 Wochenstunden.

5.6. Geburtshilfe

ÄrztInnen: **OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni**, OÄ Dr.ⁱⁿ Doris Bastl, OÄ Dr.ⁱⁿ Astrid Berger,
 FÄ Dr.ⁱⁿ Christine Brunner, OÄ Dr.ⁱⁿ Gudrun Windbichler
 Leitende Hebamme: Dipl.Heb. Anna Harm

5.6.1. Hebammen-, Entbindungs- und Still-Sprechstunde

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 absolut	13-14 in %
Patientinnen	2.123	2.090	2.310	2.333	2.372	39	1,7 %
Frequenzen	4.776	4.725	5.742	5.646	5.677	31	0,5 %
Leistungen	32.291	29.650	31.308	29.902	31.261	1.359	4,5 %

5.6.2. Geburtshilfe-Station

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 in %
Systemisierte Betten	8	7,7	7	7	7	0,0 %
Patientinnen	2.484	2.398	2.524	2.578	2.649	2,8 %
Durchschnittl. Belagsdauer [ab 2011] (Tage)	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	-3,4 %
Mitternachts-Auslastung (in %)	89,0	86,8	88,6	87,3	87,1	-0,3 %
Tages-Auslastung (in %)	100,0	97,3	99,0	98,4	98,2	-0,2 %

5.6.3. Kreißsaal – Geburten

	2010	2011	2012	2013	2014
Kinder gesamt	2.133	2.090	2.239	2.195	2.283
davon Mädchen	1.035	1.008	1.039	1.073	1.110
davon Buben	1.098	1.069	1.200	1.122	1.173
Geburten gesamt	2.055	2.019	2.144	2.133	2.202
Einlingsgeburten	1.974	1.950	2.054	2.070	2.124
Zwillingsgeburten	78	67	85	62	75
Drillingsgeburten	1	2	5	1	3
Anonyme Geburten	1	3	1	1	1
Frühgeburten (< 37+0 SSW)	364	305	377	327	333
Frühgeburten in %	17,1	14,6	16,8	14,9	14,6
Geburtsgewicht < 2.500g	314	258	323	267	309
Geburtsgewicht < 1.500g	71	54	72	65	73
Sectiones gesamt	896	812	943	882	884
Sectiones in %	42,3	38,9	42,2	40,2	38,7
Sectio BEL	133	129	154	147	150
vag. BEL	11	3	2	1	0
Episiotomie Erstpara	160	161	157	156	130
Episiotomie Mehrpara	67	41	53	35	30
Wassergeburt	220	233	158	252	168
Ambulante Entbindung	15	23	35	30	38

	2010	2011	2012	2013	2014
PDA b. vag. Geb.	210	218	210	223	195
SPA b. Sectio	806	721	729	695	665
Vollnarkose b. Sectio	90	91	110	92	98
Na-pH < 7,20	250	314	320	384	367
Na-pH < 7,10	45	41	55	61	54
azidotisch und deprimiert (Na-pH < 7,20 + APGAR 5 min < 7)	13	8	11	8	9
schwer azidotisch u. deprimiert (Na-pH < 7,10 + APGAR 5 min < 5)	2	0	1	1	2
Transferierung Kinderklinik	255	231	292	291	174
Mortalität gesamt	21	23	15	15	17
ante partum	11	16	7	9	7
sub partum	3	2	2	1	2
bis 7. Tag	7	5	6	5	8

Im **Berichtsjahr 2013** haben 2.133 Mütter 2.195 Kinder geboren. Das ist ein leichter Rückgang im Vergleich mit dem Vorjahr, aber eine Steigerung um 10,5 % in den vergangenen 5 Jahren. 2013 wurden an unserer Klinik 62 mal Zwillinge und ein mal Drillinge geboren.

In den Bundesländern Wien (+2,4 %) und Salzburg (+1,2 %) stieg die Anzahl der Geburten im Jahr 2013 am stärksten. Mit unterdurchschnittlichen Geburtenanstiegen folgten Tirol und Oberösterreich (je +0,4 %) sowie Kärnten (+0,1 %). In Niederösterreich (+0,0 %) blieb die Zahl der Lebendgeborenen praktisch unverändert.

In Tirol gab es 6.962 Neugeborene im Jahr 2013 gegenüber 6.917 im Jahr 2012, 6.724 im Jahr 2011, 6.819 im Jahr 2010, 6.636 im Jahr 2009.

Die österreichweite Sectorate liegt bei 30 %, in fetalmedizinischen Zentren naturgemäß wesentlich höher, so auch an der Frauenklinik Innsbruck (40,1 %).

7 % der Kinder in Österreich hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500 g, an der Frauenklinik, ebenfalls zentrumsbedingt, waren es 12,2 %.

Im **Berichtsjahr 2014** haben 2.202 Mütter 2.283 Kinder geboren. Das ist ein langjähriger Höchststand und eine Steigerung um 9,3 % in den vergangenen 5 Jahren.

2014 wurden an unserer Klinik 75 mal Zwillinge und drei mal Drillinge geboren.

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

5.6.4. Station Mutter-Kind (Wochenstation)

ÄrztInnen: **OÄ Dr.in Gudrun Windbichler, Dr.in Christine Brunner, Dr.in Doris Bastl**

Stationsärztin: Dr.in Branka Firulovic

Pflegeleitung: Heb. Aurelia Föger

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 in %
Systemisierte Betten	21,3	22	22	22	22	0,0 %
Patientinnen	1.721	1.677	1.739	1.771	1.823	2,9 %
Durchschnittl. Belagsdauer [ab 2011] (Tage)	3,8	3,62	3,57	3,48	3,4	-3,7 %
Mitternachts-Auslastung (in %)	81,3	80,3	77,1	76,7	76,0	-0,8 %
Tages-Auslastung (in %)	101,9	101,5	97,6	97,3	97,7	0,4 %

5.7. Pflegestationen/Tageskliniken

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

5.7.1. Station Gynäkologie I (Sonderstation)

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

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 in %
Systemisierte Betten	20,7	20	20	20	20	0,0 %
Patientinnen	1.148	1.649	1.810	1.966	1.870	-4,9 %
Durchschnittl. Belagsdauer [ab 2011] (Tage)	2,4	4,0	3,5	4,0	3,9	-1,2 %
Mitternachts-Auslastung (in %)	51,9	59,6	55,7	57,4	56,0	-2,4 %
Tages-Auslastung (in %)	72,6	82,3	80,0	84,1	81,5	-3,2 %

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

5.7.2. Station Gynäkologie II (Operativ/Schwangere)

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

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 in %
Systemisierte Betten	29	28,5	26,9	27	27	0,0 %
Patientinnen	1.441	1.490	1.851	1.789	1.959	9,5 %
Durchschnittl. Belagsdauer [ab 2011] (Tage)	4,3	4,4	3,9	3,7	3,5	-5,7 %
Mitternachts-Auslastung (in %)	63,1	56,6	67,3	61,1	62,0	1,5 %
Tages-Auslastung (in %)	76,7	70,4	85,2	78,5	81,3	3,6 %

5.7.3. Station Gynäkologie III (Onkologie/Mamma)

ÄrztInnen Onkologie: **A. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet**,
 Ass.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Abfalter,
 Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concini, PD Dr. Daniel Reimer,
 OÄ Dr.ⁱⁿ Anouk Wagener
 Stationsärztin: Dr.ⁱⁿ Petra Wiesbauer
 ÄrztInnen Mamma: **PD Dr. Michael Hubalek**, OA Dr. Daniel Egle
 Stationsärztin: Dr.ⁱⁿ Sarah Girstmair
 Pflegeleitung: DGKS Tanja Posch

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 in %
Systemisierte Betten	21	21	21	21	21	0,0 %
Patientinnen	734	971	1.128	1.008	1.188	17,9 %
Durchschnittl. Belagsdauer [ab 2011] (Tage)	6,5	5,2	5,2	5,2	4,8	-6,6 %
Mitternachts-Auslastung (in %)	65,5	66,5	77,9	69,2	73,3	5,8 %
Tages-Auslastung (in %)	75,0	79,0	91,8	82,2	88,3	

5.7.4. Tagesklinik Gyn3

ÄrztInnen: **A. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet, PD Dr. Michael Hubalek**
 Stationsärztin: Dr.ⁱⁿ Johanna Salzer, Dr.ⁱⁿ Hildegard Wegscheider
 Pflegeleitung: DGKS Tanja Posch

	2010	2011	2012	2013	2014	13-14 in %
Systemisierte Betten	8	8	8	8	8	0,0 %
Patientinnen	2.138	2.279	2.362	2.418	2.388	-1,2 %
Tages-Auslastung (in %)	98,3	110,1	118,7	120,0	120,5	0,5 %

5.7.5. Tagesklinik Gyn4

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

	2012	2013	2014	13-14 in %
Systemisierte Betten	6	6	6	0,0 %
Patientinnen	967	1.019	963	-5,5 %
Tages-Auslastung (in %)	71,4	73,0	72,6	-0,65

Ein Teil der früher stationär durchgeführten operativen Eingriffe kann seit 2011 tagesklinisch angeboten werden. Dafür wurde die Tagesklinik Gyn4 mit 6 Betten neu geschaffen und am 15. Dezember 2011 eröffnet.

5.8. OP-Statistik

Gesamtzahl	2010	2011	2012	2013	2014
Patientinnen	4.298	4.141	4.268	4.382	4.491
operative Eingriffe	5.061	4.981	5.194	5.042	5.172
MEL*	6.215	6.022	6.543	6.776	6.893

*Anzahl der verrechenbaren operativen Leistungen nach LKF

5.8.1. Gynäkologische Onkologie

5.8.1.1. OP bei Mammakarzinom

	2010	2011	2012	2013	2014
Mastektomien ohne Simultanaufbau	42	52	49	77	106
Skin-Sparing Mastektomien mit Simultanaufbau	58	112	97	137	165
Tumorektomien – brusterhaltende Operationen	188	171	214	215	205
Sentinel Lymphonodektomien	203	194	232	182	218
Axilladissektionen	92	96	71	40	53
Nachresektionen	30	37	30	28	21
Revisionen	5	5	7	3	3

5.8.1.2. OP bei Ovarialkarzinom

	2010	2011	2012	2013	2014
Abdominelle Hysterektomien + Debulking + Lymphonodektomien	57	78	89	95	134

5.8.1.3. OP bei Cervixkarzinom

	2010	2011	2012	2013	2014
Wertheim, einschl. laparoskopisch assistiert (DaVinci)	7	8	7	6	11
Lymphknoten Staging	16	13	9	6	11
Probeexzisionen, Initiierung der Strahlentherapie	17	10	22	24	31

5.8.1.4. OP bei Corpuskarzinom

	2010	2011	2012	2013	2014
Abdominelle Hysterektomien	18	17	20	11	12
LAVH	15	9	15	12	11
Wertheim	6	5	1	5	2
Abrasionen (ohne weitere operative Therapie)	1	0	2	3	1

5.8.1.5. OP bei Vulvakarzinom

	2010	2011	2012	2013	2014
Vulvektomien	15	10	13	23	21

5.8.1.6. Primäre Karzinome gesamt

	2010	2011	2012	2013	2014
Primäre Mammakarzinome	260	265	325	317	268
Primäre Ovarialkarzinome	41	52	39	34	32
Primäre Cervixkarzinome	29	25	16	23	28
Primäre Corpuskarzinome	45	33	39	35	32
Primäre Vulvakarzinome	9	13	14	9	14
Primäre Karzinome gesamt	384	388	433	418	374

5.8.1.7. Strahlentherapie

	2010	2011	2012	2013	2014
HDR (high dose rate)	83	134	50	77	112
VR (Vaginalrohr)	156	195	156	91	147

5.8.2. Gutartige Indikationen

5.8.2.1. Mamma

	2010	2011	2012	2013	2014
Mamma PE	105	89	107	102	69

5.8.2.2. Abdominale Operationen

	2010	2011	2012	2013	2014
Laparotomie bei Adhextumor	25	34	40	29	71
Sterilisation post partum	50	87	123	100	118
Laparoskopie – diagnostisch (1–2 Einstiche)	115	88	112	86	60
Laparoskopische OP (3–4 Einstiche)	405	314	319	369	429
Laparoskopische Sterilisation	17	30	21	19	18
Abdominale totale Hysterektomie	36	35	37	31	56
Myomexstirpation offen	5	12	9	2	7
Sektionarbendehiszenz	1	2	3	2	1
OP eines Scheidenblindsackvorfalles	1	1	4	2	1
davon Sacropexie/Laparoskopie (Da Vinci)	0	1	4	1	1

5.8.2.3. Vaginale Operationen

	2010	2011	2012	2013	2014
Vaginale totale Hysterektomie (vt)	51	73	81	100	104
Totale laparoskopische Hysterektomie (TLH)	22	38	42	32	35
Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH)	14	17	10	10	2
vt mit vorderer und hinterer Kolporraphie (vt + v + h)	36	39	41	70	64
vordere und hintere Kolporraphie / Prolift	13	17	5	18	11
Tension free vaginal tape (TVT)	6	1	0	3	3

	2010	2011	2012	2013	2014
Tension free vaginal tape (TVT -o)	28	44	38	41	48
Bulkamid	4	0	0	3	0
Hysteroskopie + fraktionierte Abrasio	461	494	563	599	636
Abrasio bei Abortus	230	206	228	130	111
Messer Konisation	27	9	5	4	13
LLETZ Konisation (Elektroschlinge)	161	164	177	178	207
Cerclage	20	11	19	22	22
Hysteroskopische Operation	134	154	158	181	204
davon Septumdissektion	26	18	19	16	14
davon Myomentfernung	28	35	23	34	25
davon Hydrothermablatio (HTA), ThermoChoice	66	89	98	116	133
Kolpektomie	1	1	6	7	5
Vulva PE	72	73	101	109	95
Laser	83	80	144	98	82
Marsupialisation	16	30	42	38	42

5.8.2.4. Revisionen

	2010	2011	2012	2013	2014
Bauchdecke	1	3	5	2	0
Intraabdominal	3	4	4	2	1
Mamma	5	5	4	3	3
Vulva/Vagina	10	5	7	6	1
Nachblutung nach Konisation	1	2	3	4	2
Gesamt	20	19	23	17	7

5.8.3. Geburtshilfe

	2010	2011	2012	2013	2014
Sectio	597	529	610	568	585
Re-Sectio	228	248	253	254	227
Sectio-Hysterektomie	0	2	3	0	1
Sectio Gesamt	825	779	866	822	813
Nachtastung	41	55	62	70	60
Manuelle Plazentalösung	80	80	86	79	61
Dammriss III./IV. Grades	30	18	46	35	32

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

6. Qualität ist uns wichtig

Station	Jahr	Pflege	ÄrztInnen	Weitere Berufe	Küche	Organisation Technik	Gesamt-zufriedenheit	Empfehlung	N	r
Gyn I	2010	3,3	2,3	1,5	18,3	2,1			114	14,3
	2011	3,8	3,5	0,9	24,9	3,0			190	21 %
	2012	4,7	3,5	1,1	25,6	2,8			225	17 %
	2013	4,0	1,9	1,1	13,2	3,2	87,3 %	93,7 %	191	14 %
	2014	3,8	1,9	1,4	27,4	2,3	94,0 %	97,6 %	189	14 %
Gyn II (bis 30.9.11 Gyn 4)	2010	3,3	4,9	0,9	17,4	3,2			255	20,5
	2011	3,5	3,6	0,9	19,6	4,0			275	27 %
	2012	3,2	2,8	0,7	18,2	3,3			382	23 %
	2013	2,1	2,1	0,5	10,1	2,8	93,3 %	95,2 %	355	22 %
	2014	2,2	3,0	1,3	22,0	3,7	92,5 %	97,0 %	376	21 %
Gyn III	2010	3,4	1,2	1,4	23,0	4,0			48	9,6
	2011	4,2	2,6	1,0	21,1	2,4			106	19 %
	2012	3,3	2,4	1,3	21,6	4,8			234	28 %
	2013	2,4	2,1	1,0	10,5	4,3	92,8 %	97,4 %	216	27 %
	2014	2,4	2,1	1,4	27,6	3,1	91,6 %	96,3 %	218	24 %
Mutter-Kind	2010	6,2	5,1	0,8	25,4	2,7			546	33,1
	2011	6,0	5,2	0,8	23,9	2,3			523	32 %
	2012	6,4	4,8	0,8	23,4	2,2			509	30 %
	2013	5,3	3,0	1,2	14,1	2,2	77,7 %	90,6 %	399	24 %
	2014	5,8	5,0	1,1	31,2	3,0	74,7 %	88,1 %	432	25 %
Geburtshilfe	2010	4,6	5,5	0,8	21,0	2,3			76	27,4
	2011	4,1	5,7	1,1	15,8	2,5			39	15 %
	2012	6,8	8,5	1,4	21,3	3,6			30	12 %
	2013	5,0	4,0	0,7	10,4	3,2	67,9 %	89,3 %	37	13 %
	2014	6,0	5,3	1,7	17,3	3,1	81,0 %	87,3 %	71	26 %
Gyn IV Tagesklinik	2014	3,8	3,5	1,0	14,8	4,8	86,3 %	92,9 %	206	24 %

Legende:

Kritikanteil: in % – je niedriger, desto besser

N: Anzahl der abgegebenen Fragebögen

R: Rücklaufquote

6.1. Patientinnen-Zufriedenheit

(Dipl.-KfFr. FH Cornelia Kirst,
Strateg. Qualitätsmanagement)

Die Rückmeldungen unserer Patientinnen sind für uns sehr wichtig, da sie uns die Gelegenheit bieten, Fehler zu beheben und gut funktionierende Bereiche noch zu verbessern. Hier ist die Entwicklung der vergangenen 5 Jahre dargestellt. Bei der stationären Aufnahme bekommt jede Patientin einen standardisierten Fragebogen, den sie bei der Entlassung anonym wieder abgeben kann. Die Rücklaufquote (R) errechnet sich aus der Anzahl der ausgewerteten Fragebögen (N) im Vergleich zur Gesamtzahl der stationären Patientinnen (Entlassungen pro Jahr, ggf. mehrfache Aufenthalte pro Monat werden nur einmal gezählt).

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

- „Pflege“ (Schwestern, PflegehelferInnen, Hebammen),
- „ÄrztInnen“ und
- „Weitere Berufe“ (Sozialarbeiterin, Psychologin, Physiotherapeutinnen, ...).
- „Küche“ betrifft im Wesentlichen die Zufriedenheit mit dem Essen,
- „Technik“ die Ausstattung der Zimmer (Nasszelle, Radio, elektr. Betten etc.).

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

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

In Summe können aus obigen Zahlen folgende Tendenzen abgeleitet werden:

- Auf der Geburtshilfestation sehr gute Verbesserung des Rücklaufes.
- Kaum gravierende Verbesserungen/Verschlechterungen bis auf die Beurteilung der Küche und tendenziell alle Beurteilungen zur Geburtshilfestation.
- Gesamtzufriedenheit verbessert auf Gyn I und Geburtshilfestation, Gyn II und Gyn III halten die sehr hohe Gesamtzufriedenheit, Mutter-Kind-Station leicht verschlechtert – mit Sicherheit ein Zeichen für die ständige Überbelegung.

Den erfreulicherweise durchweg sehr niedrigen Kritikanteil wollen wir natürlich weiter reduzieren – möglichst auf Null. Zu erwähnen ist jedenfalls auch, dass es bei den monatlichen Auswertungen immer auch viele sehr positive, extra angeführte Rückmeldungen gibt, in denen viele MitarbeiterInnen aus allen Berufsgruppen sehr lobend erwähnt werden. Dafür an dieser Stelle ein besonderes Danke!

6.2. Qualitätsentwicklung und klinisches Risikomanagement

(Gf. OA Dr. Otto Huter)

„Ansichten“

Die Erhaltung der Gesundheit beruht auf der Gleichstellung der Kräfte.

Gesundheit dagegen beruht auf der ausgewogenen Mischung der Qualitäten.

Hippokrates von Kos
(um 375 v.Chr.),
griechischer Arzt



Im Jahresbericht 2009 habe ich über die Implementierung eines Risikomanagementsystems im Bereich aller Kliniken und Abteilungen der tiroler Kliniken und MUI geschrieben. Heute – knapp fünf Jahre später – ist für die meisten MitarbeiterInnen „Risikomanagement“ nur dann ein Thema, wenn Sie darauf angesprochen werden. Fehlermeldesysteme leiden nicht nur an einer zu komplizierten Eingabemaske – schon das Öffnen des Programms, um eine neue Meldung einzugeben, ist oft zu kompliziert. Für mich war anfangs – zur Zeit des Kurses „Ausbildung zum klinischen Risikomanager“ – das Nebeneinander vieler Managements mit verschiedenen Personen in verschiedenen Räumen nicht verständlich. Auf der Suche nach den Gemeinsamkeiten – die hierorts vehement abgelehnt wurden – bin ich auf verschiedene „Ansichten“ gestoßen. Angefangen hat dies bei einem Aufenthalt in Venedig. Zwischen Canale Grande und dem Giudecca-Kanal steht das ehemalige Zollhaus, die Dogana. Der Franzose Francois Pinault hat 2009 nach den Plänen des japanischen Architekten Tadao Ando ein Museum für moderne Kunst eröffnet. Bei den ursprünglichen Plänen der Dogana 1677 nach Giuseppe Benoni war ein Kranz von Bronzestatuen vorgesehen. Es blieb bei einer Statue – ein Werk von Bernardo Falcone: zwei Atlanten tragen eine vergoldete (Erd-)Kugel auf der sich die Statue des Glücks dreht und die Richtung des Windes angibt (Abb. 1).

Warum kann nicht auch Management so gesehen werden: zwei Atlanten (Fehler- und Risikomanagement) tragen die Kugel (Qualitätsmanagement). Eine schwache Stelle in einem der drei Teile würde das Ganze aus dem Gleichgewicht bringen.

Ein Bild wie moderne Kunst – Hände nach erfolgter Desinfektion und Kontrolle unter der UV-Lampe in Abb. 2 (aus Zenk, Gesundheitsökonomie 2011;16(6):335-340).





Eine andere – einfache, aber sehr anschauliche – Darstellung (Abb. 3) fand ich im Buch „Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen (E. Holzer et al, 2005, Facultas Verlag). Darin ist auch zu lesen: Das Fehlermanagement ist ein zentrales Anliegen von Risikomanagement, welches eine wichtige Rolle im ganzheitlichen Ansatz des Managements der Qualität spielt.

B. Schwertlick schreibt in Ihrer Arbeit „Fehler-Management als Teil des Risikomanagements in der Strahlentherapie“ (Verlag für akademische Texte 2009): Wenn Risikoerkenntnis ein wichtiges Instrument der Fehlervermeidung ist, dann ist jedes Erkenntnissystem, das Risiken erkennbar macht, eine Steigerung der Qualität der Gesundheitsversorgung, wenn auf dieser Erkenntnis ein effektives Risikomanagement aufbaut. CIRS (critical incident reporting system) ist eine sehr wichtige Voraussetzung für ein effektives Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus.

Lassen sie mich nochmals auf Punta della Dogana schauen. Gehören die Managements nicht doch irgendwie zusammen?

7. Forschung

7.1. Publikationen Gynäkologie und Geburtshilfe

2013

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. Almanzar, Giovanni; Eberle, Gernot; Lassacher, Andrea; Specht, Christian; Koppelstaetter, Christian; Heinz-Erian, Peter; Trawoeger, Rudolf; Bernhard, David; Prelog, Martina: Maternal cigarette smoking and its effect on neonatal lymphocyte subpopulations and replication. BMC PEDIATRICS. 2013; 13(S); 57.
2. Amort, Thomas; Souliere, Marie F; Wille, Alexandra; Jia, Xi-Yu; Fiegl, Heidi; Woerle, Hildegard; Micura, Ronald; Lusser, Alexandra: Long non-coding RNAs as targets for cytosine methylation. RNA BIOLOGY. 2013; 10(6); 1003-1009.
3. Aust, Stefanie; Bachmayr-Heyda, Anna; Pils, Dietmar; Zhao, Lijun; Tong, Weimin; Berger, Astrid; Fogel, Mina; Thalhammer, Theresa; Sehouli, Jalid; Horvat, Reinhard; Zeillinger, Robert; Castillo-Tong, Dan C.: Determination of Tumor-infiltrating CD8(+) Lymphocytes in Human Ovarian Cancer. INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL PATHOLOGY. 2013; 32(3); 269-276.
4. Bargehr, Johannes; Edlinger, Michael; Hubalek, Michael; Marth, Christian; Reitsamer, Roland: Axillary Lymph Node Status in Early-Stage Breast Cancer Patients with Sentinel Node Micrometastases (0.2-2 mm). BREAST CARE. 2013; 8(3); 187-191.
5. Braicu, El.; Fotopoulou, C.; Van Gorp, T.; Richter, R.; Chekerov, R.; Hall, C.; Butz, H.; Castillo-Tong, DC.; Mahner, S.; Zeillinger, R.; Concin, N.; Vergote, I.; Sehouli, J.: Preoperative HE4 expression in plasma predicts surgical outcome in primary ovarian cancer patients Results from the OVCAD study. GYNECOLOGIC ONCOLOGY. 2013; 128(2); 245-251.
6. Chekerov, R.; Braicu, I.; Castillo-Tong, DC.; Richter, R.; Cadron, I.; Mahner, S.; Woelber, L.; Marth, C.; Van Gorp, T.; Speiser, P.; Zeillinger, R.; Vergote, I.; Sehouli, J.: Outcome and Clinical Management of 275 Patients With Advanced Ovarian Cancer International Federation of Obstetrics and Gynecology II to IV Inside the European Ovarian Cancer Translational Research Consortium-OVCAD. INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER. 2013; 23(2); 268-275.
7. De Araujo, Mariana E.; Erhart, Gertraud; Buck, Katharina; Mueller-Holzner, Elisabeth; Hubalek, Michael; Fiegl, Heidelinde; Campa, Daniele; Canzian, Federico; Eilber, Ursula; Chang-Claude, Jenny; Coassin, Stefan; Haun, Margot; Kedenko, Lyudmyla; Paulweber, Bernhard; Reitsamer, Roland; Himmel, Irmgard; Flesch-Janys, Dieter; Lamina, Claudia; Kronenberg, Florian; Huber, Lukas A.; Kloss-Brandstaetter, Anita: Polymorphisms in the Gene Regions of the Adaptor Complex LAMTOR2/LAMTOR3 and Their Association with Breast Cancer Risk. PLOS ONE. 2013; 8(1); e53768.
8. Edlinger, Michael; Concin, Nicole; Concin, Hans; Nagel, Gabriele; Ulmer, Hanno; Goebel, Georg: Lifestyle-related biomarkers and endometrial cancer survival: Elevated gamma-glutamyltransferase as an important risk factor. CANCER EPIDEMIOLOGY: THE INTERNATIONAL JOURNAL OF CANCER EPIDEMIOLOGY, DETECTION AND PREVENTION. 2013; 37(2); 156-161.
9. Gassner, Christoph; Utz, Irene; Schennach, Harald; Ramoni, Angela; Steiner, Hannes; Scholz, Sabine; Kreklau, Ursula; Koermoecki, Guenther F.: Novel RHD alleles with weak hemagglutination and genetic Exon 9 diversity: weak D Types 45.1, 75, and 76. TRANSFUSION. 2013; 53(11); 2954-2959.
10. Grimm, C.; Hofstetter, G.; Aust, S.; Mutz-Dehbalaie, I.; Bruch, M.; Heinze, G.; Rahhal-Schupp, J.; Reinthaller, A.; Concin, N.; Polterauer, S.: Association of gamma-glutamyltransferase with severity of disease at diagnosis and prognosis of ovarian cancer. BRITISH JOURNAL OF CANCER. 2013; 109(3); 610-614.

11. Hannesdottir, Lara; Tymoszuk, Piotr; Parajuli, Nirmala; Wasmer, Marie-Helene; Philipp, Sonja; Daschil, Nina; Datta, Sebak; Koller, Johann-Benedikt; Tripp, Christoph H.; Stoitzner, Patrizia; Mueller-Holzner, Elisabeth; Wiegers, Gerrit Jan; Sexl, Veronika; Villunger, Andreas; Doppler, Wolfgang: Lapatinib and doxorubicin enhance the Stat1-dependent antitumor immune response. EUROPEAN JOURNAL OF IMMUNOLOGY. 2013; 43(10); 2718-2729.
12. (•) Hofstetter, G.; Concin, N.; Braicu, I.; Chekerov, R.; Sehoul, J.; Cadron, I.; Van Gorp, T.; Trillsch, F.; Mahner, S.; Ulmer, H.; Grimm, C.; Castillo-Tong, D. Cacsire; Zeillinger, R.; Zeimet, A. G.; Vergote, I.: The time interval from surgery to start of chemotherapy significantly impacts prognosis in patients with advanced serous ovarian carcinoma – Analysis of patient data in the prospective OVCAD study. GYNECOLOGIC ONCOLOGY. 2013; 131(1); 15-20.
13. (•) Hubalek, M.; Oberguggenberger, A.; Beer, B.; Meraner, V.; Sztankay, M.; Oberacher, H.; Schubert, B.; Wildt, L.; Seeber, B.; Giesinger, J.; Kemmler, G.; Holzner, B.; Sperner-Unterweger, B.: Does Obesity Interfere With Anastrozole Treatment? Positive Association Between Body Mass Index and Anastrozole Plasma Levels. CLINICAL BREAST CANCER. 2013;
14. Lueck, Hans-Joachim; Du Bois, Andreas; Loibl, Sibylle; Schrader, Iris; Huober, Jens; Heilmann, Volker; Beckmann, Matthias; Staehler, Ann; Jackisch, Christian; Hubalek, Michael; Richter, Barbara; Stickeler, Elmar; Eidtmann, Holger; Thomssen, Christoph; Untch, Michael; Wollschlaeger, Kerstin; Schuster, Tibor; von Minckwitz, Gunter: Capecitabine plus paclitaxel versus epirubicin plus paclitaxel as first-line treatment for metastatic breast cancer: efficacy and safety results of a randomized, phase III trial by the AGO Breast Cancer Study Group. BREAST CANCER RESEARCH AND TREATMENT. 2013; 139(3); 779-787.
15. Melmer, A.; Fineder, L.; Lamina, C.; Kollerits, B.; Dieplinger, B.; Braicu, I.; Sehoul, J.; Cadron, I.; Vergote, I.; Mahner, S.; Zeimet, AG.; Castillo-Tong, DC.; Ebenbichler, CF; Zeillinger, R.; Dieplinger, H.: Plasma concentrations of the vitamin E-binding protein afamin are associated with overall and progression-free survival and platinum sensitivity in serous ovarian cancer-a study by the OVCAD consortium. GYNECOLOGIC ONCOLOGY. 2013; 128(1); 38-43.
16. Muendlein, A.; Lang, AH.; Geller-Rhomberg, S.; Winder, T.; Gasser, K.; Drexel, H.; Decker, T.; Mueller-Holzner, E.; Chamson, M.; Marth, C.; Hubalek, M.: Association of a common genetic variant of the IGF-1 gene with event-free survival in patients with HER2-positive breast cancer. JOURNAL OF CANCER RESEARCH AND CLINICAL ONCOLOGY. 2013; 139(3); 491-498.
17. Oberaigner, W.; Leitner, H.; Oberaigner, K.; Marth, C.; Pinzger, G.; Concin, H.; Steiner, H.; Hofmann, H.; Wagner, T.; Mortl, M.; Ramoni, A.: Migrants and obstetrics in Austria- applying a new questionnaire shows differences in obstetric care and outcome. WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2013; 125(1-2); 34-40.
18. Pils, Dietmar; Tong, Dan; Hager, Gudrun; Obermayr, Eva; Aust, Stefanie; Heinze, Georg; Kohl, Maria; Schuster, Eva; Wolf, Andrea; Sehoul, Jalid; Braicu, Ioana; Vergote, Ignace; Van Gorp, Toon; Mahner, Sven; Concin, Nicole; Speiser, Paul; Zeillinger, Robert: A combined blood based gene expression and plasma protein abundance signature for diagnosis of epithelial ovarian cancer - a study of the OVCAD consortium. BMC CANCER. 2013; 13(S); 178.
19. (•) Ramoni, Angela; Strobl, Eva-Maria; Tiechl, Johanna; Ritter, Magdalena; Marth, Christian: Conservative management of abnormally invasive placenta: four case reports. ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA. 2013; 92(4); 468-471.
20. Schirmer, Uwe; Fiegl, Heidi; Pfeifer, Marco; Zeimet, Alain G.; Mueller-Holzner, Elisabeth; Bode, Peter K.; Tischler, Verena; Altevogt, Peter: Epigenetic regulation of L1CAM in endometrial carcinoma: comparison to cancer-testis (CT-X) antigens. BMC CANCER. 2013; 13(S); 156.
21. (•) Seebacher, V.; Hofstetter, G.; Polterauer, S.; Reinthaller, A.; Grimm, C.; Schwameis, R.; Taucher, S.; Wagener, A.; Marth, C.; Concin, N.: Does thyroid-stimulating hormone

- influence the prognosis of patients with endometrial cancer? A multicentre trial. *BRITISH JOURNAL OF CANCER*. 2013; 109(1); 215-218.
22. (•) Steffensen, KD.; Waldstrom, M.; Pallisgard, N.; Lund, B.; Bergfeldt, K.; Wihl, J.; Keldsen, N.; Marth, C.; Vergote, I.; Jakobsen, A.: Panitumumab and Pegylated Liposomal Doxorubicin in Platinum-Resistant Epithelial Ovarian Cancer With KRAS Wild-Type The PaLiDo Study, a Phase II Nonrandomized Multicenter Study. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER*. 2013; 23(1); 73-80.
 23. Trillsch, Fabian; Woelber, Linn; Eulenbug, Christine; Braicu, Ioana; Lambrechts, Sandrina; Chekerov, Radoslav; van Nieuwenhuysen, Els; Speiser, Paul; Zeimet, Alain; Castillo-Tong, Dan Cacsire; Concin, Nicole; Zeillinger, Robert; Vergote, Ignace; Mahner, Sven; Sehouli, Jalid: Treatment reality in elderly patients with advanced ovarian cancer: a prospective analysis of the OVCAD consortium. *JOURNAL OF OVARIAN RESEARCH*. 2013; 6(S);
 24. (•) Zeimet, Alain G.; Reimer, Daniel; Huszar, Monica; Winterhoff, Boris; Puistola, Ulla; Azim, Samira Abdel; Mueller-Holzner, Elisabeth; Ben-Arie, Alon; van Kempen, Leon C.; Petru, Edgar; Jahn, Stephan; Geels, Yvette P.; Massuger, Leon F.; Amant, Frederic; Polterauer, Stephan; Lappi-Blanco, Elisa; Bulten, Johan; Meuter, Alexandra; Tanouye, Staci; Oppelt, Peter; Stroh-Weigert, Monika; Reinhaller, Alexander; Mariani, Andrea; Hackl, Werner; Netzer, Michael; Schirmer, Uwe; Vergote, Ignace; Altevogt, Peter; Marth, Christian; Fogel, Mina: L1CAM in Early-Stage Type I Endometrial Cancer: Results of a Large Multicenter Evaluation. *JOURNAL OF THE NATIONAL CANCER INSTITUTE*. 2013; 105(15); 1142-1150.
 25. Gnant, Michael; Greil, Richard; Hubalek, Michael; Steger, Guenther: Everolimus in Postmenopausal, Hormone Receptor-Positive Advanced Breast Cancer: Summary and Results of an Austrian Expert Panel Discussion. *BREAST CARE*. 2013; 8(4); 293-299.

Zeitschriftenbeitrag (Letter)

26. Seeber, Beata; Ziehr, Stephanie C.; Gschliesser, Andreas; Moser, Christina; Mattle, Verena; Seger, Christoph; Griesmacher, Andrea; Concin, Nicole; Concin, Hans; Wildt, Ludwig: Quantitative levonorgestrel plasma level measurements in patients with regular and prolonged use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system (vol 86, pg 345, 2012). *CONTRACEPTION*. 2013; 88(1); 194-194.

2014

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. Aigmuller, Thomas; Tammaa, Ayman; Tamussino, Karl; Hanzal, Engelbert; Umek, Wolfgang; Koelle, Dieter; Kropshofer, Stephan; Bjelic-Radicic, Vesna; Haas, Josef; Giuliani, Albrecht; Lang, Peter F. J.; Preyer, Oliver; Peschers, Ursula; Jundt, Katharina; Ralph, George; Dungal, Andrea; Riss, Paul A.; Austrian TVT Vs TVT-O Study Grp: Retropubic vs. transobturator tension-free vaginal tape for female stress urinary incontinence: 3-month results of a randomized controlled trial. *INTERNATIONAL UROGYNECOLOGY JOURNAL*. 2014; 25(8); 1023-1030.
2. Barp, Laura; Kornauth, Christoph; Wuergler, Tanja; Rudas, Margaretha; Biedermann, Maurus; Reiner, Angelika; Concin, Nicole; Grob, Koni: Mineral oil in human tissues, Part I: Concentrations and molecular mass distributions. *FOOD AND CHEMICAL TOXICOLOGY*. 2014; 72(S); 312-321.
3. Boesch, Maximilian; Zeimet, Alain G.; Reimer, Daniel; Schmidt, Stefan; Gastl, Guenther; Parson, Walther; Spoeck, Franziska; Hatina, Jiri; Wolf, Dominik; Sopper, Sieghart: The side population of ovarian cancer cells defines a heterogeneous compartment exhibiting stem cell characteristics. *ONCOTARGET*. 2014; 5(16); 7027-7039.
4. Braicu, Elena Ioana; Luketina, Hrvoje; Richter, Rolf; Castillo-Tong, Dan Cacsire; Lambrechts, Sandrina; Mahner, Sven; Concin, Nicole; Mentze, Monika; Zeillinger, Robert; Vergote,

- Ignace; Sehouli, Jalid: HIF1 alpha is an independent prognostic factor for overall survival in advanced primary epithelial ovarian cancer - a study of the OVCACAD Consortium. *ONCOTARGETS AND THERAPY*. 2014; 7(S); 1563-1569.
5. Bunjobpo, W.; Dulloo, I.; Igarashi, K.; Concin, N.; Matsuo, K.; Sabapathy, K.: Suppression of acetylpolymine oxidase by selected AP-1 members regulates DNp73 abundance: mechanistic insights for overcoming DNp73-mediated resistance to chemotherapeutic drugs. *CELL DEATH AND DIFFERENTIATION*. 2014; 21(8); 1240-1249.
 6. (•) Colleselli, Valeria; Schreiber, Courtney A.; D'Costa, Elisabeth; Mangesius, Stephanie; Wildt, Ludwig; Seeber, Beata E.: Medical management of early pregnancy failure (EPF): a retrospective analysis of a combined protocol of mifepristone and misoprostol used in clinical practice. *ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS*. 2014; 289(6); 1341-1345.
 7. Doberstein, Kai; Bretz, Niko P.; Schirmer, Uwe; Fiegl, Heidi; Blaheta, Roman; Breunig, Christian; Mueller-Holzner, Elisabeth; Reimer, Dan; Zeimet, Alain G.; Altevogt, Peter: miR-21-3p is a positive regulator of L1CAM in several human carcinomas. *CANCER LETTERS*. 2014; 354(2); 455-466.
 8. Doberstein, Kai; Milde-Langosch, Karin; Bretz, Niko P.; Schirmer, Uwe; Harari, Ayelet; Witzel, Isabell; Ben-Arie, Alon; Hubalek, Michael; Mueller-Holzner, Elisabeth; Reinold, Susanne; Zeimet, Alain G.; Altevogt, Peter; Fogel, Mina: L1CAM is expressed in triple-negative breast cancers and is inversely correlated with Androgen receptor. *BMC CANCER*. 2014; 14(S); 958.
 9. du Bois, Andreas; Floquet, Anne; Kim, Jae-Weon; Rau, Joern; del Campo, Josep M.; Friedlander, Michael; Pignata, Sandro; Fujiwara, Keiichi; Vergote, Ignace; Colombo, Nicoletta; Mirza, Mansoor R.; Monk, Bradley J.; Kimmig, Rainer; Ray-Coquard, Isabelle; Zang, Rongyu; Diaz-Padilla, Ivan; Baumann, Klaus H.; Mouret-Reynier, Marie-Ange; Kim, Jae-Hoon; Kurzeder, Christian; Lesoin, Anne; Vasey, Paul; Marth, Christian; Canzler, Ulrich; Scambia, Giovanni; Shimada, Muneaki; Calvert, Paula; Pujade-Lauraine, Eric; Kim, Byoung-Gie; Herzog, Thomas J.; Mitrica, Ionel; Schade-Brittinger, Carmen; Wang, Qiong; Crescenzo, Rocco; Harter, Philipp: Incorporation of Pazopanib in Maintenance Therapy of Ovarian Cancer. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*. 2014; 32(30); 3374-U205.
 10. Egg, Margit; Paulitsch, Monika; Ennemoser, Yvonne; Wuestenhagen, Andrea; Schwerte, Thorsten; Sandbichler, Adolf Michael; Fiechtner, Birgit; Koeblitz, Louise; Prem, Caroline; Pelster, Bernd: Chronodisruption increases cardiovascular risk in zebrafish via reduced clearance of senescent erythrocytes. *CHRONOBIOLOGY INTERNATIONAL*. 2014; 31(5); 680-689.
 11. Filipits, Martin; Nielsen, Torsten O.; Rudas, Margaretha; Greil, Richard; Stoeger, Herbert; Jakesz, Raimund; Bago-Horvath, Zsuzsanna; Dietze, Otto; Regitnig, Peter; Gruber-Rossipal, Christine; Mueller-Holzner, Elisabeth; Singer, Christian F.; Mlineritsch, Brigitte; Dubsky, Peter; Bauernhofer, Thomas; Hubalek, Michael; Knauer, Michael; Trapl, Harald; Fesl, Christian; Schaper, Carl; Ferree, Sean; Liu, Shuzhen; Cowens, J. Wayne; Gnant, Michael; Austrian Breast Colorectal Canc St: The PAM50 Risk-of-Recurrence Score Predicts Risk for Late Distant Recurrence after Endocrine Therapy in Postmenopausal Women with Endocrine-Responsive Early Breast Cancer. *CLINICAL CANCER RESEARCH*. 2014; 20(5); 1298-1305.
 12. Fogel, Mina; Harari, Ayelet; Mueller-Holzner, Elisabeth; Zeimet, Alain G.; Moldenhauer, Gerhard; Altevogt, Peter: A standardized staining protocol for L1CAM on formalin-fixed, paraffin-embedded tissues using automated platforms. *INTERNATIONAL JOURNAL OF BIOLOGICAL MARKERS*. 2014; 29(2); E180-E183.
 13. (•) Hubalek, Michael; Buchner, Hannes; Moertl, Manfred G.; Schlembach, Dietmar; Huppertz, Berthold; Firulovic, Branka; Koehler, Wolfgang; Hafner, Erich; Dieplinger, Benjamin; Wildt, Ludwig; Dieplinger, Hans: The vitamin E-binding protein afamin increases in maternal serum during pregnancy. *CLINICA CHIMICA ACTA*. 2014; 434(S); 41-47.

14. (•) Hubalek, Michael; Oberguggenberger, Anne; Beer, Beate; Meraner, Verena; Sztankay, Monika; Oberacher, Herbert; Schubert, Birthe; Wildt, Ludwig; Seeber, Beata; Giesinger, Johannes; Kemmler, Georg; Holzner, Bernhard; Sperner-Unterweger, Barbara: Does Obesity Interfere With Anastrozole Treatment? Positive Association Between Body Mass Index and Anastrozole Plasma Levels.
CLINICAL BREAST CANCER. 2014; 14(4); 291-296.
15. (•) Jerabek-Klestil, Susanne; Brantner, Christine; Nehoda, Regina; D'Costa, Elisabeth; Campej, Silvana; Scheier, Matthias: Prenatal Sonographic Diagnosis of Intrahepatic Portosystemic Shunts.
JOURNAL OF ULTRASOUND IN MEDICINE. 2014; 33(3); 543-546.
16. (•) Lirk, P; Hollmann, M. W.; Fleischer, M.; Weber, N. C.; Fiegl, H.: Lidocaine and ropivacaine, but not bupivacaine, demethylate deoxyribonucleic acid in breast cancer cells in vitro.
BRITISH JOURNAL OF ANAESTHESIA. 2014; 113(S1); 32-38.
17. Monk, Bradley J.; Poveda, Andres; Vergote, Ignace; Raspagliesi, Francesco; Fujiwara, Keiichi; Bae, Duk-Soo; Oaknin, Ana; Ray-Coquard, Isabelle; Provencher, Diane M.; Karlan, Beth Y.; Lhomme, Catherine; Richardson, Gary; Rincon, Dolores Gallardo; Coleman, Robert L.; Herzog, Thomas J.; Marth, Christian; Brize, Arijia; Fabbro, Michel; Redondo, Andres; Bamias, Aristotelis; Tassoudji, Marjan; Navale, Lynn; Warner, Douglas J.; Oza, Amit M.: Anti-angiopoietin therapy with trebananib for recurrent ovarian cancer (TRINOVA-1): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial.
LANCET ONCOLOGY. 2014; 15(8); 799-808.
18. Muendlein, Axel; Hubalek, Michael; Geller-Rhomberg, Simone; Gasser, Klaus; Winder, Thomas; Drexel, Heinz; Decker, Thomas; Mueller-Holzner, Elisabeth; Chamson, Martina; Marth, Christian; Lang, Alois H.: Significant survival impact of MACC1 polymorphisms in HER2 positive breast cancer patients.
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER. 2014; 50(12); 2134-2141.
19. (•) Mutz-Dehbalai, Irene; Scheier, Matthias; Jerabek-Klestil, Susanne; Brantner, Christine; Windbichler, Gudrun H.; Leitner, Hermann; Egle, Daniel; Ramoni, Angela; Oberaigner, Willi: Perinatal Mortality and Advanced Maternal Age.
GYNECOLOGIC AND OBSTETRIC INVESTIGATION. 2014; 77(1); 50-57.
20. Pils, Dietmar; Bachmayr-Heyda, Anna; Auer, Katharina; Svoboda, Martin; Auner, Veronika; Hager, Gudrun; Obermayr, Eva; Reiner, Angelika; Reinthaller, Alexander; Speiser, Paul; Braicu, Ioana; Sehouli, Jalid; Lambrechts, Sandrina; Vergote, Ignace; Mahner, Sven; Berger, Astrid; Castillo-Tong, Dan Cacsire; Zeillinger, Robert: Cyclin E1 (CCNE1) as independent positive prognostic factor in advanced stage serous ovarian cancer patients - A study of the OVCAD consortium.
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER. 2014; 50(1); 99-110.
21. (•) Ratzinger, Gudrun; Mitteregger, Simone; Wolf, Barbara; Berger, Regina; Zelger, Bernhard; Weinlich, Georg; Fritsch, Peter; Goebel, Georg; Fiegl, Heidelinde: Association of TNFRSF10D DNA-Methylation with the Survival of Melanoma Patients.
INTERNATIONAL JOURNAL OF MOLECULAR SCIENCES. 2014; 15(7); 11984-11995.
22. Ruscito, I.; Dimitrova, D.; Vasconcelos, I.; Gellhaus, K.; Schwachula, T.; Bellati, F.; Zeillinger, R.; Benedetti-Panici, P.; Vergote, I.; Mahner, S.; Cacsire-Tong, D.; Concin, N.; Darb-Esfahani, S.; Lambrechts, S.; Sehouli, J.; Olek, S.; Braicu, E. I.: BRCA1 gene promoter methylation status in high-grade serous ovarian cancer patients - A study of the tumour Bank ovarian cancer (TOC) and ovarian cancer diagnosis consortium (OVCAD).
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER. 2014; 50(12); 2090-2098.
23. Schirmer, Uwe; Doberstein, Kai; Rupp, Anne-Kathleen; Bretz, Niko P; Wuttig, Daniela; Kiefel, Helena; Breunig, Christian; Fiegl, Heidi; Mueller-Holzner, Elisabeth; Zeillinger, Robert; Schuster, Eva; Zeimet, Alain G.; Suelmann, Holger; Altevoigt, Peter: Role of miR-34a as a suppressor of L1CAM in endometrial carcinoma.
ONCOTARGET. 2014; 5(2); 462-472.
[FLDID: 110802] IF: 6.627 (2013) / ZIT: 6

24. Sehoul, J.; Reinthaller, A.; Marth, C.; Reimer, D.; Reimer, T.; Stummvoll, W.; Angleitner-Boubenizek, L.; Brandt, B.; Chakerov, R.: Intra- and postoperative catumaxomab in patients with epithelial ovarian cancer: safety and two-year efficacy results from a multicentre, single-arm, phase II study. BRITISH JOURNAL OF CANCER. 2014; 111(8); 1519-1525.
25. Stadlmann, Sylvia; Feichtinger, Hans; Mikuz, Gregor; Marth, Christian; Zeimet, Alain Gustave; Herold, Manfred; Knabbe, Cornelius; Offner, Felix Albert: Interactions of Human Peritoneal Mesothelial Cells With Serous Ovarian Cancer Cell Spheroids-Evidence for a Mechanical and Paracrine Barrier Function of the Peritoneal Mesothelium. INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER. 2014; 24(2); 192-200.
26. Steger, G. G.; Greil, R.; Lang, A.; Rudas, M.; Fitzal, F.; Mlineritsch, B.; Hartmann, B. L.; Bartsch, R.; Melbinger, E.; Hubalek, M.; Stoeger, H.; Dubsky, P.; Ressler, S.; Petzer, A. L.; Singer, C. F.; Muss, C.; Jakesz, R.; Gampenrieder, S. P.; Zielinski, C. C.; Fesl, C.; Gnant, M.: ABCSG: Epirubicin and docetaxel with or without capecitabine as neoadjuvant treatment for early breast cancer: final results of a randomized phase III study (ABCSG-24). ANNALS OF ONCOLOGY. 2014; 25(2); 366-371.
27. Tymoszek, Piotr; Charoentong, Pornpimol; Hackl, Hubert; Spilka, Rita; Mueller-Holzner, Elisabeth; Trajanoski, Zlatko; Obrist, Peter; Revillion, Françoise; Peyrat, Jean-Philippe; Fiegl, Heidi; Doppler, Wolfgang: High STAT1 mRNA levels but not its tyrosine phosphorylation are associated with macrophage infiltration and bad prognosis in breast cancer. BMC CANCER. 2014; 14(S); 257.
28. Tymoszek, Piotr; Evens, Hanneke; Marzola, Vanessa; Wachowicz, Katarzyna; Wasmer, Marie-Helene; Datta, Sebak; Mueller-Holzner, Elisabeth; Fiegl, Heidi; Boeck, Guenther; van Rooijen, Nico; Theurl, Igor; Doppler, Wolfgang: In situ proliferation contributes to accumulation of tumor-associated macrophages in spontaneous mammary tumors. EUROPEAN JOURNAL OF IMMUNOLOGY. 2014; 44(8); 2247-2262.
29. Vergote, Ignace B.; Jimeno, Antonio; Joly, Florence; Katsaros, Dionyssios; Coens, Corneel; Despierre, Evelyn; Marth, Christian; Hall, Marcia; Steer, Christopher B.; Colombo, Nicoletta; Lesoin, Anne; Casado, Antonio; Reinthaller, Alexander; Green, John; Buck, Martin; Ray-Coquard, Isabelle; Ferrero, Annamaria; Favier, Laure; Reed, Nick Simon; Cure, Herve; Pujade-Lauraine, Eric: Randomized Phase III Study of Erlotinib Versus Observation in Patients With No Evidence of Disease Progression After First-Line Platin-Based Chemotherapy for Ovarian Carcinoma: A European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Gynaecological Cancer Group, and Gynecologic Cancer Intergroup Study. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. 2014; 32(4); 320-+.
30. Winters, Z. E.; Balta, V.; Thomson, H. J.; Brandberg, Y.; Oberguggenberger, A.; Sinove, Y.; Unukovych, D.; Nava, M.; Sandelin, K.; Johansson, H.; European Org Res Treatment Canc: Phase III development of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire module for women undergoing breast reconstruction. BRITISH JOURNAL OF SURGERY. 2014; 101(4); 371-382.

Zeitschriftenbeitrag (Editorial-Material)

31. Monk, Bradley J.; Poveda, Andres; Vergote, Ignace; Raspagliesi, Francesco; Fujiwara, Keiichi; Bae, Duk-Soo; Oaknin, Ana; Ray-Coquard, Isabelle; Provencher, Diane M.; Karlan, Beth Y.; Lhomog, Catherine; Richardson, Gary; Gallardo Rincon, Dolores; Coleman, Robert L.; Herzog, Thomas J.; Marth, Christian; Brize, Arija; Fabbro, Michel; Redondo, Andres; Bamias, Aristotelis; Tassoudji, Marjan; Navale, Lynn; Warner, Douglas J.; Oza, Amit M.: Anti-Angiopoietin Therapy With Trebananib for Recurrent Ovarian Cancer (TRINOVA-1): A Randomised, Multicentre, Double-blind, Placebo-Controlled Phase 3 Trial EDITORIAL COMMENT. OBSTETRICAL & GYNECOLOGICAL SURVEY. 2014; 69(11); 661-662.
32. Singer, Christian; Bartsch, Rupert; Hubalek, Michael; Pfeiler, Georg: Endocrine Plus – Is That the New Standard in Metastatic Breast Cancer? BREAST CARE. 2014; 9(5); 364-366.

Zeitschriftenbeitrag (Letter)

33. Oberguggenberger, Anne; Goebel, Georg; Beer, Beate; Oberacher, Herbert; Meraner, Verena; Sztankay, Monika; Sperner-Unterweger, Barbara; Zeimet, Alan G.; Marth, Christian; Hubalek, Michael; Holzner, Bernhard: Getting the Whole Picture: Adding Patient-reported Outcomes to Adjuvant Endocrine Treatment Evaluation in Premenopausal Breast Cancer Patients.
BREAST JOURNAL. 2014; 20(5); 555-557.

7.2. Publikationen Endokrinologie

2013

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. Bhide, A.; Acharya, G.; Bilardo, CM.; Brezinka, C.; Cafici, D.; Hernandez-Andrade, E.; Kalache, K.; Kingdom, J.; Kiserud, T.; Lee, W.; Lees, C.; Leung, KY.; Malinge, G.; Mari, G.; Prefumo, F.; Sepulveda, W.; Trudinger, B.; Clinical Stand Comm.: ISUOG Practice Guidelines: use of Doppler ultrasonography in obstetrics.
ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY. 2013; 41(2); 234-240.
2. (•) Boettcher, B.; Stahlhofer, K. J.; Mattle, V.; Seeber, B.; Brezinka, C.; Wildt, L.: Ultrasonographic assessment of skin thickness in patients with PCOS - a case-control study.
GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY. 2013; 29(4); 380-383.
3. (•) Bottcher, B.; Paul, NW.: Personal autonomy: discussion of a key concept of ethics using the example of fertility preservation in young cancer patients.
ETHIK IN DER MEDIZIN. 2013; 25(1); 47-59.
4. Dieplinger, Benjamin; Egger, Margot; Gabriel, Christian; Poelz, Werner; Morandell, Elisabeth; Seeber, Beata; Kronenberg, Florian; Haltmayer, Meinhard; Mueller, Thomas; Dieplinger, Hans: Analytical characterization and clinical evaluation of an enzyme-linked immunosorbent assay for measurement of afamin in human plasma.
CLINICA CHIMICA ACTA. 2013; 425(S); 236-241.
5. Grabher, Daniela; Hofer, Susanne; Ortner, Daniela; Heufler, Christine: In Human Monocyte Derived Dendritic Cells SOCS1 Interacting with CYTIP Induces the Degradation of CYTIP by the Proteasome.
PLOS ONE. 2013; 8(2); e57538.
6. Hubalek, M.; Oberguggenberger, A.; Beer, B.; Meraner, V.; Sztankay, M.; Oberacher, H.; Schubert, B.; Wildt, L.; Seeber, B.; Giesinger, J.; Kemmler, G.; Holzner, B.; Sperner-Unterweger, B.: Does Obesity Interfere With Anastrozole Treatment? Positive Association Between Body Mass Index and Anastrozole Plasma Levels.
CLINICAL BREAST CANCER. 2013;
7. Lees, C.; Marlow, N.; Arabin, B.; Bilardo, C. M.; Brezinka, C.; Derks, J. B.; Duvekot, J.; Frusca, T.; Diemert, A.; Ferrazzi, E.; Ganzevoort, W.; Hecher, K.; Martinelli, P.; Ostermayer, E.; Papageorghiou, A. T.; Schlembach, D.; Schneider, K. T. M.; Thilaganathan, B.; Todros, T.; van Wassenaer-Leemhuis, A.; Valcamonica, A.; Visser, G. H. A.; Wolf, H.; TRUFFLE Grp: Perinatal morbidity and mortality in early-onset fetal growth restriction: cohort outcomes of the trial of randomized umbilical and fetal flow in Europe (TRUFFLE).
ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY. 2013; 42(4); 400-408.
8. (•) Lunger, Fabian; Wildt, Ludwig; Seeber, Beata: Accurate screening for insulin resistance in PCOS women using fasting insulin concentrations.
GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY. 2013; 29(6); 541-544.
9. Seiringer, M.; Maurer, M.; Shebl, O.; Dreier, K.; Tews, G.; Ziehr, S.; Schappacher-Tilp, G.; Petek, E.; Ebner, T.: Efficacy of a sperm-selection chamber in terms of morphology, aneuploidy and DNA packaging.
REPRODUCTIVE BIOMEDICINE ONLINE. 2013; 27(1); 81-88.

10. (•) Salama, M.; Winkler, K.; Murach, K. F.; Seeber, B.; Ziehr, S. C.; Wildt, L.: Female fertility loss and preservation: threats and opportunities.
ANNALS OF ONCOLOGY. 2013; 24(3); 598-608.

Zeitschriftenbeitrag (Letter)

11. (•) Seeber, Beata; Ziehr, Stephanie C.; Gschliesser, Andreas; Moser, Christina; Mattle, Verena; Seger, Christoph; Griesmacher, Andrea; Concin, Nicole; Concin, Hans; Wildt, Ludwig: Quantitative levonorgestrel plasma level measurements in patients with regular and prolonged use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system (vol 86, pg 345, 2012).
CONTRACEPTION. 2013; 88(1); 194-194.

2014

Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. (•) Boettcher, B.; Doerr, H. G.; Wildt, L.: Naltrexone as a diagnostic tool to distinguish between hyperandrogenemic and hypothalamic ovarian failure in females with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase-deficiency (CAH).
EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY. 2014; 180(S); 153-156.
2. (•) Boettcher, B.; Laterza, R. M.; Wildt, L.; Seufert, R. J.; Buhling, K. J.; Singer, C. F.; Hill, W.; Griffin, P.; Jilma, B.; Schulz, M.; Smith, R. P.: A first-in-human study of PDC31 (prostaglandin F-2 alpha receptor inhibitor) in primary dysmenorrhea.
HUMAN REPRODUCTION. 2014; 29(11); 2465-2473.
3. (•) Boettcher, B.; Wildt, L.: Treatment of refractory vulvovaginal pruritus with naltrexone, a specific opiate antagonist.
EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY. 2014; 174(S); 115-116.
4. (•) Boettcher, Bettina; Tsybulyak, Iryna; Grubinger, Thomas; Wildt, Ludwig; Seeber, Beata: Dynamics of anti-Mullerian hormone during controlled ovarian stimulation.
GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY. 2014; 30(2); 121-125.
5. (•) Brezinka, Christoph: 3D ultrasound imaging of the human corpus luteum.
REPRODUCTIVE BIOLOGY. 2014; 14(2); 110-114.
6. (•) Colleselli, Valeria; Schreiber, Courtney A.; D'Costa, Elisabeth; Mangesius, Stephanie; Wildt, Ludwig; Seeber, Beata E.: Medical management of early pregnancy failure (EPF): a retrospective analysis of a combined protocol of mifepristone and misoprostol used in clinical practice.
ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2014; 289(6); 1341-1345.
7. Hubalek, Michael; Buchner, Hannes; Moertl, Manfred G.; Schlembach, Dietmar; Huppertz, Berthold; Firulovic, Branka; Koehler, Wolfgang; Hafner, Erich; Dieplinger, Benjamin; Wildt, Ludwig; Dieplinger, Hans: The vitamin E-binding protein afamin increases in maternal serum during pregnancy.
CLINICA CHIMICA ACTA. 2014; 434(S); 41-47.
8. Hubalek, Michael; Oberguggenberger, Anne; Beer, Beate; Meraner, Verena; Sztankay, Monika; Oberacher, Herbert; Schubert, Birthe; Wildt, Ludwig; Seeber, Beata; Giesinger, Johannes; Kemmler, Georg; Holzner, Bernhard; Sperner-Unterweger, Barbara: Does Obesity Interfere With Anastrozole Treatment? Positive Association Between Body Mass Index and Anastrozole Plasma Levels.
CLINICAL BREAST CANCER. 2014; 14(4); 291-296.
9. (•) Kurzthaler, Dorothea; Hadziomerovic-Pekic, Dijana; Wildt, Ludwig; Seeber, Beata E.: Metformin induces a prompt decrease in LH-stimulated testosterone response in women with PCOS independent of its insulin-sensitizing effects.
REPRODUCTIVE BIOLOGY AND ENDOCRINOLOGY. 2014; 12(S); 98.

10. Rauchenzauner, Markus; Roscia, Sarah; Prieschl, Manuela; Wildt, Ludwig; Haberlandt, Edda; Baumann, Matthias; Rostasy, Kevin; Agostinelli, Sergio; Pizzolorusso, Antonella; Luef, Gerhard; Verrotti, Alberto: Reproductive Endocrine Health in Pubertal Females with Epilepsy on Antiepileptic Drugs: Time to Screen? NEURO-PEDIATRICS. 2014; 45(4); 226-233.
11. Schlembach, D.; Moertl, M. G.; Girard, T.; Arzt, W.; Beinder, E.; Brezinka, C.; Chalubinski, K.; Fries, D.; Gogarten, W.; Hackeloeer, B. -J.; Helmer, H.; Henrich, W.; Hoesli, I.; Husslein, P.; Kainer, F.; Lang, U.; Pfanner, G.; Rath, W.; Schleussner, E.; Steiner, H.; Surbek, D.; Zimmermann, R.: Management of postpartum hemorrhage (PPH). Algorithm of the interdisciplinary D-A-CH consensus group PPH (Germany - Austria - Switzerland). ANAESTHESIST. 2014; 63(3); 234-242.
12. (●) Seeber, Beata; Morandell, Elisabeth; Lunger, Fabian; Wildt, Ludwig; Dieplinger, Hans: Afamin serum concentrations are associated with insulin resistance and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome. REPRODUCTIVE BIOLOGY AND ENDOCRINOLOGY. 2014; 12(S); 88.
13. (●) Winkler-Crepaz, Katharina; Nederegger, Verena; Ayuandari, Sarrah; Rosenfellner, Doris; Zervomanolakis, Ioannis; Hofer, Susanne; Wildt, Ludwig; Ziehr, Stephanie C.: Novel dynamic culture system to support initiation of primordial follicle growth in prepubertal mouse ovaries. FERTILITY AND STERILITY. 2014; 102(3); 864-U590.

Zeitschriftenbeitrag (Editorial-Material)

14. (●) Wildt, Ludwig: New associate editor: Prof. Ludwig Wildt. ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2014; 289(3); 467-467.

7.3. Laufende Studien

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

7.3.1 Mamma-Studien

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

7.3.2 Gyn. Onkologie-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
AEZS-108-050	Randomized controlled study comparing AEZS-108 with doxorubicin as second line therapy for locally advanced, recurrent or metastatic endometrial cancer	Prof. Zeimet
AGO 36 SHAPE CX5	This is a multi-centre, international, prospective, randomized phase III trial of radical hysterectomy and pelvic node dissection versus simple hysterectomy and pelvic node dissection in patients with previously untreated, low-risk cervical cancer.	Prof. Zeimet
AGO 37 ITIC 2	Topical Imiquimod versus Conization to Treat Cervical Intraepithelial Neoplasia: Randomised Controlled, Non-inferiority Trial	Prof. Wid-schwendter
AGO 38 Thrombo- sestudie	Inzidenz von Thrombosen in Patientinnen mit einem gynäkologischen Malignom: eine prospektive Observationsstudie	Prof. Marth
AGO 39 Ovar 2.21	A prospective randomized Phase III trial of carboplatin/ gemcitabine/bevacizumab vs. carboplatin/pegylated liposomal doxorubicin/bevacizumab in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer. An ENGOT/GCIG Trial.	Prof. Marth
AGO 41 MILO	The MILO Study (MEK Inhibitor in Low-grade Serous Ovarian Cancer): A Multinational, Randomized Open-label Phase 3 Study of KEK162 vs. Physician's Choice Chemotherapy in Patients with Recurrent or Persistent low-grade Serous Carcinomas of the Ovary, Fallopian Tube or Primary Peritoneum	Prof. Marth
AGO 42 PITVIN	Primary Imiquimod Treatment versus Surgery for Vulvar Intraepithelial Neoplasia – PITVIN. A Multicenter Randomized Controlled Trial	Prof. Marth
AGO 43 GANNET53	A two-part, multicentre, international phase I and II trial assessing the safety and efficacy of the Hsp90 inhibitor ganetespib in combination with paclitaxel weekly in women with high-grade serous, high-grade endometrioid, or undifferentiated, platinum-resistant epithelial ovarian, fallopian tube or primary peritoneal cancer	Prof. Concin
AGO 44 Expression IV	Welche Erwartungen haben Patientinnen mit Eierstock-, Eileiter- oder Bauchfellkrebs an eine Erhaltungstherapie? (Europaweite Umfrage)	
AGO 46 INO-VATYON	Phase III international, randomized study of trabectedin plus pegylated liposomal doxorubicin (PLD) versus carboplatin plus PLD in patients with ovarian cancer progressing within 6-12 months of last platinum	Prof. Marth
NIS Bovari	BOVARI – eine Nicht-interventionelle Studie mit Avastin als Frontlinien-Therapie bei Ovarialkarzinomen	Prof. Marth
EN2 (EORTC 55102)	A phase II trial of postoperative chemotherapy or no further treatment for patients with node-negative stage I-II intermediate or high risk endometrial cancer	Prof. Marth

7.3.3. Geburtshilfe-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
Substituierte Schwangere	Eine kleine Gruppe von substituierten Frauen setzt sich aus Schwangeren und Müttern kleiner Kinder zusammen (ca. 5–10 Personen pro Jahr). Auf Grund der besonderen Lebensumstände dieser Mütter ist von einem erhöhten Risiko für deren Kinder auszugehen (hinsichtlich ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung). Die bekannte Grundproblematik von Kindern aus suchtbelasteten Familien tritt hier verschärft auf.	OÄ Ramoni
VIDIS	Vitamin D Versorgung schwangerer Patientinnen in Österreich – eine prospektive multizentrische Studie	OÄ Ramoni Dr.in Schaffenrath
CRB Austria Trial (Cook ballon)	Erfolgsrate bei Geburtseinleitung am Termin mittels Doppelballon-Einleitungskatheter verglichen mit Dinoproston Vaginal Insert Prospektiv multizentrisch-randomisierte Studie	OÄ Ramoni Dr.in Schaffenrath Dr.in Ritter
Outcome nach höhergradigen Dammrissen	Retrospektive Analyse durch Patientinnenbefragung im Zeitraum 2002 bis 2012	OÄ Ramoni Dr.in Schaffenrath Burkhard
Präeklampsiescreening mittels Messung des sFlt-1/PIGF-Quotienten im Serum	retrospektive Auswertung des Outcomes von Schwangeren mit Verdacht auf Präeklampsie im Zeitraum 12/2010 bis 12/2012, bei denen der Elecsystest in die Wahl der Betreuungsoptionen einbezogen wurde	OÄ Ramoni Dr.in Tiechl Margreiter
FRüSGO	Register für Frühgeburtsgefährdete Patientinnen der Study Group Obstetrics: prospektiv multizentrisches Datenregister	OÄ Ramoni Dr. Krause
CMV survey	Multizentrisch longitudinale Erfassung der Anzahl von Patientinnen mit CMV Infektion in der Schwangerschaft sowie deren Management	OÄ Ramoni

7.3.4. Fetalmedizin-Studien

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

7.3.5. Gynäkologie-Studien

Kurztitel	Titel	PrüfarztIn
ITIC2 Studie	ITIC2 Studie (CIN III bzw auch CIN II bei Pat >30Lj)	Prof. Wid-schwendter OÄ Ciresa-König
PITVIN	Primäre Imiquimod Therapie versus Chirurgie in der Behandlung der Vulvären Intraepithelialen Neoplasie (VIN)	Prof. Wid-schwendter OÄ Ciresa-König

7.3.6. Endokrinologische Studien

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

7.3.7. Studienpatientinnen

neu eingebrachte Patientinnen	2010	2011	2012	2013	2014	Gesamt eingebracht seit 2002/03
Mamma-Studien	76	71	*384	*173	*104	1.564
Gyn. Onkologie-Studien	41	19	*75	11	*47	531
Geburtshilfe- und Fetalmedizin-Studien	*473	0	*43	*153	0	1.884
Gesamt neu eingebracht pro Jahr	590	90	502	337	151	
Gesamtsumme aller in Studien eingebrachten Patientinnen seit 2003						3.979

* inklusive Fragebogenstudien bzw. Nicht-Interventionelle Studien

7.4. Präklinische Projekte

Gynäkologie und Geburtshilfe

Projekttitel	ProjektleiterIn
GANNET53 (EU-Forschungsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Concin
Aluminium-Studie (Kooperationsprojekt) bei Mammakarzinompatientinnen	Prof. ⁱⁿ Concin
Identifikation molekularer Marker zur Detektion von zirkulierenden Tumorzellen bei Ovarialkarzinompatientinnen (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Concin
Biomarkerstudie zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Concin
Die Bedeutung des präoperativen Gamma-Glutamyltransferase Wertes bei gynäkologischen Tumoren	Prof. ⁱⁿ Concin
Kontamination des menschlichen Körpers mit Mineralölprodukten (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Concin
Das relative Risiko von sekundären Primärkarzinomen in Österreichs westlichen Bundesländern (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Concin
Parallelen zwischen Embryogenese und Karzinogenese Tuben und Ovarien betreffend (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Concin
Genetische Veränderungen in Keimzelltumoren und Keimstrang-Stromatumoren des Ovars (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Concin
Afaminbestimmungen im Serum von Mammakarzinompatientinnen	Doz. Hubalek
Tumormarker HE4 beim Endometriumkarzinom, Ovarialkarzinom und in der Schwangerschaft	OÄ Irene Mutz-Dehbalaie
Oncotryol 2.1.8: Identification and targeting of ovarian cancer stem cells	Prof. Zeimet Doz. Reimer
L1CAM Expression	Prof. Zeimet Doz. Hubalek
Zervixkarzinom (Entwicklung eines neuen ELISAs zur HPV Detektion; Kooperationsprojekt)	Prof. Widschwendter
Oncotryol-2.1.2: Biomarkeridentifizierung beim Mammakarzinom	Prof. ⁱⁿ Fiegl Prof. Marth
Analyse der DNA-demethylierenden Eigenschaften von Anästhetika an Brustkrebszelllinien (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Fiegl
Polycomb Group Target Gen Methylierung bei frauenspezifischen Tumorerkrankungen (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Fiegl
Studie zur Prävalenz einer Tiroler BRCA1 Gründermutation (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Fiegl Prof. Marth
Identifikation von spezifischen Autoantikörpern im Serum von Patientinnen mit Mamma-, und Ovarialkarzinom (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Fiegl
Entwicklung eines neuen auf Massenspektrometrie basierenden Tests zur Prädiktion des Ansprechens von Brustkrebspatientinnen auf eine endokrine Therapie (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Fiegl
Entwicklung neuer Behandlungsstrategien des Cisplatin-resistenten Ovarialkarzinoms (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Fiegl
STAT1: IFN und STAT1 regulierte Genexpression im Mammakarzinom (Kooperationsprojekt)	Prof. ⁱⁿ Müller-Holzner Prof. ⁱⁿ Fiegl

Endokrinologie

Projekttitle

ProjektleiterIn

A New Strategy for Fertility Preservation of Leukemia and Breast Cancer Patients: 3D-in vitro culture of secondary follicles isolated from frozen/thawed human ovarian tissue (OENB)

OÄ Ziehr
Dr.ⁱⁿ Winkler

Preservation of fertility in cancer patients: Examination of frozen-thawed human ovarian tissue viability by dynamic in vitro culture and xenografting into immunodeficient (SCID) mice (TWF)

OÄ Ziehr
Dr.ⁱⁿ Winkler

8. Lehre

8.1. Lehrangebot

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

Titel der Lehrveranstaltung	VortragendeR
Geburtshilflich gynäkologische Klinik (Hauptvorlesung)	Marth
Modul 2.07: Endokrines System: Gyn. Endokrinologie/Zwischenklinik	Wildt
Modul 2.11: PKGU zu Modul 2.07: Endokrines System	Sölder
Modul 2.23: Haut und Schleimhaut	Marth
Modul 2.28: PKGU zu Modul 2.23: Haut und Schleimhaut	Sölder
Modul 2.30: Tumore	Marth, Zeimet
Modul 2.32: Werdendes Leben	Brezinka
Modul 2.37: PKGU zu Modul 2.32: Werdendes Leben	Abfalter, Sölder
Modul 3.13: Gynäkologie und Geburtshilfe	Berger, Brezinka, Concin, Marth, Reimer, Wildt
<ul style="list-style-type: none"> • Modul 3.13: Klinische Fähigkeiten und Fertigkeiten in Gynäkologie und Geburtshilfe • Modul 3.21/3.22: Wahlfach I; Gynäkologie und Geburtshilfe • Geburtshilfliches gynäkologisches Praktikum • Geburtshilfliches Internat 	Abdel Azim, Abfalter, Alge, Berger, Brezinka, Brunner, Colleselli, Concin, Czech, Engleder, Fiegl, Holly, Krause, Mayr, Miglar, Mutz-Dehbalaie, Peer, Potrusil, Reimer, Schaffenerath, Schmid, Seeber, Shihab, Sölder, Strobl E, Tiechl, Widschwendter, Zeimet
Modul MM 5.2 Labside-teachning	Marth
Onkologisches Kolloquium	Marth
Gentherapie und Immuntherapie in der gynäkologischen Onkologie	Zeimet
Literaturkolloquium Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Wildt
Spezielle Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Wildt
Ringvorlesung Gendermedizin	Marth, Wildt
Privatissimum für Dissertanten	Daxenbichler, Marth, Wildt, Zeimet

Titel der Lehrveranstaltung	Anzahl StudentInnen				
	2010	2011	2012	2013	2014
Gynäkologisches Praktikum	662	498	540	593	599
Geburtshilfliches Internat	15	3	—	—	—
FamulantInnen	42	46	36	37	35
Rigorosenprüfungen	105	29	—	—	—
EAP-Prüfungen	56	64	51	14	13
KPJ-StudentInnen	17	21	24	22	36

8.2. Habilitation/Dissertationen/Diplomarbeiten

2013/2014 wurden folgende Habilitation, Dissertationen und Diplomarbeiten an der Frauenheilkunde fertiggestellt:

Name (alphabetisch)	BetreuerIn	Diplomarbeit
Braun, Christian	Wildt	Polymorphismen des Vitamin-D-Bindungsprotein bei Endometriosepatientinnen
Muzaferovic, Azra	Marth	Operative Therapie und Ergebnisqualität beim Ovarialkarzinom: ein Projekt der Qualitätssicherung
Bucher, Natalie	Ziehr	Auswertung der Zyklen mit Techniken der Assistierte Reproduktion (ART) im Hinblick auf die verschiedenen Stimulationsprotokolle an der Universitätsklinik von 2009 bis 2011
Hömberg, Selina	Wildt	Lebensqualität bei Sterilitätstherapie im Antagonistenprotokoll
Margreiter, Ricarda	Ramoni	Präeklampsiescreening mittels Messung des sFlt-1/PlGF-Quotienten im Serum: retrospektive Fall-Kontroll-Studie an der Schwangerenrisikoambulanz von Dezember 2010 bis Dezember 2012
Pferzinger, Verena	Czech	Schwangerschaftsverlauf nach Sterilitätsbehandlung
Raß, Verena	Marth	Das Ovarialkarzinom: Vergleich weltweiter Guidelines hinsichtlich Screening, Diagnostik, Staging, Therapiemanagement und Follow-up
Schmitz, Christina	Ziehr	Auswirkung der Progesterons am Tag der Ovulationsinduktion auf den Eintritt einer Schwangerschaft: Auswertung der Zyklen mit den Techniken der ART an der Universitätsklinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin von 2009 bis 2011
Fischer, Natalie	Ziehr	Schwangerschaftsverlauf und -Outcome von Patientinnen mit PCOS hinsichtlich des Glucoseseffwechsels
Khuen, Elisabeht	Wildt	Diagnostik und Therapie der Dysmenorrhoe: intrauterine Druckmessung
Neuner, Katharina	Marth	Hat der CYP2D6 Genotyp Einfluss auf Nebenwirkungen und Adherence? Prämenopausale Mammakarzinom-Patientinnen unter Tamoxifen-Therapie
Wimmer, Anna	Marth	Areola-sparing mastectomy – a progress for women with breast cancer?
Schabetsberger, Kathrin	Marth	Evaluation von prämenopausalen Faktoren und deren Einfluss auf das Befinden von Endometriose-Patientinnen in der Postmenopause
Nederegger, Verena	Wildt	Evaluation von präpubertärem murinen Ovarialgewebe nach dynamischer in vitro Kultur
Knapp, Irina	Marth	Prognose bei jungen Mammakarzinompatientinnen – eine retrospektive Analyse
Kratz, Kerstin	Wildt	Diagnostik und Therapie der Dysmenorrhoe 2: therapeutische Behandlung mit einem Prostaglandinrezeptorantagonisten

Name	BetreuerIn	Diplomarbeit
Krautgasser, Sarah	Zeimet	Sinnhaftigkeit und Nutzen der Langzeittokolyse – Eine retrospektive Evaluation der Jahre 2007 und 2011 mit einem Vergleich von Kurz- und Langzeittokolyse
Strömer, Theda	Wildt	Bestimmung der fertilen Phase mittels Messung des endexpiratorischen pCO ₂ -Wertes bei Patientinnen mit Kinderwunsch
Hasibether, Helene	Ramoni	Outcome von Folgeschwangerschaften nach intrauterinem Fruchttod
Schnug, Laura	Ziehr	AMH in Schwangerschaft, Wochenbett und Laktationsperiode – Bedeutung für den Knochenstoffwechsel
Stöttner, Barbara	Böttcher	Retrospektive Auswertung der Daten von Patienten mit Transsexualismus an der Universitätsklinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Kowalski, Johanna	Concin	Fall-Kontrollstudie zum Brustkrebsrisiko unter Berücksichtigung des Einflusses der Körperpflege
Lunger, Lukas	Seeber	Dynamik von Testosteron bei Frauen mit Verdacht auf PCOS nach oraler Glukosebelastung
Mikerevic, Sanja	Wildt	Histologische Evaluation von humanem Ovarialgewebe nach Kryokonservierung und Xenotransplantation
Hotter, Marina	Wid-schwendter	Endoskopische Myomenuklation – Eine retrospektive Analyse

Name	Habilitation
Hubalek, Michael	Revisiting Steven Paget's "seed and soil" theory: impact of the "soil" on the growth and progression of breast cancer



8.3. Frühe Hilfen als ein Beispiel interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung (Astrid Ellmerer)

Bachelorarbeit im Studiengang „Nonprofit-, Sozial- und Gesundheitsmanagement“ am Management Center Innsbruck

Durch Vernetzung und verbindliche Kooperation können Zugangswege zu Familien geschaffen und Problemlösungen entwickelt werden, die ansonsten nicht möglich wären. Forschungen zur Kosten-Nutzen-Analyse zeigen, dass Angebote Früher Hilfen auch dazu beitragen, Kosten des Sozial-, Gesundheits- und Justizsystems im weiteren Lebenslauf gefährdeter Kinder einzusparen.

In Ländern wie Vorarlberg und Deutschland, in denen Frühe-Hilfen-Netzwerke bereits landesweit etabliert sind, stehen Themen wie die verstärkte Einbeziehung der Väter, die Entwicklung von migrationssensiblen Angeboten, die Verbesserung der Qualitätsstandards und die wissenschaftliche Evaluierung im Fokus.

Der Einsatz des Mutter-Kind-Passes im Rahmen der Frühen Hilfen kann eine große Chance bedeuten, wenn alle Risiken bedacht werden. Da sich für den in Österreich angedachten Einsatz keine Vergleichssituation in anderen Ländern findet, dienen hier die fachkundigen Bedenken der Experten als Ausgangsbasis für weitere Planungen.

Die Experten aus bereits bestehenden Netzwerken äußerten den Wunsch nach einer verbesserten Zusammenarbeit speziell mit Kliniken und Kinderärzten. Im Rahmen dieser Befragung wurde die Erfahrung gemacht, dass besonders die Experten aus dem Gesundheitsbereich großes Interesse zeigten. Wenn diese Tatsachen Rückschluss auf das Gesamtinteresse der Verantwortlichen im Gesundheitsbereich an einem Netzwerk Frühe Hilfen zulassen, dann bedeutet das eine besonders große Chance für Tirol.

Frühe Hilfen Tirol

Die Informationsveranstaltung „Frühe Hilfen Tirol“ fand am 14. März 2013 in Innsbruck statt. Sie richtete sich primär an Interessierte aus relevanten Berufsfeldern im Bereich der Frühen Hilfen in Tirol. Ziel der Veranstaltung war es, einen Überblick zu den „Frühen Hilfen“ zu geben, sowie das Feld etwas näher zusammen zu rücken.

Ergebnispräsentation „Frühe Hilfen in Tirol“ – Mag. Sandra Aufhammer (kontakt+co)

„Warum sind Frühe Hilfen wichtig?“ – Prim. Dr. Klaus Vavrik
Ein kompetent besetztes Podium stand anschließend den interessierten TeilnehmerInnen für Anfragen und Diskussionen zur Verfügung:

Prim. Dr. Klaus Vavrik (Österr. Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, Wien)

OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni (Leiterin Geburtshilfe, Universitätsfrauenklinik Innsbruck)

Dr. Christian Hiltpolt (Erziehungsberatung, Land Tirol)

Dipl. Päd.ⁱⁿ Ursula Henzinger (Verein ZOI, Kufstein)

9. Fortbildungen

9.1. Montagskonferenzen

2013

Datum	ReferentIn	Titel
04.02.13	L. Wildt	Pille
11.02.13	C. Marth	Ov-Ca + Pille
25.02.13	Fr. Bächli, EuropaDonna	Buchvorstellung: Das Jahr der blassen Sonnenblume (Projekt BGZ)
04.03.13	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
11.03.13	D. Mahnke, P. Hillebrand	Sozialarbeit im Haus
18.03.13	M. Klein, C. Marth, F. Preishuber	Auswertung Mafög Ass.+Vorstellung Führungsfeedback
08.04.13	Dr. Kamali, Vifor	Diagnose und Behandlung von Eisenmangel
	S. Abdel Azim	Prognosefaktoren des frühen Endometriumkarzinoms
22.04.13	Dr. Navarro	Persistierende pulmonale Hypertension des Neugeborenen
06.05.13	Mag. Umshaus	Vorstellung „Ambulanzkarten – neu“
13.05.13	Dr. Navarro	Neugeborenenreanimation
27.05.13	Dr. Wilflingseder	Vorstellung Studie „HIV“ FWF Projekt
03.06.13	Prof. Mangweth-Matzek	Studie: Präoperatives Essverhalten und Körpererleben bei Pat. mit Hysterektomie
10.06.13	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
17.06.13	Prof. G. Putz	Postpartale Schmerztherapie
01.07.13	E. D'Costa	Therapie der Plazentlösungsstörungen
08.07.13	OA M. Thaler, Anästhesie	Maligne Hyperthermie und Geburtshilfe – eine seltene Kombi?
15.07.13	Prof. P. Speiser	Die Bedeutung der Tuben für die Onkogenese von Ovarialkarzinomen „The Vienna lavage approach“
12.08.13	PD S. Jochberger, Anästhesie	Peripartale Embolien – Fruchtwasser und Luftembolie
09.09.13	Dr. Schatz, Neuro-Pädiatrie	Vorstellung Projekt: Regulationsstörungen
16.09.13	Prof. G. Putz	BQLL Präoperative Diagnostik
23.09.13	Fr. Kranz, Vivocell	Schulung NSB-Entnahmen
07.10.13	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
14.10.13	R. Grillnberger, Cook	COOK Doppelballonkatheter zur Zervixreifung
28.10.13	Dr. Wechselberger, Dr.Griesmayr, Neonatologie	Secreteurin als Biomarker in der perinatalen Hirnschädigung
04.11.13	L. Wildt	AMH – Hype or hope
11.11.13	Prof. B. Häussler	Chirurgische Versorgung von Omphalozele
09.12.13	Prof. A. Schlager	Aktuelle Daten und Alternativen zu Diclofenac in der Schmerztherapie
16.12.13	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement

2014

Datum	ReferentIn	Titel
13.01.14	A. Widschwendter	Update Infektionen Gynäkologie Archivierung OP-Videoaufnahmen
03.02.14	L. Wildt	Wie habilitiere ich mich richtig?
24.02.14	A. Ciresa-König A. Berger, Mag. G. Umshaus	Triage in der Notfallambulanz
03.03.14	A. Zeimet	Borderline Tumoren
10.03.14	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
17.03.14	Doz. Brenneis, Reha Münster	Vorstellung Onko-Reha
24.03.14	Prof. Dr. Courtney Schreiber, Philadelphia	Approaches to managing early pregnancy failure
31.03.14	Mag. E. Draxl, Doz. Dr. C. Gabl	Mobiles Hospizteam
07.04.14	M. Hubalek	Post San Antonio
05.05.14	Prof. Reider, Hautklinik	Desensibilierung bei Zytostatika / Allergie-Testung
19.05.14	AGO-Studienzentrale	GCP-Training
26.05.14	Prof. A. Schlager	Schmerzmanagement
16.06.14	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
23.06.14	OA M. Thaler, Anästhesie	Geburtshilfliche PDA
04.08.14	A. Ramoni	Mesodel zur Geburtseinleitung
15.09.14	L. Wildt	Transgender
22.09.14	A. Widschwendter	HPV-Screening
29.09.14	C. Brezinka	Flämische Neuorganisation Facharzt-/Masterausbildung
13.10.14	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
20.10.14	Dr. I. Heller	Krankenhausthygiene
27.10.14	Stationsführende Oberärzte	Matrix-Vereinbarungen
10.11.14	F. Preishuber	Aktionswoche: 3 x mehr Energie
17.11.14	Fr. Koller, Vivocell	Schulung
24.11.14	Dr. H. Siller	Sexualität – Gewalt – schwanger
15.12.14	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement

9.2.Fach-Fortbildungen

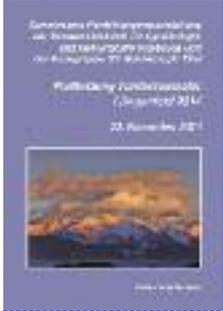
Datum, Ort	Titel	
29. Jänner 2013 Innsbruck	Final Countdown ABCSG-18	
9. März 2013 Fügen	Sommerfortbildung	
14. März 2013 Innsbruck	Frühe Hilfen Tirol	
19. März 2013 Innsbruck	Das Polyzystische Ovarsyndrom	
4.–5. April 2013 Innsbruck-Kundl	Onko Summit	
11.–13. April 2013 Salzburg	AGO-Kongress	
24. April 2013	Antikorruptionsgesetz	

Datum, Ort	Titel	
8. Mai 2013 Innsbruck	Welttag Eierstockkrebs	
22. Mai 2013 Innsbruck	Milchstau / Mastitis in der Stillzeit	
29. Mai – 1. Juni 2013 Innsbruck	Jahrestagung der OEGGG	
30. Mai 2013	Ballonkatheder in Gyn und Geburtshilfe	
3. Juni 2013 Innsbruck	Focus Patient	
12. Juni 2013 Innsbruck	postASCO	
18. Juni 2013 Innsbruck	Experts on Tour	

Datum, Ort	Titel	
11. September 2013	HER Meeting	
19.–20. Sept. 2013 Igls	Symposium ÖQUASTA	
26.–28. Sept. 2013 Innsbruck	Jahrestagung ÖGRM	
3. Oktober 2013 Innsbruck	Mammadiagnostik 27. Radiologie-Update	
5. Oktober 2013 Innsbruck	Der schwierige Fall	
11. Oktober 2013 Telfs	Pink Ribbon Tour	
18. Oktober 2013 Innsbruck		

Datum, Ort	Titel	
17. Oktober 2013	Die Sinnfrage in der modernen Onkologie	
18.–19. Okt. 2013 Feldkirch	Prophylaktische Aspekte des Ersttrimestertests	
26. Oktober 2013 Bozen	Projekt Diplompatientin 6. Brustkrebs-Akademie	
8.–10. Nov. 2013 Saalfelden	Jahrestagung ABCSG	
14. November 2013 Innsbruck	Gestationsdiabetes	
15.–16. Nov. 2013 St. Veit an der Glan	Jahrestagung AUB	
16. November 2013 Längenfeld	Winterfortbildung	
22. November 2013 Salzburg	10 Jahre Gyn Diskurs	

Datum, Ort	Titel	
29. November 2013	Jahrestagung DONKO	 
4. April 2014 Elixhausen	Gynäkologische Malignome	
23. April 2014	Ethik in Medizin und Forschung	
25.–26. April 2014 Wien	Geburtshilflich-Anästhesiologisches Symposium	
8.–10. Mai 2014 Salzburg	AGO-Kongress	
14. Mai 2014 Innsbruck	Welttag Eierstockkrebs	

Datum, Ort	Titel	
24. Mai 2014 Fügen	Sommerfortbildung	
17. Sept. 2014 Innsbruck	HER Meeting gewidmet Frau Univ.-Prof.in Dr.in Elisabeth Müller-Holzner	
28. Oktober 2014 Innsbruck	Science and Cases	
7.–8. Nov. 2014 Saalfelden	Jahrestagung ABCSG	
22. November 2014 Längenfeld	Winterfortbildung	
3. Dezember 2014	Oncocafé: Prof. Zlatko Trajanoski (Biocenter, Division of Bioinformatics): Tumorerfiltrierende Lymphocyten und das Antigenom beim triple-neg. Mammakarzinom	
5. Dezember 2014 Salzburg	Gynäkologischer Diskurs	

10. Pressespiegel

2013

Datum	Titel	Medium
01.13	Brustzentrum und neue Röntgen-Anlage	Hallo
09.01.13	Baby des Tages: Baby Nico und das Eishockey	Tiroler Tageszeitung
09.01.13	Das bedrohte Geschlecht	Tiroler Tageszeitung
11.01.13	Migrants and obstetrics in Austria – applying a new questionnaire shows differences in obstetric care and outcome	Springer Link
29.01.13	Final Countdown ABCSG-18	ABCSG-18
30.01.13	Am Anfang war der Wunsch	Tiroler Tageszeitung
02.13	Aus dem Leben herausgerissen	Hallo
02.13	TILAK-Fußballturnier	Hallo
02.13	Krebs bei der Frau	GYN-AKTIV
02.13	Mehr Komfort für die Patientin durch s. c. Darreichung	GYN-AKTIV
02.13	Liebe Kolleginnen und Kollegen!	JATROS
07.02.13	Rund geht's in der Orangerie	Tiroler Tageszeitung
09.02.13	Ich suche meine Mutter	ATV
03.13	Brustgesundheitszentren in Österreich – ein Erfolgsmodell	JATROS
03.13	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Alternative zur Doublet-Chemotherapie • Die Hochrisikopatientin • Wahl des Chemotherapie-Backbone 	GYN-AKTIV
03.13	<ul style="list-style-type: none"> • Thromboserisiko • Orale Kontrazeption mit Östradiol • Langzyklus • Intrauterin hormonelle Kontrazeption 	GYN-AKTIV
03.13	Brustgesundheitszentren 20 Zentren in Österreich	krebs:hilfe!
03.13	Axilladisektion nach Sentinel-Makrometastase	GYN-AKTIV
03.13	OEGGG-Jahrestagung 2013	GYN-AKTIV
03.13	Dysmenorrhö bei Adolescentinnen- was tun?	GYN-AKTIV
03.13	Verleihung des Young Scientific Award an PD Dr. Daniel Reimer	GYN-AKTIV
03.13	HPV-Impfung soll nationales Gesundheitsanliegen werden	krebs:hilfe!
03.13	Die molekulare und klinische Bedeutung der E2F-Transkriptionsfaktoren beim Ovarialkarzinom	JATROS
03.13	HPV-Impfung – Relevanz und Effekte einer frühen Immunisierung	JATROS
03.13	Medizin für die Frau	JATROS
03.13	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt eine Impfung gegen Krebs und niemand geht hin • Gynäkologinnen lassen eigene Kinder impfen 	GYN-AKTIV
03.13	<ul style="list-style-type: none"> • Outcome-Parameter in Studien: OS und PFS • Wohin geht die Reise? • Ressourcen-und Aufgabenverteilung 	GYN-AKTIV
03.13	Management von Everolimus-induzierter Toxizität	GYN-AKTIV
03.13	Eine Forscherin mit Herz und Humor	Hallo
03.13	HPV-Impfung – Relevanz und Effekte einer frühen Immunisierung	JATROS
03.13	Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege!	JARTOS

10

03.13	Wird die Toxizität einer adjuvanten Therapie unterschätzt?	JARTOS
03.13	Die molekulare und klinische Bedeutung der E2F-Transkriptionsfaktoren bei Ovarialkarzinom	JARTOS
11.03.13	Brustkrebs: Rechtszeitig vorsorgen	Medizinische Universität Innsbruck
13.03.13	Kongressbericht – Highlight von St. Gallen 2013	
18.03.13	„Eine Impfung und keiner geht hin“	Der Standard
21.03.13	Brustkrebs – jetzt vorsorgen	Bezirksblatt
04.13	Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrte Herr Kollege.	GYN-AKTIV
04.13	Interview	GYN-AKTIV
08.04.13	Baby des Tages: Alle freuen sich auf Dominik	Tiroler Tageszeitung
08.04.13	Musterung	
10.04.13	„Stillen ist kein Leistungssport“	Tiroler Tageszeitung
18.04.13	Migrant Girl Day	Tirol Heute
05.13	Gesundheit der Frau fit in jeder Lebenslage	Mediaplanet
05.13	Non-Compliance – Herausforderung für jeden Therapeuten	GYN-AKTIV
04.05.13	Schon heute für morgen impfen	Mediaplanet
08.05.13	Eierstockkrebs wächst oft lange unbemerkt	TT Online
08.05.13	Eierstockkrebs: Betroffene will Mut machen	tirol.ORFat
08.05.13	Tückischer Krebs – Welttag Eierstockkrebs	Tirol heute
15.05.13	Dem Krebs einen Schritt voraus	Tiroler Tageszeitung
03.06.13	Fortgeschrittener Brustkrebs	
05.06.13	Maltherapie an der Klinik: Ausstellung	Tiroler Tageszeitung
18.06.13	Baby des Tages: Simon wird ein guter Skifahrer	Tiroler Tageszeitung
18.–25.06.13	Leserbriefe zu HPV-Impfung	Tiroler Tageszeitung
19.06.13	HPV-Impfung kann vor Gebärmutterhalskrebs schützen	Tiroler Tageszeitung
20.06.13	Neonatologie: Starthilfe für die Aller kleinsten	Tiroler Tageszeitung
20.06.13	Wie Mütter in Tirol stillen	Tiroler Tageszeitung
25.06.13	HPV-Impfung und die Zukunft mit Testverfahren	Tiroler Tageszeitung
26.06.13	Infoabend zu erblichem Brustkrebs	Tiroler Tageszeitung
29.06.13	Impfung gegen Krebs – und keiner geht hin	Bewusst gesund – Das Magazin
30.06.13	Brustkrebs: Verstärkte Nachfrage nach Genberatung	tirol.ORFat
30.06.13	Genberatung an der Klinik	Tirol heute
02.07.13	Baby des Tages: Marco ist eine Sonntagskind	Tiroler Tageszeitung
03.07.13	Wieder ganz Frau sein dürfen	Tiroler Tageszeitung
26.07.13	Zukunft bilden: Lehre in der Tilak	basics und Hallo
29.07.13	Innsbruck: Bessere Schmerzbe kämpfung nach Kaiserschnitt	Der Standard
06.08.13	Baby des Tages: Das traumhafte Baby Yaren	Tiroler Tageszeitung
13.08.13	Gratis-Spritze gegen Krebs soll „Leben retten“	Tiroler Tageszeitung
21.08.13	Baby des Tages: Endlich ist Andre zu Hause	Tiroler Tageszeitung
22.08.13	Baby des Tages: Ein Brüderchen für Julia	Tiroler Tageszeitung
25.08.13	Eigene Ambulanz für Abtreibungen in Tirol denkbar	Tiroler Tageszeitung
30.08.13	10-Jahres-Feier	Brustgesundheitszentrum Tirol
09.13	Gleichschaltung	ECHO

05.09.13	Baby des Tages: Jetzt sind Obojes zu fünf	Tiroler Tageszeitung
17.09.13	Baby des Tages: Der 13. war ein Glückstag	Tiroler Tageszeitung
10.13	Ein Wort zur Einleitung	Krebshilfe
10.13	...mehr als nur eine „rosa Schleife“	Krebshilfe
03.10.13	Baby des Tages: Maximilian und Mountainbiken	Tiroler Tageszeitung
10.10.13	Ins Leben geschnitten	ÖÄZ
21.10.13	Baby des Tages: Sonnenschein Daniel	Tiroler Tageszeitung
24.10.13	Baby des Tages: Willkommen, kleiner Linus!	Tiroler Tageszeitung
28.10.13	Brustkrebs – was tun?	orf.at
04.11.13	ENGOT	i-med
04.11.13	Prof. Christian Marth leitet europäisches Forschungsnetzwerk	SpringerMedizin.at
06.11.13	Verkehrstest mit Hunden Tiroler Diabetestag Große Ehre für Krebsforscher 3,2 Millionen Spitalinfekte	Tiroler Tageszeitung
06.11.13	Innsbrucker Arzt ist ENGOT-Vorsitzender	Bezirksblätter
06.11.13	Große Ehre für Krebsforscher	Tiroler Tageszeitung
06.11.13	Von lebenswichtig bis tödlich	Tiroler Tageszeitung
07.11.13	Ausgezeichnete Forschung	FF – Südtiroler Wochenmagazin
08.11.13	HPV: Was ist das?	OBSERVER
08.11.13	Personalities	Format
08.11.13	Prof. Marth leitet Forschungsnetzwerk	Dolomiten
12.11.13	Baby des Tages: Große Freude über Carolina	Tiroler Tageszeitung
20.11.13	Baby des Tages: Der ersehnte Bruder ist da	Tiroler Tageszeitung
22.11.13	Gentest für Therapiewahl	OBSERVER
25.11.13	Vom Traum zum Trauma	ÖÄZ
25.11.13	Maltherapie in der Frauenklinik Innsbruck	
25.11.13	C-Marth späte Väter	Radio Tirol
12.13	Christian Marth, 54	OBSERVER
09.12.13	Baby des Tages: Große Freude im Dreimäderlhaus	Tiroler Tageszeitung
11.12.13	Rasterfahndung in Krebszellen	Der Standard
12.12.13	Hohe Anerkennung für Univ. Prof. Christian Marth	Tiroler Tageszeitung

2014

09.01.14	Der beste Start ins neue Jahr	Tiroler Tageszeitung
30.01.14	Traurige Mutterseele	Tiroler Tageszeitung
31.01.14	Nachzüglerin ist angekommen	Tiroler Tageszeitung
01.14	Brustzentrum Schwaz – zertifizierter Partner für Brustgesundheit	Hallo
01.14	Sozialberatung an der Universitätsklinik für Gynäkologie	Hallo
01.14	Aktion Leben Tirol – Broschüre	Aktion Leben Tirol
01.14	Ist die Operation des Primus eine neue Operation?	Medizin für die Frau
01.14	Die Studie von Soran et al	Hämatologie
03.02.14	Kleine Schwester heißt Lena Melana	Tiroler Tageszeitung
11.02.14	Babyglück mit Lisa-Marie	Tiroler Tageszeitung

18.02.14	Daniel angekommen	Tiroler Tageszeitung
19.02.14	Leonie kam pünktlich	Tiroler Tageszeitung
21.02.14	Leonie kam eine Woche zu früh	Tiroler Tageszeitung
26.02.14	Foto des Tages – Christian Marth	Tiroler Tageszeitung
27./28.02.14	BKH Schwaz erhielt Zertifizierung als BrustGesundheitsZentrum Tirol	Brennpunkt
02.14	Anlaufstelle für Gewaltopfer, Universitätskliniken Innsbruck	Hallo
02.14	Neues Screeningmodell Mammografie	Medizin für die Frau
02.14	Krebs bei der Frau	Gyn-Aktiv
02.14	Stellungnahme der OEGGG und der AGO zu Änderung des Mammografiescreeningprogramms	Medizin für die Frau
14.03.14	Familienglück mit Samantha	Tiroler Tageszeitung
16.03.14	Abtreibung an der Klinik?	Tiroler Tageszeitung
27.03.14	Neuer Präsident der Tiroler Krebshilfe: Univ.-Prof. Christian Marth	Krebshilfe
03.14	Praktikantin und Lehrling im Gespräch	Hallo
03.14	Stellungnahme der OEGGG und der AGO zu Änderung des Mammografiescreeningprogramms	Medizin für die Frau
03.14	Stummvoll Award	Medizin für die Frau
03.14	Aktuelle AGO-Studien	Medizin für die Frau
03.14	Therapeutische Konzepte bei sehr jungen Mammakarzinompatientinnen	Medizin für die Frau
03.14	Mammografie-Screeningprogramm neu	Gyn-Aktiv
03.14	Forschungsförderung und Lebenswerk: die Preise der AGO-Tagung	Gyn-Aktiv
03.14	Professor Marth neuer Präsident der Krebshilfe Tirol	Gyn-Aktiv
03.14	Das behinderte Kind als Schaden in den Urteilen des OGH	Gyn-Aktiv
03.14	Neue OEGGG-Empfehlung: Betreuung von Patientinnen nach sexueller Gewalttat	Gyn-Aktiv
03.14	Neue medikamentöses Behandlungskonzept bei Missed Abortion	Gyn-Aktiv
03.14	Hormonelle Kontrazeption und Knochendichte	Gyn-Aktiv
03.14	Young Scientist Award 2014 der AGO Österreich an Georg Pfeiler	Gyn-Aktiv
03.14	Neue Stadieneinteilung / Effekt auf das Überleben	Gyn-Aktiv
01.04.14	Ärzte orten Vorsorge-Kollaps	Tiroler Tageszeitung
02./24.04.14	Vielen Dank... Euer Otto Kopp – Brief	Bezirksblatt
04.14	Univ.-Prof. Christian Marth – Interview	Gyn-Aktiv
04.14	Gibt es eine Rolle der Chirurgie beim Ovarialkarzinomrezidiv?	Gyn-Aktiv
04.14	Großzügige Spende an Maltherapie	Hallo
05.14	Paradigmenwechsel in der Therapie des HER2-positiven Mammakarzinom	Gyn-Aktiv
05.14	Präoperative axilläre US-Untersuchung	Gyn-Aktiv
06.05.14	Babyglück mit Laura Rosa	
09.05.14	Mammografie neu	Tiroler Tageszeitung
09.05.14	XXIII. Wissenschaftliche Tagung der ARGE für Gynäkologische Onkologie 2014	

	(12. Österreichischer Kongress „Krebs bei der Frau“)	AGO Austria
13.05.14	„Stille“ Krankheit	ORF – Tirol Heute
15.05.14	Den stillen Krebs aufhalten	Tiroler Tageszeitung
30.05.14	Bruder freut sich über Nina Maria	Tiroler Tageszeitung
05.14	Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Innsbruck	Gyn-Aktiv
11.06.14	Fabian der künftige Sportler	Tiroler Tageszeitung
18.–21.06.14	Jahrestagung 2014	OEGGG
23.06.14	Kleiner Pianist namens Niklas	Tiroler Tageszeitung
30.07.14	Lena macht das Quartett voll	Tiroler Tageszeitung
06.14	Bericht Dr. M. Hubalek und DDr. M. Knauer	Gyn-Aktiv
06.14	Kryokonservierung von Ovarialgewebe nur der Anfang	Gyn-Aktiv
06.14	AGO Austria Young Scientific Award 2014	Gyn-Aktiv
06.14	Das kontroversiellste Thema der letzten Jahre	Krebs: Hilfe!
09.07.14	Todesanzeige Frau A. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ med. Elisabeth Müller-Holzner	Tiroler Tageszeitung
29.07.14	Nach der Geburt schon ein Model	Tiroler Tageszeitung
31.07.14	Diskussion um Abtreibung in Westösterreich	Der Standard
01.08.14	Abtreibung in Tirol und Vorarlberg: Kein Grund zum Schämen	Der Standard
02./03.08.14	Kein Grund zum Schämen	Der Standard
05.08.14	Ein Wiegenlied für Lenny	Tiroler Tageszeitung
07.08.14	Mammografie im Kreuzfeuer	Tiroler Tageszeitung
28.08.14	Anna ist jetzt die große Schwester	Tiroler Tageszeitung
01.09.14	Nicolas kam angefliegen	Tiroler Tageszeitung
11.09.14	Tobias ist jetzt der Große	Tiroler Tageszeitung
17.09.14	HER Meeting	TILAK
09.14	Das ewige Tabu	Echo
02.10.14	Wenn Brustkrebs Familiensache ist	Tiroler Tageszeitung
03.10.14	Große Freude mit Henrik Dan	Tiroler Tageszeitung
10.10.14	Pink-Ribbon-Tour 2014	Österr. Krebshilfe
11.10.14	7. Brustkrebs-Akademie Diplompatientinnen	Mamazones – Projekt Diplomat.
28.10.14	Science and Cases	ABCSSG
28.10.14	Fortbildungsveranstaltung: Osteoporose	TILAK (Endokrinologie Zentrum Innsbruck)
28.10.14	Die Narben und jene auf der Seele	Tiroler Tageszeitung
28.10.14	Sonnenschein namens Niclas	Tiroler Tageszeitung
04.11.14	Eierstockkrebs innovativ therapieren	Med. Universität
21.11.14	Sabrina ist ein Sonntagskind	Tiroler Tageszeitung
24.11.14	Zonta-Club spendet Malthherapie	Tiroler Tageszeitung
25.11.14	Malthherapie in der Frauenklinik Innsbruck	
12.12.14	Leoni ist angekommen	Tiroler Tageszeitung
17.12.14	Fabio ist der jüngste Telfer	Tiroler Tageszeitung
18.12.14	Sexualpädagogischer Workshop an Schulen	

Obige Liste stellt nur einen Auszug der Pressemeldungen dar.

Brustkrebs: Verstärkte Nachfrage nach Genberatung

An der Klinik Innsbruck ist die Nachfrage nach Genberatungen bei familiären Brustkrebserkrankungen stark gestiegen. Auslöser dafür ist das Schicksal von Angelina Jolie, bei der ein stark erhöhtes Brustkrebsrisiko festgestellt wurde und sich beide Brüste amputieren ließ.

Bei den Brustgenberatungsstellen in ganz Österreich spricht man mittlerweile vom Jolie-Effekt. In Wien vervielfachten sich die Anfragen, auch in Innsbruck gibt es mehr Interesse, sagt der Leiter der Innsbrucker Frauenklinik, Christian Marth. Die Zahl der Anfragen zur Beratung habe sich nahezu verdoppelt.

Fachbereiche arbeiten eng zusammen

In Tirol gibt es insgesamt sechs Brustgenberatungsstellen. Bei der Beratung arbeiten die Fachbereiche Gynäkologie, Humangenetik und Psychologie eng zusammen. Als erster Schritt wird die Krankheitsgeschichte der Familie der Ratsuchenden unter die Lupe genommen, um ein Risiko festzulegen.

Bei Frauen, bei denen in der Familie Eierstock- oder Brustkrebs vorkomme, würde die Krankengeschichte zuerst genau untersucht. Erst dann werde erwogen, ob ein Gentest notwendig sei.

Nicht jede Frau will Risiko kennen

Ob der Gentest dann durchgeführt werde, entscheidet die betroffene Frau. Es gäbe Frauen, die gar nicht wissen möchten, wie hoch ihr spezifisches Risiko sei, so Marth. Wird bei einer Frau eine Veränderung bei den beiden Brustkrebsgenen festgestellt, heißt das nicht automatisch eine Erkrankung, sagt der Leiter der Humangenetik an der Klinik Innsbruck, Johannes Zschocke.

Sie trete nur mit einer hohen Wahrscheinlichkeit aber nicht mit Sicherheit auf. In der Regel liege der Wert bei 80 Prozent.

Vorsorgliche Operation in Innsbruck eher selten

Liegt der Test einmal vor, ist das oft eine arge Belastung für die Patientinnen. Man würde den Patientinnen ihre Situation erklären, dabei sei eine psychologische Betreuung



Foto/Graphik: ORF
Christian Marth



Foto/Graphik: ORF
Johannes Zschocke



Brustkrebs: Rechtzeitig vorsorgen

Brustkrebs ist eine häufige Erkrankung in Österreich: Jährlich sind 5.800 Frauen, 360 davon in Tirol, betroffen. Auch Männer erkranken. Die meisten Fälle treten bei Menschen zwischen 40 und 70 Jahren auf. Doch die Medizin hat Fortschritte erzielt. Die Früherkennung steigt und die Sterblichkeit ist um bis zu 50 Prozent gesunken. „Das Risiko wird durch richtige Vorsorge verringert“, sagte dazu Univ.-Prof. Dr. Christian Marth im Rahmen eines Medien für Land und Leute-Vortrags in Tannegg.

Univ.-Prof. Dr. Marth ist am Institut für Gynäkologie der Frauenklinik für Frauenkrebserkrankungen und der Interdisziplinären Zahnklinik und Zahnärztin in Tannegg Raxen und Arven. „Jede achte Frau erleidet im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Betroffen ist dabei die Brustwarze. Das Problem ist, dass dieser Krebs essen kann“, so Marth. Er empfiehlt, um das eigene Risiko zu verringern, ständige Vorsorge zu machen. Begleitet sollte man mit Sport und gesunder Ernährung. „Sport stärkt die Lebensqualität und verkürzt das Risiko“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Christian Marth. Das Risiko steigt außerdem mit Alter und auch mit erblich bedingter Hormonersatztherapie zum Risiko an.

„Die beste Vorsorge stellt sich in mehreren Schritten: Die Selbstuntersuchung der Brustwarze und eine jährliche Mammographie ab 45, um eine mögliche Tumorbildung früh zu erkennen“, sagt der Experte. Auch Männer können Brustkrebs bekommen. Auf 100.000 Frauen kommt ein Mann mit Brustkrebs. Nicht zu unterschätzen ist das familiäre Risiko. „Häufen sich die Brustkrebstfälle in der Familie, ist ein Genmut indig. Dann können wir ein Risikogut bestimmen“, erklärt Marth aus. Die wichtigste Untersuchungsmethode bleibt nach wie vor die Mammographie. „Bei Männern ist eine Mammographie die Vorsorgeform, um einen Mammokrebs früh zu erkennen. Ab 40 Jahren sollte ein Mammographie einmal im Jahr eingeblendet werden, auch wenn es keine 100-prozentige Sicherheit beim Ergebnis geben kann“, unterstreicht Univ.-Prof. Dr. Christian Marth. Entscheidend sind Entdeckungen, werden Gewebeprobe entnommen. Innerhalb von wenigen Stunden haben Patientinnen dann Gewebekörper zum Organismus. Ganzjährig bei der Diagnose Krebs. Je höher der Tumor, desto größer die Heilungschancen.

Genetischen

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth weist auf die vielfältigen Möglichkeiten, wie Brustkrebs behandelt wird. Neben der Operation gibt es die Hormone, die Chemotherapie und die Strahlentherapie. Alle Methoden werden häufig schon bei der Krebsdiagnose. Auch die Operationen sind viel vielfältiger. So werden heute Brustkrebsoperationen immer schoner und auch die postoperative Therapie spielt eine große Rolle.

In diesem Zusammenhang betont Prof. Marth die zentrale Rolle von zertifizierten Zentren wie z. B. dem Medizinischen Zentrum für Brustkrebs (MBC) der Uniklinik am Städt. Krankenhaus Innsbruck. Brustkrebs durch die Zusammenarbeit mit anderen Zentren wird durch das sogenannte T10 Patientenversprechen. Der hohe Gesundheitsgrad wird auch von den Gesundheitsbehörden gefordert, die bis 2019 eine Betreuung von Frauen mit Brustkrebs nur mehr in solchen zertifizierten Zentren vorsehen.

Vortragreihe Medizin für Land und Leute

Die Vortragreihe „Medizin für Land und Leute“ wird von der Medizinischen Fakultät der Medizinischen Universität Innsbruck gemeinsam mit den Partnerinstitutionen der Medizin.

Die Termine stammen aus der Reihe. Die Vorträge beginnen um 19:30 Uhr.

Baby des Tages



Marcel Maximilian Lechner mit seinem Bruder Stefan Lechner, Foto: Saischek

Endlich ist André zu Hause

Innsbruck, Patsch – André Stefan Lechner ist am 18. Juli in der Klinik Innsbruck zur Welt gekommen. Nach einer Notoperation ist André Stefan endlich zu Hause, zur Freude von Stefan Lechner, Waltraud Saischek und Marcel.

Clinical trials, ENGOT and use of bevacizumab against angiogenesis



Published 04/11/13 Views: 104 Rating: 4/5 stars

SHARE | BOOKMARK | RATE VIDEO

Prof Christian Marth - Innsbruck Medical University, Austria

Prof Christian Marth talks to a reporter at the 2013 ESGO meeting in Liverpool about the organization of clinical cancer trials in Europe and the European Network of Gynecological Trial Groups (ENGOT).

Prof Marth also talks about angiogenesis, which is an important component to slowing the growth of ovarian cancer and how large randomized clinical trials that have demonstrated an improvement of progression free survival by the addition of bevacizumab to chemotherapy in first-line therapy. The addition of bevacizumab is recommended for patients with advanced ovarian cancer with poor prognostic factors such as FIGO stage III-IV.

oan cancer's survival at ESGO has been finally supported by Angiogen through the ESCO's randomized, placebo-controlled, double-blind, phase III trial and there is no difference in overall survival.

„Hilfsmittel im Ausnahmezustand“

BRUSTKREBS: „mamazon“ stellt Patientinnenmappe vor – Ladungen Erkrankung dokumentieren – Prof. Marth: Nur 40 Prozent zur Vorsorge

BOZEN (It.). „Nach meiner Brustkrebsdiagnose war meine medizinische Betreuung in Meran sehr gut, aber ich hatte den Wunsch, dass eine Sammelmappe gemacht wird, denn es kamen viele Unterlagen und Informationen zusammen“, sagt Irma Mastbauer. Sie hat der Arztin gegeben, dass „mamazon“ – Fakten und Forschung gegen Brustkrebs“ an die Ausarbeitung einer Wissensmappe gingen.

Gestern nun wurde diese Patientinnenmappe in Bozen im Beisein des Vorstandes der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Innsbruck, Univ.-Prof. Christin Marth, vorgestellt.



Sie stellen gestern die „mamazon“-Mappe vor. Von links: Prof. Christin Marth, Vorstandin Martina Ladurner und Irma Mastbauer.

„Es soll allen Brustkrebspatientinnen dazu dienen, alle Informationen, Untersuchungsergebnisse, Therapieentscheidungen, damit man sie bei

ock, die die Mappen bei persönlichen Gesprächen dem Patienten übergeben können. „Jüngstens konnte durch Spenden eine Auflage von 1000 Stück gedruckt werden“, sagt Ladurner. „Neben guter medizinischer Betreuung ist es wichtig, dass auch die menschliche Betreuung gut funktioniert. Es reicht nicht nur das Verhältnis Arzt-Patientin, sondern es braucht weitere Einblicke in die persönliche Anamnese, wie die BreastCareName. Eine Frau mit der Diagnose Brustkrebs ist in einem solchen Ausnahmestadium, das sie schriftliche Hilfenmittel braucht“, erklärt Univ.-Prof. Marth. Es seien auch



Baby des Tages



Mama Petra Speiser mit ihrem Baby Nico.

Foto: Dorothea

Baby Nico und das Eishockey

Innsbruck – Für den Namen Nico haben sich Mama Petra Speiser und Papa Denise Asuma entschieden. Das erste Kind der jungen Familie erblickte in der Innsbrucker Klinik das Licht der Welt. Nicos erste Daten sind 52 Zenti-

mit Nicolò Corcos, Univ.-Prof. für Experimentelle Frauenheilkunde und Oberärztin des Departments Frauenheilkunde und Univ.-Prof. In Michaela Kress, Direktorin der Sektion für Physiologie, haben zwei Wissenschaftlerinnen der Medizinischen Universität Innsbruck die Leitung wichtiger EU-Forschungsprojekte übernommen. Im Rahmen der klinischen Studie „GAMNET52“ wird eine innovative Krebstherapie erforscht. Aufgabe des Projekts „rdnAPain“ ist die Entwicklung neuer Schmerzmittel in der Schmerzmedizin.

Erste Krebserkrankung chronisieren

Univ.-Prof. Dr. In Nicole Corcos: „Das neue EU-Projekt „GAMNET52“ ist eine klinische Studie, an der 17 Patientinnen teilnehmen. Die Studie soll die Wirkung und Nebenwirkungen von zwei neuen Antikörpern gegen HER2/neu untersuchen, die die Tumorzellen von der Zirkulation wieder abgrenzen (Faszi) und resisten gegenüber der platinbasierten Standardchemotherapie ist“, erklärt Univ.-Prof. Nicole Corcos. Diese Patientinnen werden die medikationsoberflächliche von rund 14-Monats-Nachbetreuung. Ziel besteht darin, die Lebensqualität der Teilnehmerinnen zu verbessern und die Lebensqualität durch Behandlungsumbedingter Beschwerden und geringere therapiebedingte Nebenwirkungen erhöht werden kann. Der innovative Therapieansatz des Projektes richtet sich gegen die zentrale genetische Veränderung, die in den Tumoren von annähernd 100 Prozent der in die Studie inkludierten Endometriumkarzinomen beobachtet wird. Das Vorliegen eines stabil inaktiven mutierten p53-Proteins. Anzahl wissenschaftliche Ergebnisse des Projektes in der Universitätsklinik Innsbruck. Patientinnen ist geplant, dass die klinische Medizin der Universität Innsbruck das zweite Jahr Projekt in Kooperation mit der Universität Innsbruck. Dieses Konzept wird in der „GAMNET52“-Studie nun erstmals klinisch angewandt. Zur Durchführung der Studie steht dem Konsortium ein Gesamtvolumen in Höhe von rund 6 Millionen Euro zur Verfügung.

Neue Perspektiven in der Schmerzmedizin

Univ.-Prof. Dr. In Michaela Kress, Direktorin der Sektion für Physiologie, die Leiterin des neuen EU-Projektes „rdnAPain“ auch eine Biomedizin, mit deren Hilfe Patientinnen und Patienten identifizieren können, die ein erhöhtes Risiko für chronische Schmerzen haben“, so Michaela Kress. Häufig entwickeln Menschen mit Diabetes chronische Schmerzen, oder nach Krebserkrankung bei sehr schmerzhaften Erkrankungen leiden. Weltweit von vor allem bei weiblichen Patientinnen das Schmerzrisiko hoch ist und werden nur ein Schmerzmittel erhalten, kann Folgebefehle eine optimale wirksame und vor allem zielgerichtete Schmerztherapie bereitgestellt werden. Michaela Kress arbeitet in ihrem EU-Projekt mit einem internationalen Konsortium aus Gesundheitswissenschaftlern und klinischen Forschern zusammen, um die Rolle von nicht-codierenden RNA-Molekülen der tierischen nicht in Proteine überführt bei chronischen Schmerzen aufzuklären. Die zwei Partner kommen aus verschiedenen Ländern, darunter Deutschland, Frankreich und England. Insgesamt wird dem Projekt ein Gesamtvolumen in Höhe von knapp 8 Mio. EUR bei die nächsten vier Jahre zur Verfügung.

Dr. Dorothea Ladurner/Inf/0

HPV: "Eine Impfung, und keiner geht hin"

INTERVIEW | KARIN POLLACK, 18. März 2013, 08:02



foto: apemick talbas

"Laut einer Umfrage unter Gynäkologen und Gynäkologinnen impfen 84 Prozent ihre eigenen Kinder."



foto: deesbeardlandy urben

Christian Marth, Präsident der Österreichischen Gynäkologischen Gesellschaft, hat viele Argumente für die HPV-Impfung

Warum nutzen so wenige Menschen die Sicherheit, die eine Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) bringt?

Warum nutzen so wenige Menschen die Sicherheit, die eine Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) bringt, fragt der Gynäkologe Christian Marth. Mit ihm sprach Karin Pollack über Risiken, Sex und Rauchen.

STANDARD: Bei Frauenärzten hängt ein Plakat mit dem Slogan "Manchmal steht nur eine Impfung zwischen Leben und Tod. Gebärmutterhalskrebs kann töten". Verantwortlich dafür ist die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG). Wollen Sie Frauen Angst machen?

Marth: Diese Aktion war draslich, aber die Situation in Österreich ist unerträglich. Wir haben eine Impfung gegen Krebs, und keiner geht hin. Gerade einmal zwei Prozent haben sich impfen lassen. Österreich ist das einzige europäische Land, das die HPV-Impfung nicht finanziell unterstützt. 2011 sind 160 Frauen an Cervixkarzinom, also dem Gebärmutterhalskrebs, gestorben. Es ist eine Krebsart, bei der in 99 Prozent HPV involviert ist. Wir wollten wachütteln.

STANDARD: Sie machen Werbung für eine Impfung. Lassen sich Ärzte von Pharmafirmen einspannen?

Marth: Das sehe ich nicht so, denn uns Gynäkologen bringt die Impfung finanziell gar nichts. Es ist eine effektive Krebsprävention. 6000 Frauen werden jährlich wegen Krebs oder Krebsvorstufen am Gebärmutterhals operiert (Konisation im Fachbegriff, Anm.), dem voran geht der Satz: "Ihr Pap-Test, also der Krebsabstrich, ist nicht in Ordnung." Das macht auch Angst.

STANDARD: Warum ist der jährliche Pap-Abstrich eigentlich eine ungenügende Krebsvorsorge?

Marth: Es gibt in Österreich kein Screening-Programm für Cervixkarzinom, nicht alle Frauen gehen regelmäßig zum Gynäkologen. Mit dem Pap-Abstrich übersehen wir 30 Prozent der HPV bedingten Fälle. Ich betreue eine 28-jährige Patientin, die regelmäßig den Krebsabstrich gemacht hat und an Gebärmutterhalskrebs erkrankt ist. Sie wird daran sterben. Das macht mich betroffen, weil ihr Tod durch die Impfung sehr wahrscheinlich hätte verhindert werden können.

STANDARD: Es gibt mehr als 100 verschiedene HPV-Stämme, 20 sind krebserregend, geimpft wird - je nach Impfstoff - gegen zwei bzw. vier HPV-Stämme. Reicht das?



Zum 16. Mal lud der Direktor der Uni-Klinik für Frauenheilkunde in Innsbruck alle Kinder seiner Mitarbeiter zu einem großen Fest ein. Christlan Marth wollte sich damit bei den Kindern bedanken. Sie konnten an diesem Nachmittag selbst an Teddybären (oben) ihre Operationsfähigkeiten testen, im Labor experimentieren, Kuscheltiere narkotisieren, Christbaumschmuck basteln und noch vieles mehr ...

vielen Dank,

meiner Hebamme Frau Eva Kindermann und dem Team der Mutter-Kind-Station in der Frauen-Kopf-Klinik in Innsbruck für die liebevolle Betreuung während und nach meiner Geburt. Ihr habt mir meinen schweren Start in mein tolles, aufregendes Leben sehr erleichtert.

Auch meine Mama und mein Papa haben sich sehr wohl bei euch geföhlt.

Ever Otto Kosp

Die molekulare und klinische Bedeutung der E2F-Transkriptionsfaktoren beim Ovarialkarzinom

E2F-Transkriptionsfaktoren stellen wichtige regulatorische Komponenten des Zellzyklus dar. Basierend auf Struktur und Funktion lassen sich in Bezug auf die Zellproliferation induzierende (E2F1–E2F3a) von hemmenden E2F-Transkriptionsfaktoren (E2F3b–E2F8) unterscheiden. Obwohl E2F-Transkriptionsfaktoren beider funktionellen Gruppen im Ovarialkarzinom überexprimiert waren, scheint in Bezug auf Pathophysiologie und Prognose eine Feinabstimmung zwischen induzierenden und hemmenden E2Fs von Bedeutung zu sein.

Eine hohe Inzidenz einer Überexpression von E2F1 oder E2F4 (Induzierend) und zugleich eine Deletion von E2F3a oder E2F7 (Hemmend) gehen mit einer schlechten klinischen Prognose einher. Diese Befunde legen die Idee nahe, dass andere molekulare Mechanismen, wie etwa die unipoliploiden Funktionen von Interleukin gamma (IL-6) beim Ovarialkarzinom, E2F-Regulation von Ovarialkarzinom Zellen führt zu einer schlechteren Antwort der proliferationsfördernden Form E2F3a. Inwieweit erfolgt diese Regulation über die E2F-Induzierende Zellen der Zellen



Dr. H. J. Jansen, MD, PhD

Induzierend regulierenden Faktor 1 (E2F1) und des Protoonkogen (E2F3a) (E2F3a-*low*, E2F3a-*high*). Im Ovarialkarzinom korreliert E2F3a mit schlechtem Überlebenszeitpunkt und unverschieden Inzidenz nach primärer Debulking Operation und ist zudem unabhängig prognostisch für Gesamtüberleben als auch Gesamttoxizität. Neben einer E2F-vermittelten Aktivierung ist wahrscheinlich ein weiteres E2F-unabhängige Mechanismen für E2F3a-Induktion, eine indirekte Regulation über Mitochondrien (Mit-144) und eine direkte über E2F3a-Induzierende Zellen der Zellen

Tumorgewebe und dem Überleben der Ovarialkarzinome ist, dessen Induktion zu einem großen Teil über E2F-Rezeptor/Aktivierung. Hier, darunter existieren jedoch auch andere E2F-unabhängige Mechanismen für E2F3a-Induktion, welche eine E2F-vermittelte Regulation umgehen. Letzteres könnte in Zukunft zur Abschätzung des Therapieansprechens auf E2F-Rezeptor targeted Therapie beim Ovarialkarzinom von Bedeutung sein.

Autor: Prof. Dr. Dr. Ewald D. Boller
CC 12, Department of Gynecology

European Cooperative Centre for Ovarian Cancer (ECCO) Universitätsklinikum, Campus Virologie, Berlin

Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Innsbruck

Ende 2000 wurde von Prof. Helmut Madersbacher in Innsbruck die Idee geboren, die engen Kontakte zwischen den Fachrichtungen, die sich mit Inkontinenz und Beckenbodenpathologien beschäftigen, enger zu knüpfen. Zeitgleich wurde von der MKO die Zertifizierung für Kontinenz- und Beckenbodenzentren (KBZ) angebahnt, weil die flächendeckende interdisziplinäre Versorgung inkompetenter Patienten in Österreich nach wie vor Lücken aufweist – eine unzureichende Versorgungssituation, die sich angesichts der demografischen Entwicklung immer mehr ausprägen würde. Auch sollte einem Wächter von Zertifizierungen vorgebeugt werden, der zweifelhafte Leistungen der Qualität gehen, auf welche die Betroffenen Anspruch haben.

Die Anforderungen an ein solches Zentrum sind:

- Interdisziplinarität, die sich den Problemen der Harn- und Stuhlkontinenz sowie den Erkrankungen des Beckenbodens widmet
- ein Spektrum, welches Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und die Versorgung umfasst

Einmal sind die Früh- und Weiterbildungs sowie die Forschung zu berücksichtigen. Durch die Interdisziplinarität wird die Versorgung zunehmend allen Betroffenen geboten, im speziellen Fall den Patienten beiderlei Geschlechts sowie Kindern. Ferner umfasst das Anforderungsprofil auch die Einweisung von Blase und Darm, Senkungsstörungen, chronische Beckenschmerzsyndro-



Dr. Stephan Krapehofer
Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Kontinenz- und Beckenbodenzentrum,
Medizinische Universität Innsbruck

me, Frischa, sexuelle Funktionsstörungen und die Restauration der Funktion der Organe des kleinen Beckens nach ungelassenen Eingriffen plastischer oder onkologischer Natur. Hinzu kommen die spezielle Diagnostik und die Therapie von neurogenen Blasen- und Darmfunktionsstörungen, insbesondere nach traumatischer Querschnittlähmung. Die Aufgabe eines KBZ sollte sein:

- a) die Erstuntersuchung für Patienten mit Funktionsstörungen von Blase, Darm und anderen Beckenorganen mit interdisziplinärer Beratung und Behandlung
- b) die Zusammenarbeit mit anderen ähnlichen und nicht-ähnlichen Fachbereichen



kbz innsbruck
Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Innsbruck

Traurige Mutterseele

Das Baby ist da, aber die Mutter ist trotzdem traurig. Eine Wochenbettdepression ist nach wie vor ein gesellschaftliches Tabu. Dabei sind bis zu 15 Prozent der Frauen betroffen.

Von Nicole Stötz

Immerbäck – Die Schwangerschaft ist die schönste Zeit im Leben einer Frau. Als junge Mutter bist du der glücklichste Mensch auf Erden. Du erwartest dein Baby sofort nach der Geburt lieben. So weit die Schwangerschaftsberatung. Die Praxis sieht hingegen oftmals anders aus. Wenn Neo-Mamas trotz des schönsten Geschenks, das ihnen beschert wurde, traurig sind, stoßt dies bei der Gesellschaft oft auf Unverständnis. „Als gute Mutter musst du doch glücklich sein“, heißt es dann. Sätze, die man in einer solchen Situation überhaupt nicht hören will.

„Eben 75 Prozent der Frauen erleben nach der Geburt eine Achtstunde der Gefühle. Die Heiliger, die nach Babyblaus gemalt werden, gehen nach ein paar Tagen wieder vorbei. Schuld daran ist die Hormonumstellung“, erklärt Angela Ramoni, Oberärztin an der Uniklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Immerbäck. Bei etwa 10 bis 15 Prozent der Frauen drückt sich das Gefühlchaos allerdings noch intensiver aus. Häufig die bedrückte Stimmung über längere Zeit an, spricht man von einer postpartalen Depression oder Wochenbettdepression, die durchaus innerhalb eines Jahres nach der Geburt noch auftreten kann.

„Betroffene Mütter plagen sich mit Versagensängsten und stellen hohe Ansprüche an sich selbst, nur um alles perfekt zu machen“, weiß Ina Trautwein, Psychotherapeutin an der Immerbäcker Uniklinik für Medizinische Psychologie. Dabei werden die Frauen gemäß von Gedanken wie: „Ich bin keine gute Mutter. Andere können das doch auch, warum

schaffe ich das nicht? Ich kann mein Baby nicht richtig lieben.“ Viele Mamas verlassen dann monatelang nicht mehr das Haus und müssen sich an anderen Frauen in puncto Stillen und Babyberuhigen.

Ist die Mutter überfordert und leidet noch daran an Schlafmangel, weil das Baby dauernd schreit, kann es passieren, dass sie sogar eine Wut auf das Kind entwickelt – und gleichzeitig ein schlechtes Gewissen hat. „Im schlimmsten Fall führt dies bei zu starkgedrückt. Die Mutter fähig, sich dann ein, das Kind hätte es bei einer anderen Mama besser“, ergänzt Ramoni.

Im Prinzip kann eine Wochenbettdepression jede Frau treffen. „Das Alter spielt keine Rolle, genauso wenig wie die Tatsache, dass es sich bei dem Baby um ein Wunderschind handelt“, so Trautwein. Das Risiko steigt allerdings, wenn die Frauen bereits an einer depressiven Grundstimmung leiden oder Dramatisches in der Schwangerschaft, wie etwa eine Hemmung, eine Vorgewaltung, einen Verlust eines Angehörigen oder einmal eine Fehlgeburt erlebt haben.

„Es ist absolut wichtig, dass Betroffene Unterstützung und Verständnis von ihren Angehörigen erfahren“, betont Ramoni. Und es sei ebenfalls wichtig, dass Frauen überhaupt wissen, dass es so etwas wie eine Wochenbettdepression gibt, um sich entsprechende Hilfe zu suchen.

„Es gibt sehr gute Möglichkeiten“, sagt Trautwein, die selbst erhellende Beratungsgespräche mit betroffenen Müttern durchführt. „Bewertung oder ich daran, wenn es gelingt, das Selbstvertrauen der Mutter und damit die Beziehung zum Kind zu stärken“, erklärt die Psychotherapeutin.

Um den Müttern noch mehr Hilfe anzubieten, wäre es sinnvoll, diese in eine Mutter-Kind-Einheit aufzunehmen, wo die Frauen nicht von ihren Kindern getrennt werden. „Leider fehlen die Kapazitäten, obwohl es so viele Frauen betrifft. In ganz Troisdorf ist keine solche Einheit“, bedauert Ramoni. Die Mütter werden meistens nur



Das Baby in den Armen, aber die Geräusche verortet. Viele Mütter zweifeln dann an sich selbst. Foto: pixabay.com

Wie kann man einer Wochenbettdepression vorbeugen?

Tipp für Mütter: Sorgen und Probleme angehen. Den Partner einbinden. Sich Zeit lassen. Kontakt und Hilfepakete geben. Zeit für sich selbst finden. Versuchen, sich Arbeit zu erlauben, um einen Anpassungsprozess zu schaffen. Kontakt mit anderen Müttern aufnehmen.

kurze Zeit im Krankenhaus bleiben. „Wir haben daher auch wir, in Zukunft Fragebogen zu verteilen, um abzuschätzen, wie es den Frauen

Nach im Internet suchen. Wenn möglich, humorvoll mit sich selbst umgehen. Sich von der Familie und Freunden unterstützen lassen. Den Bedarf professioneller Hilfe anerkennen. Wissen, dass man nicht alleine ist, 20 bis 15 Prozent der Frauen leiden an einer postpartalen Depression.

erhalten geht“, erklärt die Oberärztin und beruht zum Schluss. „Aber braucht seine Zeit. Frauen kennen aber sicher sehr, dass sie Strategien

Tipp für Angehörige: Verstehen für die Mutter zeigen. Mütter nicht am Stillen oder Babyberuhigen wehren. Mütter unterstützen, z.B. auf das Kind aufpassen, wenn sie an Schichtmangel leiden. Über das Thema sprechen und nicht unter den Tisch fegen. Wissen, dass Wochenbettdepression jede Frau treffen kann.

entwickeln, um bestmöglich für ihr Kind zu sorgen. Kinder bringen dich an deine Grenzen. Aber nichts ist so schön, wie ein Leben mit Kindern.“

Wenden Sie Ärzte Ihres Vertrauens,
www.zentrum-narkose.de

Stummvoll Award

Spannend gestaltete sich die Vergabe des „Wolfgang Stummvoll Award“ an drei junge Wissenschaftler, die damit für ihre besonderen Forschungserfolge entsprechend gewürdigt wurden sind. Spannend vor allem deshalb, weil zwar die Nominierten bekannt waren, aber erst bei der Preisverleihung vor Ort bekannt gegeben worden ist, wer von ihnen den dritten, den zweiten bzw. den ersten Platz belegt hat! Die drei Forscher haben ihre Arbeiten kurz vor der Übernahme ihrer Auszeichnung präsentiert.



Dr. Birgit Vogler



Dr. Anja Hübner



Dr. Michael Wenz



Fimbriektomie und Prävention des Ovarialkarzinoms

Dr. Birgit Vogler, Medizinische Universität Innsbruck, wird für ihre retrospektive Analyse zur Assoziation zwischen Fimbriektomie und Ovarialkarzinom ausgezeichnet. Die Studienab-

„Die Fimbriektomie scheint also eine wirksame Methode zur Prävention des Ovarialkarzinoms zu sein.“

Angesichts dieser Daten sprechen wir bei Gynäkium sterilisations die Empfehlung zur Fimbriektomie aus.“
(Dr. Hoerner, Innsbruck)

nisse unterstützen die Hypothese, dass Frauen, bei denen eine Sterilisation mittels Fimbriektomie durchgeführt worden ist, weniger häufig Ovarialkarzinome entwickeln als die Frauen in der Kontrollgruppe.

Assoziation zwischen Nierentransplantation und genitalen Dysplasien

Dr. Anja Hübner, Medizinische Universität Wien, wurde nominiert für seine Untersuchung bei 262 Nierentransplantations-Patientinnen. Er konnte nachweisen, dass die Inzidenz an zervikalen, vulvaren und vaginalen HPV-assoziierten Neoplasien in dieser Kollektiv gegenüber der Normalbevölkerung erhöht ist.

Neopterin als prognostischer Marker bei Ovarialkarzinom

Dr. Dr. Birgit Vogler, Gynäkologisches Institut, hat im Rahmen einer AGO-Studie die prognostische Aussagekraft der Neopterinkonzentration – Neopterin wird infolge einer erhöhten zellulären Immunantwort produziert – in ihrem untersucht. Und tatsächlich konnte bestätigt werden,

dass erhöhte Werte bei Patientinnen mit benignen Zystenkarzinom und Borderline-Karzinomen seltener beobachtet werden als bei jenen mit invasiven Ovarialkarzinom und eine Aussage bezüglich eines nachfolgenden Effekts auf den Krankheitsverlauf zulässt.

Bericht:
Mag. Dr. Anita Schneiderbauer

Quelle:
AGO Tagung „Gebärde der Frau“,
8.-10. Mai 2014, Salzburg

Präoperative axilläre US-Untersuchung

Der Lymphknotenstatus ist ein wichtiger Prognosefaktor für das Überleben von Brustkrebspatientinnen. Zusätzlich beeinflusst dessen Kenntnis das chirurgische Vorgehen und die weitere postoperative Therapie. Derzeitiger Standard in der Beurteilung des axillären Lymphknotenstatus stellt die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) dar. Bei mindestens 80 % der Patientinnen ist der Sentinel-Lymphknoten zum Zeitpunkt der Primärdiagnose negativ. Im Vergleich mit der vollen axillären Lymphadenektomie ist diese Methode mit demnach weniger Morbidität für die betroffenen Patientinnen verbunden. Allerdings kann die intraoperative Darstellung des Sentinel-Lymphknotens durch bestimmte Faktoren ungenau bzw. nicht möglich sein. Bedingt durch methodische Probleme in der intraoperativen Darstellung des Sentinel-Lymphknotens, erscheinen zusätzliche diagnostische Maßnahmen zur Beurteilung des axillären Lymphknotenstatus unabhängig. Insbesondere die präoperative axilläre Sonografie hat sich hier als wirksamere und nicht-invasive Methode herausgestellt.

Strategien zur Beurteilung des präoperativen axillären Lymphknotenstatus durch den Operateur

- Bildung ausschließlich bei Patientinnen mit klinisch (palpatory) suspektem, jedoch nicht sicher pathologischem Lymphknoten in der Achselhöhle
- präoperative Bildung bei allen Patientinnen mit invasiven Brustkrebs

Die klinische Untersuchung der Axilla ist jedoch mit einer niedrigen Sensitivität und Spezifität verbunden; viele Patientinnen

(~ 40 %) werden mittels Palpation in der Axilla falsch beurteilt. Somit wird heute generell eine axilläre Sonografie bei allen Patientinnen mit einer invasiven Brustkrebsdiagnose empfohlen.

Sonografische Beurteilung axillärer Lymphknoten: Der axilläre Ultraschall weist eine moderate Sensitivität und eine hohe Spezifität auf (Tab. 1) – insbesondere wenn primär morphologische Kriterien zur Lymphknotenbeurteilung herangezogen werden.

Die alleinige sonografische Beurteilung der Größe der axillären Lymphknoten zeigt eine deutlich eingeschränkte diagnostische Genauigkeit. Deshalb wird bei alleiniger Vergrößerung von axillären Lymphknoten empfohlen, diesen Aspekt nicht in Trägersstellung zu verwenden. Der „strukturelle“ axilläre Lymphknoten sollte oval konfiguriert sein und eine dünne, klar definierte Kapsel aufweisen. Der Kern des Lymphknotens sollte sonografisch hypoechogen und gleichmäßig breit (2 mm oder weniger) sein. Lymphknoten, die diese Charakteristika aufweisen, sind mit hoher Wahrscheinlichkeit frei von Abdeckungen. Der echogene Hilus sollte den Hauptbestandteil des Lymphknotens darstellen.

Histologische Bestätigung des sonografischen Befundes mit Fine-Needle-Aspiration (FNA) oder Core-Needle-Biopsie (CNB): Bei sonografischem Verdacht auf eine Lymphknotenmetastase wird vor Verzicht auf eine SLNB und primär geplanter Axilladuktomie eine histologische Diagnoseerhebung empfohlen. Die Ergebnisse von Studien, welche die Wertigkeit Ultraschall gesteuerter FNA untersuchen, zeigen eine



Priv.-Doz.
Dr. Michael Hubalek¹



GA
Dr. Martin Denzau²

Brustkrebsteilnehmer Trial
¹ Department für Gynäkologie und Geburtshilfe,
² Department für Radiologie,
Medizinische Universität Innsbruck

Sensitivität der FNA in einem Bereich von 25–87,3 %, im Gegensatz dazu hat die CNB den Vorteil, dass man hiermit die Sensitivität auf 90 bis 94 % steigern kann. Jedoch stellen der höhere technische Aufwand und das Stereopskopen einen Nachteil dieser Methoden dar.

ZUSAMMENFASSUNG: Derzeit stellt der präoperative Ultraschall der Axilla beim primären Mammakarzinom eine unbedingte Voraussetzung zur optimalen chirurgischen Therapie dar. Allerdings wird dies durch die aktuellen Ergebnisse der ACOG-2011-Studie befragt in Frage gestellt. In dieser Studie konnte ja gezeigt werden, dass bei klinisch unzufälligen axillären Lymphknoten auf eine weiterführende Axilladuktomie bei positiver Sentinel-Lymphknoten verzichtet werden kann. Diese Studie weist jedoch Schwächen auf und deshalb können die Ergebnisse noch nicht unmisslich in die Praxis umgesetzt werden. Im klinischen Alltag hat der axilläre Ultraschall nach wie vor einen festen und sehr wichtigen Stellenwert.

Tab. 1 Auswahl von wissenschaftlichen Studien zur Wertigkeit der sonografischen Beurteilung von axillären Lymphknoten

Studie	Sensitivität	Spezifität	Positive Predictive Value (PPV)	Negative Predictive Value (NPV)
Meta-Analyse (Naranjo et al., 2006)				
Beurteilung von morphologischen Kriterien	26,4–79,5 %	88,6–98,1 %
Beurteilung der Größe der Lymphknoten	40,8–87,1 %	55,6–97,3 %	69 %	72 %
Abe et al., 2009	84 %	53 %	53 %	...
Molinero et al., 2010	94 %	72 %



Weltfrauentag: Die Zukunft der Frauenheilkunde wird weiblich

Immer mehr junge Ärztinnen entscheiden sich für das Fach Frauenheilkunde: Unter 20 Fachärztinnen in der Ausbildung sind am Innsbrucker Department für Frauenheilkunde zwei Männer. Auch in Führungspositionen sollen mehr Frauen nachrücken. Die Medizinische Universität Innsbruck hat daher im vergangenen Jahr Univ.-Prof.in Dr.in Nicole Concin als Professorin für Experimentelle Frauenheilkunde berufen. Ihre Teilzeitprofessur ist ein Novum und deutliches Signal für eine zeitgemäße Personalpolitik.

Seit Jahren ist bemerkbar, dass sich immer mehr Frauen für das Fach Frauenheilkunde entscheiden. Während sich aktuell mehr Frauen als Männer für eine Ausbildung zur Fachärztin der Frauenheilkunde entscheiden, herrscht bei der Geschlechterverteilung unter den 20 Oberärztinnen am Innsbrucker Department für Frauenheilkunde bereits die angestrebte 50-Prozent-Quote. Ein Trend, der nicht nur in Österreich zu erkennen ist. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe veröffentlichte kürzlich Zahlen dazu: Auf vier Ärztinnen, die die Facharztprüfung zur Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland ablegen, kommt nur noch ein Mann. „Kein anderes medizinisches Fach hat eine so hohe Frauenquote“, erklärt Univ.-Prof.in Nicole Concin. Rektor Univ.-Prof. Dr. Herbert Luchs hat die Oberärztin des Department für Frauenheilkunde im vergangenen Jahr als Professorin für Experimentelle Frauenheilkunde berufen. Damit berichtet die Medizinische Universität Innsbruck nicht nur über eigene Zahlen zur Frauenförderung sondern setzt ein deutliches Zeichen dafür, dass Frauen auch in den Führungspositionen der Frauenheilkunde nachrücken sollen. Erbaut über diesen Trend ist auch der Direktor des Innsbrucker Department für Frauenheilkunde Univ.-Prof. Dr. Christian Marth: „Lange Zeit war unser Fach eine Männerdomäne. Es freut mich, dass jetzt auch Frauen nachkommen, die exzellente Arbeit leisten. Professorin Concin ist ein gutes Beispiel dafür, welche hervorragende Expertise Frauen nicht nur durch ihre klinische Versorgung, sondern auch in der wissenschaftlichen Forschungsarbeit haben.“ Die Wertigkeit der Zusammenarbeit zwischen einem Frauenarzt und einer Frauenärztin wird als ein wesentliches Qualitätsmerkmal der zeitgemäßen gynäkologischen Versorgung angesehen. „Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Frauen und Männern ist daher wünschenswert“, erklärt der derzeitige Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Teilzeitprofessur: Zeitgemäßes Angestelltenverhältnis im Sinne der Frauenförderung

Die Frauenförderung und damit auch verbunden die Steigerung der Frauenquote in leitenden Positionen ist ein erklärtes Ziel der Medizinischen Universität Innsbruck und besonderes Anliegen der Vizepräsidentin für Personal, Personalentwicklung und Gleichbehandlung, Univ.-Prof.in Dr.in Heide Fritsch: „Eine wichtige Voraussetzung für eine Förderung von Frauen ist die Möglichkeit einer flexiblen und zeitgemäßen Gestaltung des Angestelltenverhältnisses. In diesem Aspekt übernimmt die Medizinische Universität Innsbruck eine wichtige Verantwortung in Österreich.“ So ist Univ.-Prof.in Dr.in Nicole Concin eine der ersten Frauen in Österreich, der eine Teilzeitprofessur ermöglicht wurde. Die insbesondere für ihre Forschungsarbeiten zum Ovarialkarzinom renommierte Forscherin nutzt diese Möglichkeit, um weiterhin auch ihre Tätigkeit als Oberärztin an der Innsbrucker Frauenklinik auszuüben und nicht nur experimentell tätig zu sein. „Ich sehe meine Teilzeitprofessur als wichtiges Signal an die Frauen, dass es Möglichkeiten gibt, Beruf und Familie miteinander auch in Führungspositionen zu vereinen“, erklärt Univ.-Prof.in Concin. Auch für Univ.-Prof. Dr. Christian Marth ist diese Vereinbarkeit ein wichtiger Aspekt. „Viele unserer ausgebildeten Fachärztinnen nutzen die Möglichkeit in Teilzeit zu arbeiten. Ich finde es aber auch wünschenswert, wenn es in diesem Bereich zu einem neuen Rollenverständnis kommt. Mehr Männer sollten sich in der Kindererziehung engagieren und damit auch einen Beitrag zu verbesserten wissenschaftlichen Karrieremöglichkeiten von Frauen leisten“, meint Univ.-Prof. Dr. Christian Marth.

Maltherapie in der Frauenklinik Innsbruck Gynäkologische Onkologie Station 3 und Sonderstation 1



Krebs macht sprachlos, wütend, traurig, verzweifelt aber auch kämpferisch
eine Ausstellung von Patientinnen in außergewöhnlichen Situationen.
Maltherapeutisch begleitet von Margit Riedmann

Vernissage mit Buffet

am Dienstag 25. November

um 17:00

Brustambulanz 2. Stock in der Frauen und Kopfklinik

Aus dem Leben herausgerissen

Anfang Juni 2013 fand in der Gynäkologischen Ambulanz der Frauen- und Kopfklinik Innsbruck eine Vernissage mit Bildern von Patientinnen statt, die während der Teilnahme an der dortigen Mal- und Kunsttherapie unter Leitung von Margit Riedmann entstanden sind.

Die Kunstwerke haben ihren Ursprung in der Krankengeschichte. Sie werden in der Symbolsprache, die Ausdruck braucht, wie Angst, Freude oder Hoffnung, der Öffentlichkeit sichtbar gemacht. Damit wird aufgezeigt, dass es in der Maltherapie nicht um das Schaffen von echten Kunstwerken geht, sondern um das, was während des Malens bei der Patientin bewirkt wird. Die Künste selbst sollen zu Heilkünsten werden, indem man sie so ausübt, dass das Bild die Patientin auf ihrer Gefühlsebene erreicht.

Zur Ausstellung wurden symbolhaft Schaufensterfiguren in einer sitzenden Position dazu gestellt. Sie sind mit einem Bademantel bekleidet, das Gesicht ist durch eine weiße Maske verdeckt. Über die Gruppe der Schaufensterpuppen ist ein pinkfärbiges Band gelegt, das sie in der Hand halten. Die Maske bietet Schutz vor der inneren Verletzlichkeit, das Band in pink symbolisiert die Krebsvorsorge und verbindet die Frauengruppe. Die Mal- und Kunsttherapie an der Frauenklinik hat sich seit Jahren bewährt. Interessierten können eine DVD oder Vorträge über Malprozesse auf Anfrage angeboten werden.

11. Adressen Gynäkologie/Geburtshilfe

Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

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

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

christian.marth@tirol-kliniken.at
DW: -230 50

Sekretariat: Ingrid Zeimet-Kirchmair

ingrid.kirchmair@tirol-kliniken.at
DW: -230 51

StudentInnensekretariat: Margit Bültemeyer

margit.bueltemeyer@ tirol-kliniken.at
DW: -257 50

Klinikmanager: Mag. Franz Preishuber

franz.preishuber@tirol-kliniken.at
DW: -231 05
Fax: -67 231 05

Geschäftsführender Oberarzt: OA Dr. Otto Huter

otto.huter@tirol-kliniken.at
DW: -230 51

Pflegedienstleitung: DGKP Thomas Praxmarer

thomas.praxmarer@tirol-kliniken.at
DW: -810 65

Studienzentrale: AGO

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

Studienzentrale: Mamma

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

Tumordatenbank

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

11.1. Ambulanzen und Sprechstunden

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

Name	Tag/Zeit/Telefon	Sonstiges
Akutfälle	MO-FR, 15:30-08:00 Uhr SA+SO 00:00-24:00 Uhr Ort: MZA-Notfallaufnahme Telefon: +43 (0)50 504	ohne Termin
ALLG. AMBULANZ	MO-FR 08.00-15.30 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Leitstelle Telefon:+43 (0)50 504-23060	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr) iki.fr.ambulanz@ tirol-kliniken.at
Allg. Ambulanz ABENDSprechstunde Mo: OA Dr. S. Fessler, Di: OA Dr. S. Kropshofer, Mi: Ass.-Prof. Dr. E. Sölder	MO-FR 16:00-17:30 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Leitstelle Telefon:+43 (0)50 504-23060	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr)
Allg. Ambulanz HIV-Sprechstunde	DI+MI 12:00-13:30 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Leitstelle Telefon:+43 (0)50 504-23101	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr)
Allg. Ambulanz KVF-(Dysplasie-)Sprechstunde	Ort: Haus3-FKK 2.St. Leitstelle Telefon: +43 (0)50 504-23060	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr)
Allg. Ambulanz MIGRANTINNENSprechstunde Vreme prijema za imigrantkinje na klinici za ginekologiju i akušerstvo Kadin kliniğinde göçmen kadınlar için muayene saatleri	Ort: Haus3-FKK 2.St. Leitstelle Telefon: +43 (0)50 504-23060	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 08.00-12.00 Uhr) Muttersprache und allf. Dolmetschbedarf angeben
BrustGesundheitZentrum- Sprechstunde	MO-FR 08.00 - 15.30 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Zi.24 Telefon: +43 (0)50 504-23075	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 14.00-15.30 Uhr) iki.fr.brustambulanz@ tirol-kliniken.at
HEBAMMENSprechstunde	MO-FR 13:00-15:00 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Zi.123 Telefon: +43 (0)50 504-81462	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 13.00-15.30 Uhr) Kreißsaal-Führung: jeden Mo+Do 15.00 iki.fr.hebammenambulanz@tirol-kliniken.at
Hebammensprechstunde AKUPUNKTUR zur Geburtsvorbereitung	MI+FR 13:00-15:30 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Zi.123 Telefon: +43 (0)50 504-81463	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 13.00-15.30 Uhr)

Name	Tag/Zeit/Telefon	Sonstiges
ONKOLOGIEsprechstunde	MO-FR 08.00 - 15.30 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Zi.20 Telefon: +43 (0)50 504-23064	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 09.00-13.00 Uhr) lki.fr.onkoambulanz@ tirol-kliniken.at
Onkologiesprechstunde familiär bedingte MALIGNOME	MO 11:30-13:45 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Zi.20 Telefon:+43 (0)50 504-23064	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 09.00-13.00 Uhr)
SCHWANGERENSprechstunde	MO-FR 08.00 - 15.00 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Zi.34 Telefon:+43 (0)50 504-23070	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 13.00-15.00 Uhr) lki.fr.schwangeren-ambulanz@tirol-kliniken.at
Stillambulanz	MO+DO 08:00-13:00 Uhr Ort: Haus3-FKK 5.St. Mutter-Kind-Station Telefon: +43 (0)50 504-82151	Termin nach telefonischer Vereinbarung lki.fr.stillambulanz@ tirol-kliniken.at
ULTRASCHALL FETALMEDIZIN	MO-FR 08.00 - 15.30 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Zi.56 Telefon: +43 (0)50 504-23057	Termin nach telefonischer Vereinbarung (MO-FR 13.00-15.00 Uhr) lki.fr.fetalmedizin@ tirol-kliniken.at
URODYNAMIK	MO-DO 08.00 - 15.30 Uhr Ort: Haus3-FKK 2.St. Zi.45 Telefon: +43 (0)50 504-23098	Termin nach telefonischer Vereinbarung (DI-Do 08.00-15.00 Uhr) lki.fr.urodynamik@ tirol-kliniken.at

11.2. Labore – Physikal. Therapie – Sozialberatung

Morphologisches Labor

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

Labor für klinische Biochemie

Haus3-FKK, 2. Stock
lki.fr.biochem-labor@tirol-kliniken.at
DW: -231 13

Physikalische Therapie

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

Sozialberatung

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

11.3. Entbindungsabteilung

Kreißsaal

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

Geburtshilfestation

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

11.4. Pflegestationen

Station Gynäkologie 1 (Sonderstation)

Haus3-FKK | 5. Stock
lki.fr.gyn1-station@tirol-kliniken.at
DW: -241 10
Besuchszeiten: übliche Tageszeit

Station Gynäkologie 2 (Operativ – Schwangere)

Haus3-FKK | 5. Stock
lki.fr.gyn2-station@tirol-kliniken.at
DW: -241 20
Besuchszeiten: täglich 14.00–20.00

Station Gynäkologie 3 (Onkologie + Mamma)

Haus3-FKK | 6. Stock

lki.fr.gyn3-station@tirol-kliniken.at

DW: -241 50

Besuchszeiten: täglich 14.00–20.00

Tagesklinik Gyn 3 (Chemotherapie)

Haus3-FKK | 6. Stock

lki.fr.gyn3-station@tirol-kliniken.at

DW: -255 42

Tagesklinik Gyn 4 (Operativ)

Haus3-FKK | 6. Stock

lki.fr.gyn4-tk@tirol-kliniken.at

DW: -828 51

Mutter-Kind-Station (Wochenstation)

Haus3-FKK | 5. Stock

lki.fr.muki@tirol-kliniken.at

DW: -241 30

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

11.5. Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Konsiliar-Liaisondienst der Frauenambulanz

Sie können uns erreichen

• wenn Sie stationär sind:

über die Ärzte bzw. das Pflegepersonal der Univ. Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

• wenn Sie zuhause sind:

an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie

Frauenambulanz

Schöpfstraße 23a, Innsbruck

Terminvereinbarungen Mo–Fr: 8.30–11.30

Tel.: +43 (0) 50 504-261 17

lki.pl.med-psych-amb@tirol-kliniken.at

11.6. Psychoonkologische Ambulanz

Haus3-FKK, Eingangsbereich rechts

Terminvereinbarung Mo–Fr: 9.00–11.00

Tel.: +43 (0)50 504-236 91

lki.ps.psychoonko@tirol-kliniken.at

Sekretariat: Birgit Wolfsgruber

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Anne Oberguggenberger

Mo–Fr 8.00–16.30

Tel.: +43 (0) 50 504-82 585 oder durch Vermittlung über das onkologische Behandlungsteam

12. Adressen Endokrinologie

Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

A-6020 Innsbruck · Anichstraße 35
info@kinderwunsch-zentrum.at
www.kinderwunsch-zentrum.at
Tel.: +43 (0)50 504-232 76 (zum Ortstarif)
Fax: +43 (0)50 504-232 77
Haus13-HNO, 1. Stock

Vorstand: O. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt

ludwig.wildt@i-med.ac.at
DW: -232 76

Sekretariat

DW: -232 76

Sprechstunde (DW -230 68)

	Tag	Zeit
Endokrinologische Sprechstunde und IVF	Mo–Fr	nach Vereinbarung
First-Love- Sprechstunde	Di + Do	14.00– 15.30
Hormonsprechstunde (Abortus habituais)	Mo–Fr	nach Vereinbarung
Hormonsprechstunde (Menopausensprechstunde)	Mo–Fr	nach Vereinbarung
Spezialsprechstunden	Mo–Fr	nach Vereinbarung
• Kinderwunsch (IVF)		
• hormonelle Störungen		
• Wechseljahresbeschwerden		
• zyklusabhängige Erkrankungen		
• hormonelle Erkrankungen in der Schwangerschaft		
• Fehlgeburtsneigung		
• Transsexualität		
• spezielle Probleme der Empfängnisverhütung		
• verstärkte Behaarung, Hormonstörungen bei Kindern		

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

Impressum:

Jahresbericht 2013/2014 des Department Frauenheilkunde Innsbruck
Herausgeber und f.d.l.v.: O.Univ.-Prof. Dr. Christian Marth
Redaktion: Mag. Franz Preishuber
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Telefon +43(0)50504-23051
lki.fr.klinikleitung@tirol-kliniken.at, www.frauenklinik.at
www.BrustGesundheitZentrum.at
Fotos (falls nicht anders angegeben): Thomas Jenewein
Titelbild: Christian Marth
Herstellung: Druckerei Pircher GmbH, www.pircherdruck.at

www.tirolersparkasse.at/aerzte

**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.

Für Ihr gesundes Geldleben: Ihr s Ärzteservice.

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

Unser Angebot speziell für Ärzte:

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

Ihre Ansprechpartner:

Herbert Wötzer

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



Andrea Außerlechner

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



Mag. Katharina Wagensonner

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



Lageplan

Im folgenden Text werden diese Nummern – z. B. **1** – bei den Ortsangaben angeführt. Ein Stadtplan (mit eingezeichneten Parkgaragen) ist auf der Außenseite des Umschlages hinten ersichtlich.

P+R Anlieferungsplätze für private PatientInnen-Transporte mit barrierefreiem Zugang

1 Portiere

Ein- / Ausfahrt Schöpfstraße/ Fritz-Pregl-Straße

+43 50 504-222 77 rund um die Uhr

1 Medizin-Zentrum Anichstraße (MZA)

+43 50 504-271 22 rund um die Uhr

2 Gebäude Innere Medizin

+43 50 504-232 55

Montag bis Freitag 8.00 bis 16.00 Uhr

3 Frauen-Kopfkllinik-Gebäude

+43 50 504-240 65

Montag bis Freitag 7.00 bis 20.00 Uhr,
an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen
7.30 bis 19.00 Uhr

5 Kinder- und Herzzentrum

+43 50 504-236 00 rund um die Uhr

8 Chirurgie-Gebäude

Haupteingang, +43 50 504-223 05 rund um die Uhr
Unfallchirurgie im Chirurgie-Gebäude
+43 50 504-228 25 rund um die Uhr

A An- und Abmeldung

1 Medizin-Zentrum Anichstraße (MZA)

+43 50 504-220 44

8 Chirurgie-Gebäude

+43 50 504-244 81

