

Department Frauenheilkunde Innsbruck

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



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

Jahresbericht 2010

Zur First-Line-Behandlung von metastasiertem Brustkrebs*



Freie Bahn für die Wirksamkeit

Myocet[®]
(liposomal doxorubicin)



Die volle Anthrazyklin-Wirksamkeit nutzen

* Myocet[®] in Kombination mit Cyclophosphamid ist für die First-Line-Behandlung von metastasiertem Brustkrebs bei erwachsenen Frauen angezeigt

Myocet[®] 50 mg Pulver und Beimischungen für ein Konzentrat zur Herstellung einer liposomalen Infusionsdispersion. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: Liposomenverkapselter Doxorubicin-Citrat-Komplex, entsprechend 50 mg Doxorubicinhydrochlorid. Sonst. Bestandt.: Myocet-Doxorubicin-HCl: Lactose; Myocet-Liposomen: Phosphatidylcholin, Cholesterol, Citronensäure, Natriumhydroxid, Wasser f. Injekt.zwecke; Myocet-Puffer: Natriumcarbonat, Wasser f. Injekt.zwecke; das rekonstituierte Arzneimittel enthält ca. 108 mg Natrium in einer 50 mg Doxorubicin-HCl-Dosis. **Anwendungsgebiete:** In Kombination mit Cyclophosphamid für die First-line-Behandlung von metastasiertem Brustkrebs bei erwachsenen Frauen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoff, die Beimischungen od. einen d. sonst. Bestandteile. **Wirkstoffgruppe:** Antineoplastische Mittel, Anthracycline und verwandte Substanzen, ATC-Code: L01DB01. **Zulassungsinhaber:** Cephalon Europe, 5 Rue Charles Martigny, 94700 Maisons Alfort, Frankreich. **Ansprechpartner/Kontakt:** Cephalon GmbH, Landsberger Str. 94, 80339 München, Deutschland. **Rezept- und apothekenpflichtig. Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand: April 2011.**

Cephalon[®]
Oncology | 

Inhaltsverzeichnis

Christian Marth	5
Ludwig Wildt	6
1. Team Frauenheilkunde	7
1.1. Team Gynäkologie und Geburtshilfe	8
1.2. Team Endokrinologie	8
1.3. Gegenfach, Karenz	8
2. Struktur	10
2.1. MitarbeiterInnen.....	10
2.2. Organigramm	11
3. Berichte	13
3.1. Geburtshilfe	14
3.1.1. Fetalmedizin	17
3.1.2. Laufende Studien der Perinatal Gruppe und der Fetal Research Group.....	20
3.1.3. Zusammenarbeit Geburtshilfe – Neonatologie	21
3.1.4. Studie zur Ernährung des Säuglings und Kleinkindes in den ersten zwei Lebensjahren in Tirol – erster Bericht	22
3.1.5. Projekt „WiR werden Eltern“	27
3.2. Gynäkologie	33
3.2.1. Urodynamik – Beckenbodenzentrum	33
3.2.2. Diagnose: Gewalt! – Diagnosi: Violenza!.....	35
3.3. Onkologie	39
3.3.1. Familiäre Malignome	42
3.3.2. Loas 2010	44
3.3.3. AGO-Studienzentrale Österreich	46
3.3.4. Kosmetikseminar	48
3.4. Brustzentrum d. Frauenheilkunde im Rahmen des BrustGesundheitZentrumTirol	50
3.4.1. BCN – Breast Care Nurse.....	53
3.5. Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	55
3.5.1. Kinderwunschprechstunde	56
3.5.2. First-Love-Ambulanz.....	57
3.5.3. Fertilitätsprotektion unter gonadotoxischer Therapie	57
3.5.4. Transgender.....	60
3.6. Morphologisches Labor	61
3.7. Biochemisches Labor	68
3.8. IVF-Labor und assistierte Reproduktion	71
3.9. Pflege	73
3.10. Sozialberatung	75

1.

2.

3.

3.11.	Physiotherapie	76
3.12.	Psychosomatisch-psychotherapeutischer Konsiliar-Liaisondienst	77
3.13.	Psychoonkologisches Betreuungskonzept	79
3.14.	Klinikseelsorge – Lebenszusammenhänge	81
3.15.	Migrant Girls'Day	83
3.16.	Webseiten	85
3.16.1.	www.frauenklinik.at	85
3.16.2.	www.brustgesundheitszentrum.at	87
3.16.3.	www.kinderwunsch-zentrum.at	88

3.

4.	Highlights	90
4.1.	MitarbeiterInnen-Kinder: geboren 2010	90
4.2.	Seit 2010 neu im Haus und herzlich willkommen	91
4.3.	Regina Berger: Förderpreis Österreichische Krebshilfe.....	92
4.4.	Prof. Dr. Günter Daxenbichler	93
4.5.	Marianne Gutmann.....	95
4.6.	Wolfgang Biasio: Zertifikat klinischer Embryologe.....	96
4.7.	Verena Mattle: Hugo-Husslein Preis	97

4.

5.

5.	Klinisches Leistungsspektrum	100
	Ambulanzen.....	100
	Stationen	100
	Einzugsgebiet	101
	Altersstruktur	102
	MitarbeiterInnen.....	102
	Erlöse – Aufwand	104
5.1.	Ambulanzen	105
5.1.1.	Allgemeine Ambulanz	105
5.1.2.	Brustambulanz (BrustGesundheitZentrum Tirol)	105
5.1.3.	Endokrinologische Ambulanz	106
5.1.4.	Onkologische Ambulanz	106
5.1.5.	Schwangerenambulanz	106
5.1.6.	Ultraschall	107
5.1.7.	Urodynamik	107
5.2.	Sprechstunden	108
5.2.1.	Dysplasie	108
5.2.2.	Familiäre Malignome	108
5.2.3.	HIV	108
5.2.4.	Migrantinnen.....	108
5.3.	Labore	109
5.3.1.	Morphologisches Labor	109
5.3.2.	Labor für klinische Biochemie.....	109

5.4.	Physikalische Therapie	110
5.5.	Sozialarbeit	110
5.6.	Geburtshilfe	112
5.6.1.	Hebammen-, Entbindungs- u. Stillambulanz	112
5.6.2.	Geburtshilfe-Station	112
5.6.3.	Kreißsaal – Geburten	113
5.7.	Pflegestationen	115
5.7.1.	Station Gynäkologie I (Privatstation)	115
5.7.2.	Station Gynäkologie II (Operativ)	115
5.7.3.	Station Gynäkologie III (Onkologisch)	116
5.7.4.	Station Gynäkologie IV (Konservativ/ Schwangere – Mamma)	116
5.7.5.	Tagesklinik	117
5.7.6.	Station Mutter-Kind (Wochenstation)	117
5.8.	OP-Statistik	118
5.8.1.	Gynäkologische Onkologie	118
5.8.2.	Gutartige Indikationen	120
5.8.3.	Geburtshilfe	121
6.	Qualität ist uns wichtig!	122
6.1.	Patientinnen-Zufriedenheit	122
6.2.	Qualitätsmanagement	124
6.3.	Risikomanagement	125
7.	Forschung	126
7.1.	Publikationen Gynäkologie u. Geburtshilfe	126
7.2.	Publikationen Endokrinologie	134
7.3.	Laufende Studien	140
7.3.1	Mamma-Studien	140
7.3.2.	Gyn. Onkologie-Studien	143
7.3.3.	Geburtshilfliche Studien	145
7.3.4.	Studienpatientinnen	148
7.3.5.	Endokrinologische Studien	150
7.4.	Präklinische Projekte	152
8.	Lehre	154
8.1.	Lehrangebot im WS 2009/2010 und SS 2010	154
8.2.	Dissertationen/Diplomarbeiten	157
9.	Fortbildungen	159
9.1.	Montagskonferenzen	159
9.2.	Fach-Fortbildungen	161

5.

6.

7.

8.

9.

10. Pressespiegel171

11. Adressen Gynäkologie/Geburtshilfe199

12. Adressen Endokrinologie204

Impressum:Umschlagseite 3



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ich freue mich, Ihnen den Jahresbericht 2010 des Departements Frauenheilkunde und der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe vorstellen zu können. Wie immer, sollen Sie mit dem Jahresbericht einen Überblick über unsere Leistungen erhalten. Insgesamt beobachten wir eine deutliche Zunahme an Leistungen bei unseren Kernkompetenzen, die Dank flankierender Maßnahmen im Qualitätsmanagement nicht nur in der Quantität zunehmen. Insgesamt steht unsere Klinik national und international exzellent aufgestellt da. Mit der Präsidenschaft der ÖGGG und AGO sowie auch internationaler Funktionen in hoch angesehenen wissenschaftlichen Gesellschaften, wie ESGO, GCIG oder ENGOT, bin ich über die Entwicklung der Frauenklinik außerordentlich glücklich.

Die Zukunft wird jedoch deutlich schwieriger, die Umsetzung des RSG bedeutet für die Gynäkologie in Tirol einen deutlichen Schritt zurück. Leider müssen wir erkennen, dass Frauen keine wirkliche Lobby haben, und wir werden zunehmend gezwungen sein, aus wirtschaftlichen Gründen Leistungen, die bisher im stationären Bereich angeboten worden sind, in die Tagesklinik zu verlagern. Wir nehmen diese Herausforderung an und werden mit einem ausgezeichneten Organisationsmodell die optimale medizinische und menschliche Betreuung der Patientinnen sicherstellen.

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

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

das Jahr 2010 brachte an der Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin eine kontinuierliche Fortsetzung unserer bisherigen erfolgreichen Arbeit in allen Bereichen der Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin.

Mitarbeiter der Klinik waren auch 2010 auf zahlreichen nationalen u. internationalen wissenschaftlichen Kongressen vertreten und haben neue in Innsbruck erarbeitete Daten präsentiert. Die Qualität dieser Arbeit wurde durch die Verleihung wissenschaftlicher Preise u. Stipendien an Dr.ⁱⁿ Katharina Winkler, Dr.ⁱⁿ Therese Czech u. Dr. Andreas Gschließer sowie die Verleihung der höchsten Auszeichnung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe, den Hugo Husslein Preis an Frau Dr.ⁱⁿ Verena Mattle anerkannt. Darüber hinaus waren Mitarbeiter der Klinik in österreichischen und internationalen Expertengremien und Advisory Boards zu Fragen der Hormonersatztherapie und der Kontrazeption tätig.

Im Oktober 2010 wechselte Prof. Dr. Christoph Brezinka aus der Stammklinik in unsere Klinik über, Frau Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher von der Universitätsklinik in Göttingen verstärkt unser Team.

Wir freuen uns ganz besonders darüber, dass Dr. Wolfgang Biasio (Tizian), Frau Dr.ⁱⁿ Ziehr (Carlotta), Frau Dr.ⁱⁿ Seeber (Raphael) und DGuKS Nadine Pfisterer (Emilia) auch im privaten Bereich unseren Ruf als fruchtbare Klinik gefördert haben.

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

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

1. Team Frauenheilkunde

1.

Department Frauenheilkunde	
O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth Gf. Klinikdirektor	
DGuKS Elisabeth Schmid Pflegedienstleitung	
DGuKS Eva Triendl PDL-Stellvertreterin	
Mag. Franz Preishuber Klinikmanager	
Gf.OA Dr. Otto Huter Qualitätsentwicklung u. klin. Risikomanagement	
Univ.-Klinik f. Gynäkologie und Geburtshilfe	Univ.-Klinik f. Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
O. Univ.-Prof. Dr. Christian Marth Direktor	O. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt Direktor
A. Univ.-Prof. Dr. Alain G. Zeimet OA Dr. Siegfried Fessler Stellvertreter	OÄ Dr.in Stephanie Ziehr Stellvertreterin
Leitungskreis (monatlich) Christian Marth, Alexandra Ciresa-König, Siegfried Fessler, Elisabeth Müller-Holzner, Franz Preishuber, Angela Ramoni, Alain G. Zeimet	
KlinikKommunikationsKreis (quartalsweise) Christian Marth, Siegfried Fessler, Annemarie Frank, Petra Guggenberger, Marianne Gutmann, Anna Harm, Michael Hubalek, Andrea Lawatsch, Elisabeth Müller-Holzner, Franz Preishuber, Günther Putz, Angela Ramoni, Elisabeth Schmid, Regina Stadlmeier, Alain G. Zeimet	
OberärztInnen-Konferenz (sechswöchentlich)	

1.1 Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

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

1.2 Univ.-Klinik für gynäkologische Endokrinologie und Infektionskrankheiten

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

1.3 Gegenfach, Karenz

Gegenfach	
Karenz	Ass.-Prof. Dr. Kurt Heim

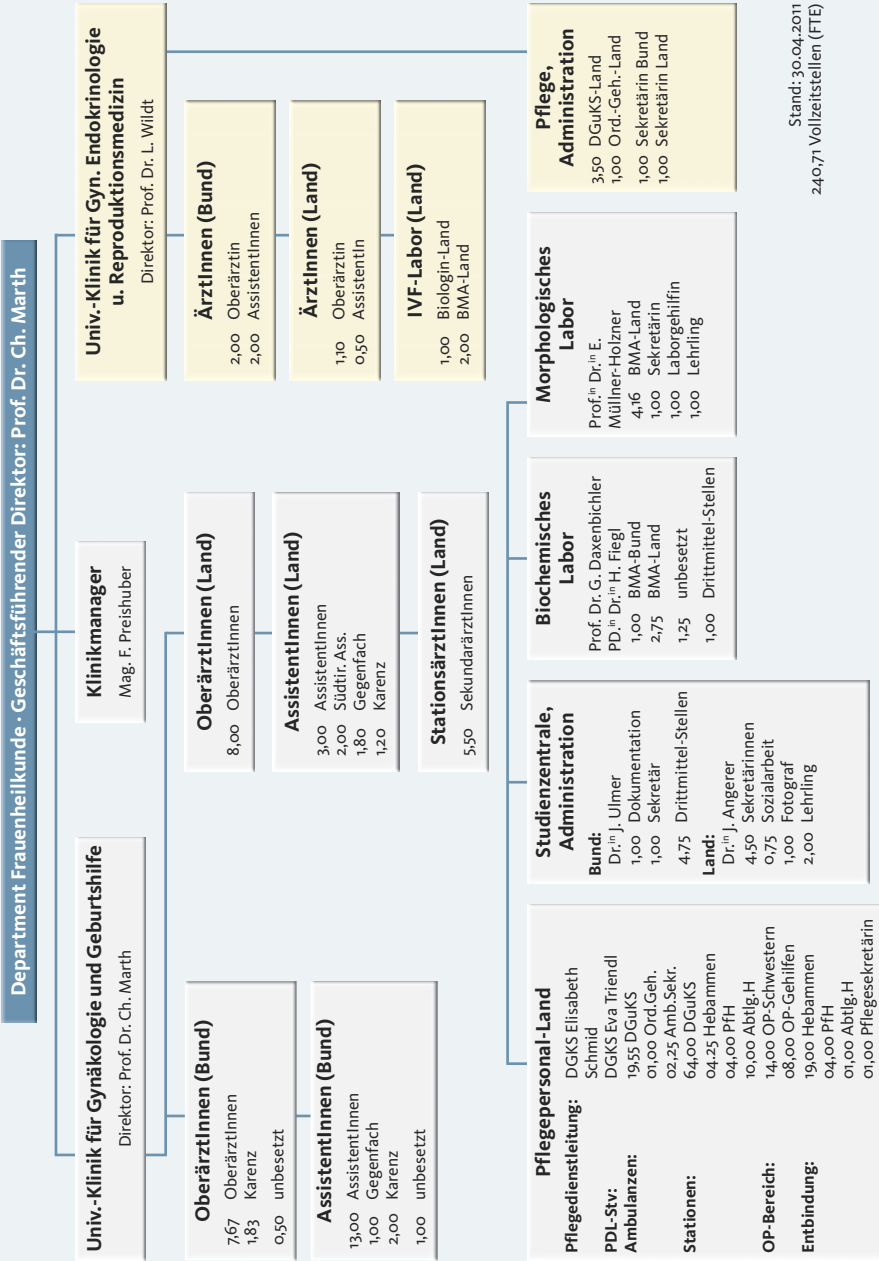
	Assistenten/innen	Stationsärzte/innen	Leitende Stationsschwester/BMA
Sonographie			
	Dr. ⁱⁿ Nihal Net Dr. Andreas Gschließer Dr. ⁱⁿ Evelyn Weissenböck	Dr. ⁱⁿ Branka Firulovic	<i>Kreißsaal + Geburtshilfestation:</i> Dipl. Heb. Anna Harm <i>Mutter-Kind-Station:</i> DGuKS Luzia Köfler <i>Gynäkologie 4:</i> DGuKS Belinda Posch
	Dr. ⁱⁿ Regina Achleitner Dr. ⁱⁿ Elisabeth Grubinger		
Malignome			
	Dr. ⁱⁿ Theresa Czech Dr. ⁱⁿ Eva-Maria Strobl	Dr. ⁱⁿ Jasmina Suljkanovic	<i>Gynäkologie 1:</i> PDL-Stv. DGuKS Eva Triendl
	Dr. ⁱⁿ Silvana Campe Dr. ⁱⁿ Doris Huemer Dr. ⁱⁿ Christine Weger	Dr. ⁱⁿ Petra Wiesbauer <i>Tagesklinik:</i> Dr. ⁱⁿ Johanna Salzer Dr. ⁱⁿ Hildegard Wegscheider	<i>Gynäkologie 3:</i> DGuKS Anna-Maria Frank
	Dr. ⁱⁿ Magdalena Ritter Dr. ⁱⁿ Johanna Tiechl Dr. ⁱⁿ Anouk Wagener	N.N.	
	Dr. ⁱⁿ Christine Weger		BMA Mag. ^a Martina Chamson
	Dr. ⁱⁿ Astrid Berger Dr. Florian Kraxner Dr. ⁱⁿ Verena Porto	Dr. ⁱⁿ Elisabeth Horvath Dr. ⁱⁿ Bettina Geiger-Wiedermann	<i>Gynäkologie 2:</i> DGuKS Maria-Luise Holzknecht <i>Ambulanzen:</i> DGuKS Regina Stadlmeir

Reproduktionsmedizin

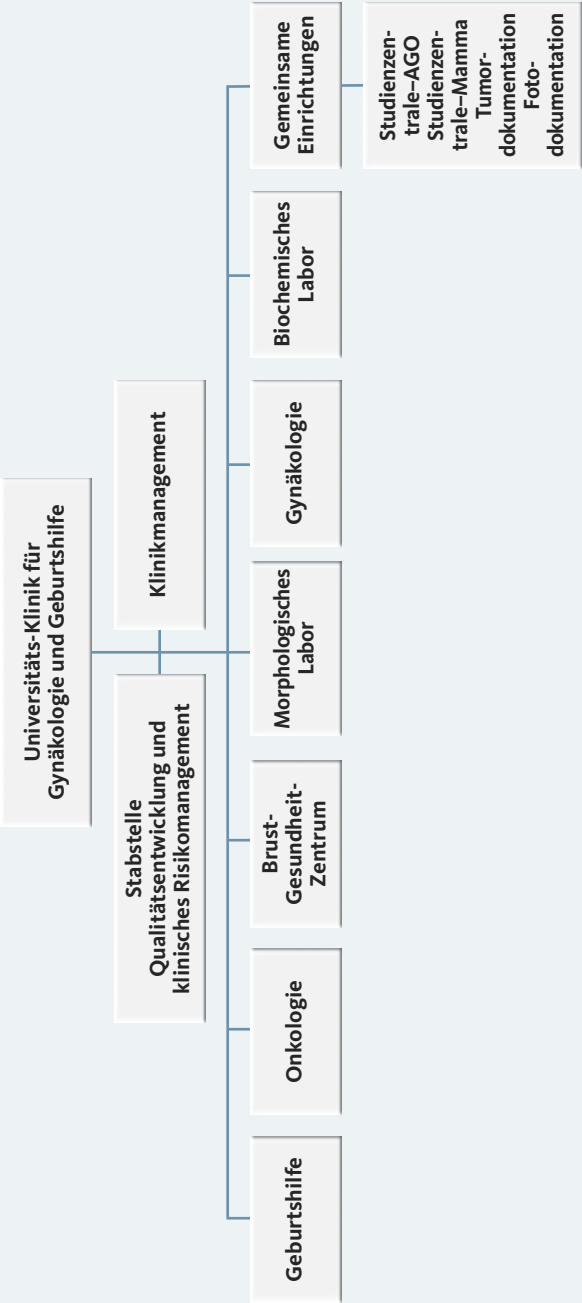
	Assistenten/innen	Leitende Stationsschwester/BMA
	Dr. ⁱⁿ Veronika Kunczicky	DGuKS Bernadette Mayr
	Dr. ⁱⁿ Katharina Winkler Dr. ⁱⁿ Veronika Kunczicky Dr. ⁱⁿ Samira Abdel Azim	DGuKS Bernadette Mayr
	Dr. ⁱⁿ Katharina Winkler	DGuKS Bernadette Mayr
	Dr. Karl-Friedrich Murach	
	Dr. Karl-Friedrich Murach, Dr. M. Salama, Dr. ⁱⁿ Katharina Winkler	
	Dr. ⁱⁿ Evelyn Baumgartner, Dr. ⁱⁿ Christine Brantner Dr. ⁱⁿ Irene Mutz-Dehbalaie, Dr. ⁱⁿ Susanne Jerabek-Klestil Dr. ⁱⁿ Daniela Sarlay-Schweiger	
	Dr. ⁱⁿ Michaela Angerer-Dengg, Dr. ⁱⁿ Christine Brunner Dr. ⁱⁿ Isolde Strobl	

2. Struktur

2.1 MitarbeiterInnen



2.2 Organigramm





JEDE FRAU HAT IHREN TYP.
BEI DEN MÄNNERN UND DER PILLE.

LEICHT. SCHÖN. KLASSISCH. www.meine-pille.at

MINESSE®

LOETTE

Harmonette



3. Berichte

Sonderstation:



Christian Marth



Theresa Czech



Eva-Maria Strobl



Jasmina Suljkanovic

3.1. Geburtshilfe

(OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni)

3.



Angela Ramoni



Gudrun Windbichler



Gerda Hofstetter



Nihal Net



Andreas Gschließer



Evelyn Weissenböck

Im Berichtsjahr haben 2.055 Mütter 2.133 Kinder geboren. Bei österreich- und auch tirolweit nur geringfügig steigenden Geburtenzahlen konnte die Frauenklinik Innsbruck erfreulicherweise einen klaren Trend mit Steigerung der Geburten um 6,8% verzeichnen. Wir konnten neben 1.974 Einlingen auch 78 Schwangere von Zwillingen und eine von Drillingen entbinden.

In der Geburtshilfe erreichten wir 2010 eine wesentliche Qualitätsverbesserung. Durch Fortbildung von ÄrztInnen und Hebammen konnte die Rate an Episiotomien bei Primiparae um 25% und bei Multiparae um fast 50% gesenkt werden.

Pilotprojekt: Betreuungskonzept substituierter Schwangerer in Tirol

In Zusammenarbeit mit kontakt&co (Mag.^a Sandra Aufhammer), der Drogenambulanz (Mag Julia Zima) und der Leiterin des Hebammengremiums Petra

Welskop wurde ein Projekt initiiert, das jungen Schwangeren in Drogen-Substitutionsprogrammen erleichtern soll, sich soweit zu stabilisieren, dass ihnen die eigenständige Betreuung ihres Kindes anvertraut werden kann. Der substituierten Schwangeren wird eine Hebamme zur Seite gestellt, die sich um die gesundheitlichen Aspekte der werdenden Mutter und des Ungeborenen kümmert und sie in allen organisatorischen und gesundheitlichen Belangen in der gesamten Schwangerschaft unterstützt. Es wird eine verbindliche Betreuungsvereinbarung unterzeichnet, die festlegt, dass sich die Schwangere engmaschigen Kontrollen auf Beikonsum an der Drogenambulanz unterstellt und alle Termine an der Schwangerenambulanz einhält. Die Überwachung wird genau dokumentiert und mit der Jugendwohlfahrt kommuniziert.

Elecsys PIGF / sFlt-1 Test

Der Test zur Abschätzung des Risikos für Entwicklung einer schweren Präeklampsie ist seit Dezember 2010 über unser Zentrallabor anzufordern. Erste Erfahrungen sind vielversprechend, 2 Patientinnen mit hoher Ratio zeigten fulminante Verläufe.

Leitlinie Progesteron als Frühgeburt prophylaxe

Die Leitlinie zur Progesterontherapie bei Risiko einer Frühgeburt wurde in enger Zusammenarbeit mit Prof. Helmer vom AKH Wien unter Mitarbeit zahlreicher KollegInnen aus geburtshilflichen Abteilungen Österreichs erstellt und liegt derzeit bei der Leitlinienkommission der OEGGG zur Freigabe.



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

Umstellung des Dokumentationssystems

Die Umstellung auf das neue Dokumentationssystem PIA in der Geburtshilfe (dies war notwendig, da das bisherige KIM nicht mit unserem Klinikdokumentationssystem KIS kompatibel war) erforderte viel Motivation und Einsatz aller MitarbeiterInnen, bis die Anpassung an die Innsbrucker Bedürfnisse erreicht war. Die Umstellung des Partogramms von Papier in elektronische Form wird für das Jahr 2011 eingeplant, die Einschulung der Mitarbeiter ist bereits erfolgt.

Besondere klinische Fälle

Bei zwei Schwangeren wurde sonographisch eine Plazenta praevia percreta mit Infiltration der Harnblase und Parametrien diagnostiziert. Bei beiden Patientinnen wurde eine mediane Laparotomie mit Längsuterotomie oberhalb

der Plazenta durchgeführt. Es gelang durch Ligatur der A. uterinae und Belassung der Plazenta in situ eine Erhaltung des Uterus, beide Patientinnen benötigten keine Transfusion. Mehrfache Methotrexatgaben unter antibiotischer Prophylaxe und engmaschige ambulanter Kontrolle von HCG über mehrere Wochen erlaubten das Abwarten der spontanen Plazentarückbildung bzw. -lösung in beiden Fällen.

3.

Vom KH St Johann wurde eine Schwangere mit torquierter Retroversio uteri fixata, einer geburtshilflichen Besonderheit, zur Betreuung ab der 27 SSW zugewiesen. Die Entbindung mittels Sectio erfolgte bereits in der 33. SSW aus kindlicher Indikation. Der Fall wurde auf der Jahrestagung der OEGGG präsentiert.

IUFT

In 13 Schwangerschaften musste ein IUFT bei Feten über 500 g diagnostiziert werden, wobei in 12 Fällen die Ursache erst durch die fetalpathologische Untersuchung geklärt werden konnte:

- ▶ schweres Zwillingstransfusionsyndrom mit Blasensprung vor geplanter Laser therapie 24. SSW
- ▶ Fet mit hypoplastischem Linksherz (32. SSW)
- ▶ generalisierter Hydrops bei Consanguinität (keine Genetik erwünscht) mit 34. SSW
- ▶ Pulmonale AV Fistel mit Hydrops und frustraner Embolisations (28. SSW)
- ▶ Ruptur eines Choriongefäßes bei Aneurysma (39. SSW)
- ▶ Nabelschnurtorsion (32. SSW)
- ▶ Ruptur der V. umbilicalis bei Venektasie (25. SSW)
- ▶ Grosses Steisssteratom (23. SSW)
- ▶ Generalisierter Hydrops mit sonographisch Hepatomegalie ohne eruierbare Ursache (Serologie und Genetik unauffällig, keine Obduktion)(29. SSW)
- ▶ Trisomie 18 (32. SSW)
- ▶ Subvalvuläre Aortenstenose mit Cardiomyopathie (26. SSW)
- ▶ Malformatio uteri mit unauffälligem fetalpatholog. Befund (24. SSW)
- ▶ unklare Ursache, Ablehnung der Obduktion/Genetik (40. SSW)

Ambulante Geburt: neue Broschüre

Notwendige Planungsschritte vor einer ambulanten Geburt sowie Hilfestellungen bei möglichen Problemen in den ersten Tagen zu Hause werden in dieser neuen Broschüre von Frauen- und Kinderklinik ausführlich erläutert. Die Broschüre wurde in Zusammenarbeit mit OA Dr. Gernot Reiter von der Neonatologischen Intensivstation, unserer leitenden Hebamme Anna Harm und der leitenden Stationsschwester der Mutter-Kind-Station Luzia Köfler erstellt. Sie behandelt alle wichtigen Fragestellungen, die zu Hause auftreten können, sowie alle notwendigen Untersuchungen, die in den ersten Wochen notwendig sind.

Sie soll unsere Patientinnen ermutigen, die Sicherheit der Klinikgeburt mit dem Wochenbett in vertrauter häuslichen Umgebung zu vereinen.

3.1.1. Fetalmedizin

(OA Dr. Matthias Scheier)



Matthias Scheier



Alexander Alge



Susanne Taucher



Regina Achleitner



Elisabeth Grubinger

Aufgrund der wissenschaftlichen Fortschritte einerseits und der Anforderungen durch die Patientinnen andererseits wird die Fetalmedizin immer aufwändiger.

Die externe Qualitätssicherungskommission hat zahlreiche organisatorische Verbesserungsmöglichkeiten in der Fetalmedizin aufgezeigt. Entsprechend deren Empfehlungen wurden alle Aufklärungsformulare neu bearbeitet und von Juristen der TILAK approbiert. Leider haben sich die Verbesserungen nur auf jene Vorschläge erstreckt, die keine zusätzlichen Ressourcen benötigen. Seit Jahren bestehende Mißstände, wie die telefonische Terminvergabe im Untersuchungsraum, die die notwendige Diskretion im Hinblick auf sensible Pa-

tientendaten nicht erlaubt, konnten aufgrund mangelnder Ressourcen nicht verbessert werden.

3.

Die Ausbildung in Fetalmedizin wurde an die Bedürfnisse der Mitarbeiter und der Klinik angepasst. ÄrztInnen, die ihren Schwerpunkt in der Geburtshilfe haben, erhalten nun eine einjährige Ausbildung. Im Gegensatz dazu dauert die fetalmedizinische Ausbildung für MitarbeiterInnen, die sich primär für die Gynäkologie entschieden haben, sechs Monate. Durch die Ausbildung sollen alle AssistenzärztInnen ihrem Schwerpunkt angepasste klinikintern erarbeitete Qualifikationskriterien erreichen.

Die Verlängerung der Ausbildungsdauer erleichtert wesentlich die Arbeit im Ultraschall, weil dadurch besser qualifizierte Mitarbeiter für längere Zeit verfügbar sind.

Während die Ausbildung für AssistenzärztInnen verbessert werden konnte, fehlt in der Fetalmedizin ein Assistenz- oder Oberarzt, der mehrjährig zu einem hochqualifizierten Fetalmediziner ausgebildet werden kann. Dieses Problem ist nach dem Ausscheiden von Fr. Dr.ⁱⁿ Verena Weiskopf-Schwendinger wieder aktuell geworden.



Die psychologische Betreuung von Patientinnen mit belastenden Diagnosen ist in unser Betreuungsschema integriert. Das gemeinsame Beratungsgespräch durch unsere klinische Psychologin Fr. Dr.ⁱⁿ Ingrid Schneitter und die betreuenden ÄrztInnen mit der schwangeren Frau oder dem Paar und die individuelle Nachbetreuung sowohl in medizinischer als auch psychologischer Sicht haben sich sehr bewährt.

Daten über durchgeführten fetalmedizinischen Untersuchungen und Therapien können den folgenden Tabellen entnommen werden.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ersttrimestersonographie	1.993	1.926	1.597	1.125	1.323	1.428
Organschall (20 Wochenschall)	1.774	2.009	1.408	1.536	1.790	1.990
Fetale Echocardiographie	163	164	160	157	94	170
Dopplersonographie	1.503	1.862	1.127	1.415	1.711	1.707
Wachstumskontrolle	2.520	3.600	3.625	3.930	4.849	5.272

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

Die Anzahl der invasiven diagnostischen Eingriffe ist erfreulicherweise weiterhin auf niedrigem Niveau. Durch die routinemäßige Bestimmung mehrerer Marker für fetale Aneuploidien kann bei hoher Sensitivität des Tests die falsch-positiv Rate reduziert werden.

2010 haben wir in unserer fetalmedizinischen Ambulanz 112 Zwillingsschwangerschaften (91 dichorial, 19 monochorial-diamniot, eine monochorial monoamniot) und eine dichoriale-triamniote Drillingschwangerschaft untersucht und teilweise allein oder in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärzten betreut.

Für die invasive Therapie der monochorialen Mehrlingsgravidität war die Unterstützung durch Prof. K. H. Nicolaides vom Harris Birthright Research Center for Fetal Medicine, Kings College Hospital, London und Dr. P. Kuhn aus Bern weiterhin sehr hilfreich.

Die Personal- und Raumknappheit verschärfen sich zunehmend. Der Betrieb kann nur deshalb aufrechterhalten werden, weil die MitarbeiterInnen freiwillig häufig auf die gesetzlich vorgeschriebenen Pausen einschließlich der Mittagspause verzichten. Weiterhin müssen viele Patientinnen aufgrund mangelnder Ressourcen abgelehnt werden, was uns immer wieder heftige Kritik der zuweisenden, niedergelassenen Ärzte einbringt.

Die Belastung für das Personal ist in der Fetalmedizin aufgrund der anspruchsvollen Arbeit im verdunkelten Raum, der Bildschirmarbeit und durch die oft schwerwiegenden Diagnosen, die wir den Patientinnen kommunizieren müssen, extrem hoch. Diese Zustände sind dem Krankenhausträger seit langem bekannt und in Aussicht gestellte Verbesserungen sind bislang nicht eingetreten.

Die belastenden Arbeitsbedingungen machen es schwierig, qualifizierte MitarbeiterInnen in der fetalmedizinischen Ambulanz zu halten. Aufgrund des Personalmangels müssen wir zur Aufrechterhaltung des Betriebs immer wieder auf KollegInnen aus anderen Arbeitsbereichen zurückgreifen, was die kontinuierliche Weiterentwicklung der Fetalmedizin in unserem Hause verunmöglicht.

Angeichts dieser Umstände besteht die berechtigte Befürchtung, dass durch die derzeit diskutierte Gesetzesänderung im Schadensersatzrecht in der Pränatalmedizin, die qualifizierte Versorgung von schwangeren Frauen leidet. Aufgrund fehlender Konsequenzen bei unsachgemäßer Betreuung von Patientinnen liegt es nahe, dass Krankenhausträger im Zuge von sogenannten Sparmassnahmen eine fachgerechte Betreuung von schwangeren Frauen verunmöglichen könnten. Es ist noch nicht sehr lange her, dass in österreichischen Spitälern junge und unerfahrene AssistentInnen ohne ausreichende Supervision Ultraschalluntersuchungen bei schwangeren Frauen durchgeführt haben.

Im vergangenen Jahr haben wir eine Veranstaltung zum Thema „Schwangerschaft und Tod. Persönliche und kulturelle Aspekte der spontanen oder induzierten Fehlgeburt“ mit Referenten aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Psychoanalyse, Theologie und Philosophie durchgeführt. Zur Einführung hat die Schriftstellerin Monika Helfer einen berührenden Text vorgetragen.

3.1.2. Laufende Studien der Perinatal Gruppe und der Fetal Research Group

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

Zwei Studien der Fetal Research Group ***Appearance of the fetal posterior fossa at 11+3 to 13+6 gestational weeks in transabdominal ultrasound examination and Left ventricular function many years after recovery from pre-eclampsia*** wurden abgeschlossen und zwischenzeitlich publiziert. Das Projekt Nabelschnur- und Plazentapathologie musste nach Ausscheiden von Fr. Dr. Weiskopf-Schwendinger mangels qualifiziertem Personal abgebrochen werden. Die Studien betreffend **Folgeschwangerschaften nach intrauterinem Fruchttod, Messung der A. cerebri media peak systolic velocity, maternofetale Bindung** und eine **Studie über Trisomie 21** sind im Gange.

Pentraxin 3 Studie

HYPOTHESE: Unterschiedliche und quantitative Biomarker einer Endothelfunktion bei einer normalen Schwangerschaft und Frauen mit der Neigung, Präeklampsie zu entwickeln.

Der Zweck dieser klinischen Prüfung ist es, durch die Bestimmung der Blutspiegel des körpereigenen Eiweißstoffes Pentraxin 3 (PTX 3) in unterschiedlichen Phasen der Schwangerschaft die Nützlichkeit von Pentraxin 3 bei der frühen Diagnose von Präeklampsie zu erforschen. (Rekrutierung abgeschlossen)

Nicht invasive pränatale Diagnose des fetalen Rh D Faktors

Ziel: Validation des „FetoGnost Real Time Kits“. Nach positivem Abschluss soll die Berstimmung des fetalen Rhesusfaktors aus dem Plasma der Mutter an der Innsbrucker Blutbank als Routinemethode eingesetzt werden. (Rekrutierung abgeschlossen)

3.1.3. Zusammenarbeit Geburtshilfe – Neonatologie

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



(v.l) Prof.ⁱⁿ Kiechl-Kohlendorfer, Leiterin Neonatologie und OÄ Ramoni, Leiterin Geburtshilfe in der neonatolog. Intensivstation

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

Diese enge Kooperation spiegelt sich in gemeinsamen Empfehlungen für Risikoschwangere sowie vielfach auch in gemeinsamen Therapieentscheidungen wieder. Den Patientinnen mit Risikoschwangerschaft wird bereits vor der Geburt ein ausführliches Gespräch mit der Neonatologin/dem Neonatologen angeboten, sodass sie über die zu erwartende Situation möglichst genau Bescheid wissen. Bei jedem Kaiserschnitt und bei jeder Vakuumgeburt ist eine Neonatologin/ein Neonatologe vor Ort, damit auch das Baby optimal versorgt werden kann. Auf der Mutter-Kind-Station, die als Rooming-in-Station geführt wird, werden bei den Kindern in den ersten Tagen nach der Geburt die im Rahmen des Mutter-Kind-Passes notwendigen Untersuchungen durchgeführt. Hier wird den Eltern auch genügend Gelegenheit gegeben, mit der/dem KinderarztIn allfällige Fragen zu besprechen.

Seit der Übersiedlung ins neue Kinderzentrum im letzten Jahr ist die Neonatologie direkt neben der Geburtshilfe verortet. Dies erspart sowohl den kleinen PatientInnen und deren Eltern als auch den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal lange Wege. Es stehen für die Eltern auch Eltern-Kind-Zimmer zur Verfügung, sodass sie noch intensiver in die Behandlung ihres Babys eingebunden werden können. Im Jahre 2010 wurde auf der Neonatologischen Intensiv- und Nachsorgestation ein Schwerpunkt auf entwicklungsfördernde Pflege gelegt, um den kleinen PatientInnen durch weitere Licht- und Lärmreduktion, durch ein optimales Handling und intensiven Kontakt zu den Eltern ein bestes Outcome zu ermöglichen.

3.1.4. Studie zur Ernährung des Säuglings und Kleinkindes in den ersten zwei Lebensjahren in Tirol – erster Bericht

(Angelika Heichlinger, MHPE, IBCLC; Daniela Karall, MD, IBCLC)

Da in Tirol nur wenige Daten zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern zur Verfügung stehen, fand im Rahmen der „Studie zur Ernährung des Säuglings und Kleinkindes in den ersten zwei Lebensjahren in Tirol“ eine Erhebung mittels strukturierter telefonischer Interviews statt. Es konnten 555 Mutter-Kind-Paare (davon 281 männliche und 274 weibliche Neugeborene) von 8 von 9 Geburtshilflichen Abteilungen in Tirol rekrutiert werden. Nach der Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie, wurden Fragebögen für die Mütter und für das Pflegepersonal, die das Entlassungsmanagement durchführten ausgeteilt. In dieser Querschnitterhebung wurden Fragen zur soziokulturellen Situation der Mutter-Kind-Paare, zum Stillbeginn, Stillfrequenz mit Besonderheiten und zu den Maßnahmen zur Stillförderung gestellt. Für die Längsschnitterhebung wurde bis dato strukturierte telefonische Interviews 2 Wochen, 6 Wochen, 3 Monate, 6 Monate, und 12 Monate nach der Geburt geführt. Das telefonische

Interview mit 18 Monaten nach der Geburt ist derzeit in Durchführung und das Interview mit 24 Monaten noch ausständig.

Ergebnisse

Zusammenfassend wurden Daten zur soziokulturellen Situation der Mutter-Kind-Paare, zum initialen Stillbeginn, zur durchschnittlichen Stilldauer und des weiteren Stillverhaltens, den stillfördernden Maßnahmen und den Gründen zum Abstillen erhoben.

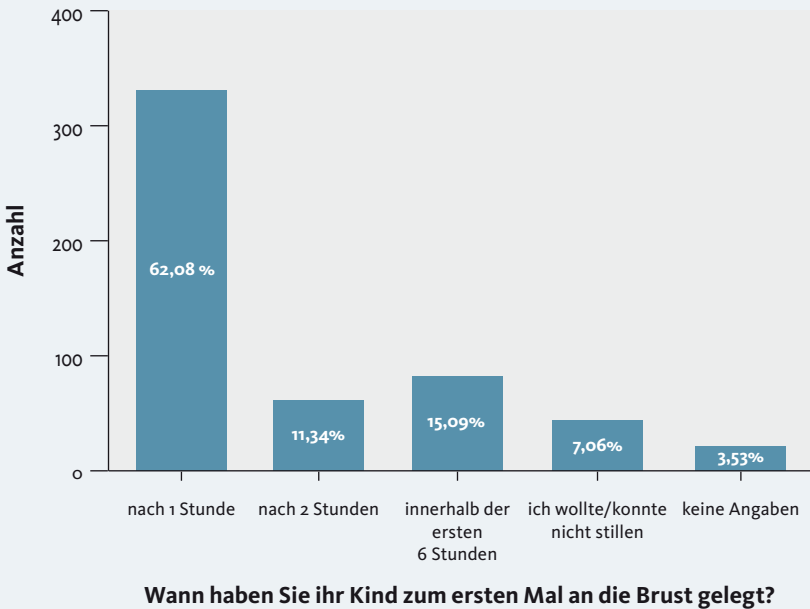
Soziodemografische Daten

Der Großteil der Mütter (n = 549) lebt in einer Partnerschaft. Bei der beruflichen Situation gaben 28 (5,1 %) Pflichtschule, 169 (30,8 %) Lehre, 68 (12,4 %) Matura/AHS, 69 (12,6 %) Fachhochschule/College/Akademie, 120 (21,9 %) Berufsbildende Höhere Schulen und 86 (15,7 %) einen Universitätsabschluss an. 9 (1,6 %) beantworteten die Frage nicht. Weiters wurden 446 Mütter (81,3 %) in Österreich geboren. Andere Geburtsländer sind Deutschland, Türkei, Bosnien, Tschechien, Ukraine, Ungarn, Brasilien, Chile, England, Indien u. a.

Initialer Stillbeginn, Stilldauer und Stillverhalten

Das erste Anlegen erfolgte bei 334 Kindern (60,8 %) nach einer Stunde, bei 61 (11,1 %) nach zwei Stunden und bei 86 (15,7 %) innerhalb der ersten 6 Stunden. 38 Mütter (6,9 %) gaben an, nicht stillen zu können oder zu wollen, 19 (3,5 %) gaben keine Angaben dazu und bei 11 (2,0 %) fehlte die Antwort (siehe Abbildung 1).

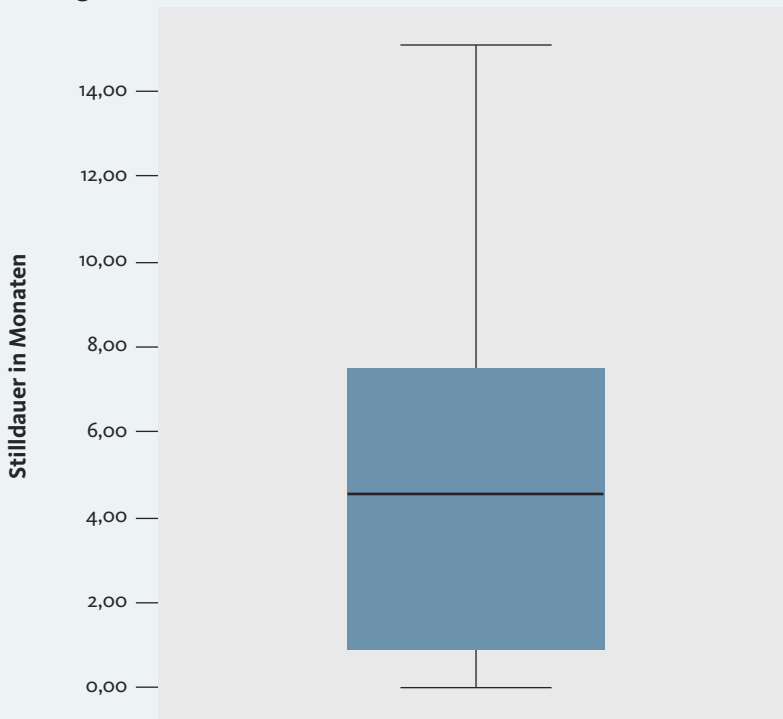
Abbildung 1: Zeitpunkt des Initialen Stillbeginn



Bei der Entlassung ($n = 449$), die überwiegend am 4. Lebenstag erfolgte, wurden 300 Neugeborene (66,8 %) voll gestillt, 50 (11,1 %) teilweise gestillt und 71 (15,8 %) wurden abgestillt. Bei 13 Neugeborenen (2,9 %) wurde „sonstiges“ angegeben und bei 15 (3,3 %) fehlten die Angaben.

Mit derzeitigem Stand (12 Monate) ($n = 555$) haben 396 Mütter abgestillt. Bei 27 Müttern fehlen die Angaben. Die durchschnittliche Stilldauer wird wie folgt dargestellt: der Mittelwert liegt bei 4,7 Monaten (der Medianwert 4,6 Monate). Die Range liegt zwischen 0 und 14,9 Monaten (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Durchschnittliche Stilldauer in Monaten



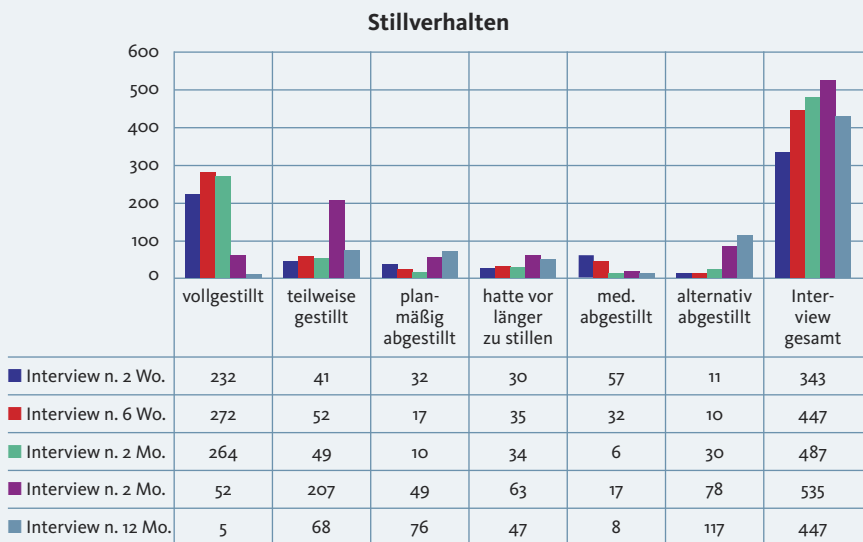
Stillfördernde Maßnahmen

„Zehn Schritte zum Erfolgreichen Stillen“

Alle Einrichtungen, in denen Entbindungen stattfinden und Neugeborene betreut werden, sollten folgende zehn Anforderungen erfüllen:

1. Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung haben, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen nahegebracht werden.
2. Das gesamte Mitarbeiterteam in Theorie und Praxis so schulen, dass [sic] es diese Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllen kann.
3. Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informieren.

Abbildung 3: Stillverhalten über 12 Monate



4. Müttern ermöglichen, ihr Kind innerhalb der ersten halben Stunde nach der Geburt anzulegen.
5. Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können, auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind.
6. Neugeborenen zusätzlich zur Muttermilch weder Flüssigkeiten noch sonstige Nahrung geben, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen angezeigt scheint.
7. „Rooming-in“ praktizieren – Mutter und Kind erlauben zusammenzubleiben – 24 Stunden am Tag.
8. Zum Stillen nach Bedarf ermuntern.
9. Gestillten Säuglingen keinen Gummisauger oder Schnuller geben.
10. Die Entstehung von Stillgruppen fördern und die Mütter bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen.

WHO/UNICEF Initiative Stillfreundliches Krankenhaus/Baby-friendly Hospital Initiative.

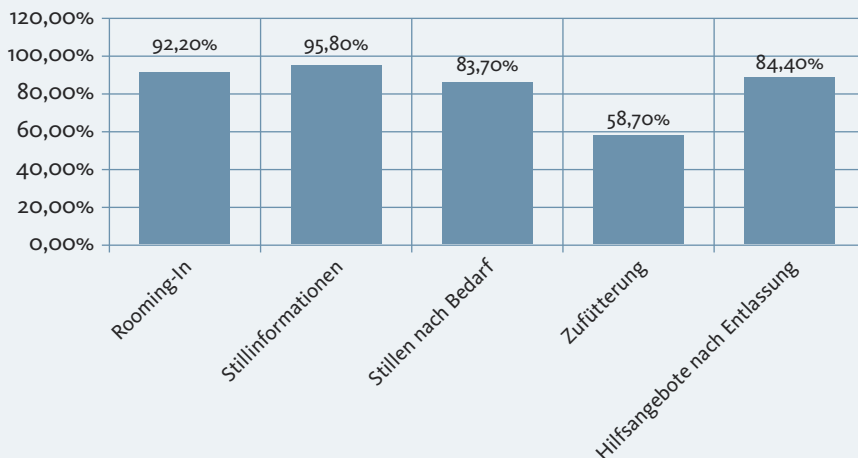
Darstellung der „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ (UNICEF Österreichisches Komitee 1992)

Angelehnt an die „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ wurden an den teilnehmenden Tiroler Krankenhäusern die Maßnahmen zu Stillförderung erhoben. Die stillfördernden Maßnahmen können wie folgt beschrieben werden: 92,2 % der Mütter nahmen das Rooming-In Angebot in Anspruch, 83,7 % ließen sich für „Stillen nach Bedarf“ motivieren. 95,8 erhielten Stillinformationen während

des stationären Aufenthaltes und 84,4 % bekamen Informationen für Hilfsangebote bei Stillproblemen.

58,6 % der Neugeborenen wurden während des stationären Aufenthaltes mit Zusatznahrung zugefüttert.

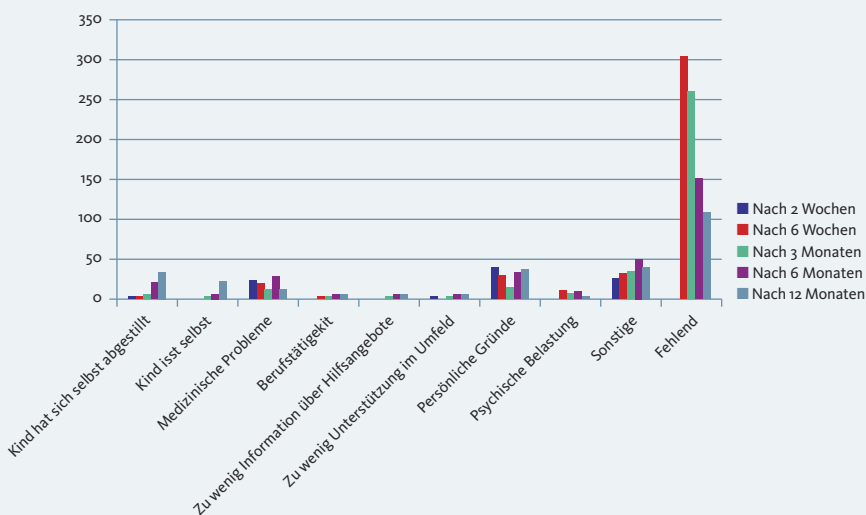
Abbildung 4: Maßnahmen zur Stillförderung



Gründe für das „vorzeitige“ Abstillen

Bei den Gründen zum „vorzeitigen“ Abstillen (siehe Abbildung 5) spielten persönliche Gründe, medizinische Probleme und „sonstige“ Gründe eine entscheidende Rolle.

Abbildung 5: Gründe zum „vorzeitigen“ Abstillen



Fazit

Lt. den erhobenen Daten ergibt sich ein initialer Stillbeginn von 87,6 %. Damit liegt Tirol leicht unter dem mitteleuropäischen Durchschnitt von 90 – 95 %. Erfreulich ist die durchschnittliche Stilldauer von 4,7 Monaten. Nicht zuletzt führen wir das auf die guten Rahmenbedingungen zur Stillförderung an den Tiroler Krankenhäusern zurück.

Die grundsätzlich positiv wirkende Stillförderung muss im Bereich „Zufütterung“ während des stationären Aufenthaltes verbessert werden.

Durch gezielte Fort- und Weiterbildungsangebote soll die insgesamt qualitätsvolle Arbeit weiter verbessert werden. Das Hauptaugenmerk sollte auf dem Zeitpunkt der Entscheidung zur Säuglingsernährung der werdenden Eltern gelegt werden. Die gezielte Informationweitergabe über das Stillen und die optimale Säuglingsernährung an werdende Mütter und Väter erleichtert die Entscheidung darüber. Dazu stehen angemessen aufbereitete Informationsmaterialien wie Broschüren, Handzettel, usw. bereits zur Verfügung (link zu Folder Ernährung in der SS und Stillzeit, Stillen, Muttermilch für Frühgeborene, Sprechstunde für stillende Mütter, usw.). Auch in Geburtsvorbereitungskursen sollen diese Informationen verstärkt weitergegeben werden. Viele Fragen, die das Stillen betreffen, können schon in der Schwangerschaft geklärt werden und damit den werdenden Eltern mehr Sicherheit geben.

3.1.5. Projekt „WiR werden Eltern“

(Mag.^a Sandra Aufhammer, kontakt&co)



Oft wird die Elternschaft mit strahlenden Müttern und geduldigen Vätern dargestellt, die immer und überall lächelnd kompetent ihre Elternrolle ausüben. Die Realität sieht in manchen Fällen jedoch anders aus. Schwierigkeiten in der Partnerschaft, finanzielle Probleme, psychische und bzw. oder Suchterkrankung der Eltern, eine ungewollte

Schwangerschaft oder allein die Überforderung, mit der neuen Situation umzugehen, können den „freudigen Anlass“ zu einer belastenden Situation werden lassen. Daraus können sich gesundheitliche Störungen entwickeln, welchen durch Information und frühe Hilfen entgegengesteuert werden kann.

Das Projekt – in enger Zusammenarbeit mit der Univ.-Klinik f. Frauenheilkunde (OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni), fast allen Bezirkskrankenhäusern und vielen niedergelassenen GynäkologInnen – hat sich zum **Ziel** gesetzt, werdende und junge Eltern auf das vorhandene Bildungs- und Beratungsangebot aufmerksam zu machen und sie zu motivieren, dieses frühzeitig in Anspruch zu nehmen.

Dazu gibt es unterschiedliche **Maßnahmen**:

- Entwicklung von Materialien
- Bewerbung einer kostenlosen Info-Hotline (Familieninfo)
- Informationsveranstaltungen für werdende/junge Eltern
- Veranstaltungen für Fachleute
- Nutzung bzw. Aufbau von Strukturen zur Weiterentwicklung des Angebots
- Qualitätssicherung durch Zusammenarbeit mit Elternbildung und -beratung
- gezielte Öffentlichkeitsarbeit

Materialien

Als zentrales Element wurde ein Info-Büchlein entworfen, welches in einfacher Sprache und mit vielen Bildern auf emotionaler Ebene werdende Eltern auf die Herausforderungen in Schwangerschaft und Geburt anspricht und auf das bestehende Hilfsangebot hinweist. Ergänzend hierzu gibt es Plakate (primär für Spitäler und Arztpraxen) und Informationsfolder zu unterschiedlichen Themen, die an geeigneten Stationen an werdende und junge Eltern abgegeben werden.

Info-Hotline (0800 / 800 508)

In Kooperation mit der Tiroler Familieninfo startete im Juni 2008 ein Telefonservice für Eltern, welches als niederschwellige Anlaufstelle in allen Fragen zu Familie und Kindern Auskunft geben und weitervermitteln kann. Dieses wird laufend weiterentwickelt und den Gegebenheiten der Anfragen angepasst.

Bewerbung und Weiterentwicklung der Angebote

Werdende und junge Eltern müssen auf ihrem Weg zu einer Familie durch ganz bestimmte „Nadelöhre“. An diesen sollen geeignete Interventionen und Maßnahmen gesetzt werden, um sie auf ihre Rolle als Eltern gut vorzubereiten und auch auf die vorhandenen Angebote aufmerksam zu machen. Fachleute (z.B. Frauenärzte/innen, Hebammen, Elternbildner/innen und -berater/innen, etc.) werden über das Projekt informiert und möglichst aktiv als Multiplikatoren sowie zur Weiterentwicklung des Projekts miteingebunden.

Ergebnisse der Begleitstudie durch das SOFFI Institut (2008-2010)

Zufriedenheit und Gesundheit

Die Mütter empfinden in dieser Lebensphase viel Glück und fühlen sich auf hohem Niveau mit ihrem Kind wohl: 97 Prozent der Frauen bestätigen die Frage mit einem „sehr wohl“.

Parallel zu dem grundsätzlich stark ausgeprägten Wohlfühl der aktuellen Lebenssituation mit Kind dimensioniert sich auch die hohe Zufriedenheit mit dem Leben im Großen und Ganzen mit einem Mittelwert von 1,42 auf der Schulnotenskala. Dies entspricht einer Verbesserung um ein Zehntel gegenüber der Wertung in der Schwangerschaft. Insgesamt erreicht diese Dimension damit

die höchste Zufriedenheitsausprägung. Elemente wie Hingabe, Stolz, Dankbarkeit und das Empfinden der Einzigartigkeit im neuen kleinen Lebensentwurf prägen diese intensive Mutter-Kind-Phase der ersten 24 Monate.

Die generelle Betonung einer gesunden Lebensweise hat hohe Bedeutung für die Mütter: 81 Prozent der Erstgebärenden legen sogar sehr großen Wert auf diesen Aspekt proaktiver Gesundheitsförderung. Im Vergleich zur Primärbefragung in der Schwangerschaft hat sich damit das Gesundheitsbewusstsein nochmals markant gesteigert; aus einer eher grundsätzlichen Wertschätzung ist wesentlich stärker eine unbedingte Achtsamkeit geworden, die für 90 Prozent der Über-30-Jährigen gilt. Aber auch bei den Unter-30-Jährigen, hat sich der Anteil gegenüber der Erstbefragung hier deutlich in die Spitze verschoben.

Partnerschaft und Unterstützung Dritter

78 Prozent der Frauen sind sehr zufrieden, wie sich die Partnerschaft seit der Geburt des Kindes entwickelt hat, weitere 10 Prozent sind eher zufrieden. Deutlicher unzufrieden sind zwölf Prozent der Frauen – im städtischen Raum ist der Anteil unzufriedener Frauen fast doppelt so hoch wie im ländlichen Raum.

Drei Viertel der Mütter nehmen im sozialen Umfeld regelmäßig Unterstützungsleistungen in Anspruch, im städtischen Bereich ist diese Quote deutlich niedriger als in der Peripherie. Im weiteren Verlauf, mit Erreichen des ersten Lebensjahres des Kindes, sinkt dieser Wert auf 57 Prozent. Jene 12 Prozent der Mütter, die selten oder nie Unterstützungsleistungen im sozialen Umfeld beanspruchen, wünschen diese mehrheitlich nicht.

Im abgefragten institutionellen Angebotsspektrum erreichte das Angebot der Mutter-Eltern-Beratungsstellen 54 Prozent der Erstgebärenden, die Eltern-Kind-Zentren (EKZ) wurden von 38 Prozent der Mütter aufgesucht – im städtischen Raum deutlich intensiver wie in ländlichen Wohngegenden. Die Inanspruchnahme der EKZ bleibt über den abgefragten Zeitraum (von Geburt bis etwa 2 Jahre nach der Geburt) konstant. Alleinerzieherinnen finden in Relation den Weg in die EKZ nur halb so oft. Kombiniert man die Kontaktquote der Familieninfo im Sillpark mit jener des dort angesiedelten Elterntelefons, werden über diesen Kanal beachtliche 16 Prozent der Erstschwangeren mit Information und Hilfestellung erreicht.

Wohnen und Einkommen

Im Abgleich zur Erstbefragung in der Zeit der Schwangerschaft hat sich die Zufriedenheit mit der Wohnsituation – ausgehend von einem hohen Niveau – nochmals stark gesteigert: 72 Prozent der Mütter sind mit Ihrer Wohnsituation sehr zufrieden, weitere 15 Prozent vergeben ein gut.

Mit steigendem Lebensalter erhöht sich die Zufriedenheit mit der Wohnsituation. Markant unzufrieden bleiben 4 Prozent, die ihre Wohnsituation völlig

unbefriedigend empfinden. Allgemein lässt sich schließen, dass die Elternschaft mit einer Verbesserung der Wohnsituation einhergeht, dieser existenzielle Bereich aus Sicht der Mütter weitestgehend sehr gut gelöst erscheint.

Deutlich verbessert gegenüber der Erstbefragung in der Schwangerschaft hat sich die Zufriedenheit mit dem Einkommen bzw. der finanziellen Situation, die mehrheitlich als gut (41 Prozent) oder sehr gut (31 Prozent) empfunden wird. Nur 5 Prozent der Frauen werten hier mit „genügend“. Unterdurchschnittlich zufrieden bleiben – wie schon bei der Primärbefragung – die Pflichtschulabsolventinnen.

Beruf und Kinderbetreuung

43 Prozent der befragten Erstgebärenden sind wieder berufstätig, der allergrößte Teil davon in Teilzeit. Im städtischen Wohnumfeld sind 20 Prozent mehr Mütter (etwa 2 Jahre nach der Geburt) wieder berufstätig als im ländlichen Raum.

Die Kinderbetreuung zur Ermöglichung der Berufstätigkeit erfolgt vorwiegend privat, nur bei jeder fünften Mutter gibt es eine rein institutionelle Lösung.

Die einzelnen Lösungen mit der Kinderbetreuung werden insgesamt ausgesprochen positiv bewertet: 91 Prozent der berufstätigen Mütter werten hier mit sehr gut.

Interesse an Elternbildung (Kurse)

63 Prozent der Erstschwangeren in Tirol besuchen einen Geburtsvorbereitungskurs. Damit wird hier die Mehrheit der Frauen in einer organisierten Kursform erreicht. Für 40 Prozent der Mütter stellen Elterngruppen ein grundsätzlich sehr interessantes Angebot dar, wobei mit steigendem Bildungsgrad das Interesse deutlich abnimmt; allein Erziehende sprechen überdurchschnittlich positiv darauf an. Das ausgeprägteste grundsätzliche Interesse am Austausch in eingerichteten Elterngruppen entwickelt sich bei Müttern in den ersten 6 Lebensmonaten ihres Kindes.

Die Hälfte der Mütter hat über die Mutter-Eltern-Beratung und das Eltern-Kind-Zentrum hinaus Kursangebote anderer Träger (wie etwa Volkshochschule, Universitätssportinstitut, Schwimmbäder/Thermen, private Babyschwimmerinnen) genutzt: Besonderer inhaltlicher Schwerpunkt liegt hier bei Babyschwimmen und Babymassage bzw. Rückbildungsgymnastik.

Unterstützung durch Hebamme | Stillen

Ein gutes Viertel der Mütter erinnert sich an den Hausbesuch einer Hebamme. Bei der großen Mehrheit der Mütter, wo dieser Besuch nicht stattfand, wäre er

mehrheitlich gewünscht gewesen. Damit ergibt sich eine direkte Einladung, den Hebammenhausbesuch für insgesamt etwa zwei Drittel der Mütter als wünschenswertes Versorgungsmerkmal in Tirol vorzusehen.

Alleinerzieher/innen

Eine von 10 Erstgebärenden ist von Beginn an Alleinerzieherin (ca. 300 pro Jahr). Diese Gruppe fällt durch die Besonderheit auf, dass sie sich mehr als Frauen in Partnerschaften Unterstützungsangebote wünschen (Hebamme [AEZ = ja 80% zu 54% bei Partnerschaft], Elterngruppe [AEZ = sehr interessant: 71% zu 38% bei Partnerschaft]) und wohl auch brauchen, zugleich aber vorhandene Angebote weniger nutzen (Geburtsvorbereitungskurse [AEZ Teilnahme: 43% im Vergleich zu 65 % der in Partnerschaft Lebenden]; andere Kurse: AEZ: 14 % zu 53 % bei Partnerschaft).

Alleinerzieherinnen stillen signifikant weniger als Frauen in Partnerschaften und nehmen auch die Stillberatung deutlich weniger in Anspruch. Es erscheint wichtig, diese Gruppe spezifisch anzusprechen und zur Nutzung vorhandener oder speziell einzurichtender Angebote zu motivieren.

Nichtrauchen

26 Prozent der Mütter geben an, aktuell zu rauchen. Nach der Reduktion der Raucherinnenquote in der Schwangerschaft lag der Raucherinnenanteil mit Kleinstkindern bis 6 Monate noch bei 10 Prozent um nach dem ersten Lebensjahr des Kindes wieder auf 27 Prozent stark anzusteigen. Das heißt, in der Schwangerschaft und bis kurz nach der Geburt wird der Nikotinkonsum wirklich nur vorübergehend eingestellt. Die jüngeren Altersgruppen rauchen wesentlich häufiger, bei den älteren überwiegt die Abstinenz.

Nach Bildungsschicht stechen die Lehrabsolventinnen mit einem Raucherinnenanteil von über 40 Prozent heraus; die Frage ist, wieweit der eigene Nikotinkonsum in Widerspruch zum persönlichen Bekenntnis zu einer gesunden Lebensweise steht.

Materialien: Bekanntheit und Beliebtheit

Das pfiffig gestaltete Booklet „Wir werden Eltern“ wirkt nachhaltig in der Erinnerung. In der Strategie des Projekts erfolgt die Distribution möglichst früh: In den Frauenarztpraxen, in den Krankenhausambulanzen, bei Geburtsvorbereitungskursen. Damit erfolgt sozusagen der Einstieg in das Thema Elternschaft, als vorsichtiger Vorgriff auf das Leben mit Kind und einen möglichen Hilfs- bzw. Unterstützungsbedarf.

Die erfreuliche Zustimmung von 81 Prozent der Erstschwangeren zu Aufmachung und Inhalt des Booklets, die bei der Primärbefragung festgestellt

werden konnte, wird in der Nachbeobachtung der Wirkung positiv bestätigt: 90 Prozent können sich auch ein Jahr nach der Geburt noch an das Booklet erinnern.

Die „Halbwertszeit“ in der aktiven Verfügung (= Besitz) liegt bei etwa einem Jahr nach der Geburt des Kindes, das heißt bei der Hälfte der Frauen ist das Booklet ein Jahr nach der Geburt des Kindes noch vorhanden, ein halbes Jahr nach Geburt verfügen sogar beachtliche drei Viertel der Frauen darüber.

3.

Ein gutes Drittel der Frauen konnte über die Plakate und Folder in der Klinik und den Arztpraxen angesprochen werden, wobei die Plakate deutlich stärker erinnert werden als die Folder. Die Spannweite des Aufmerksamkeitsimpacts beider Materialien beträgt hier – mit steigendem Bildungsgrad abfallend – 18 Prozent: Pflichtschul- und Lehrabsolventinnen werden damit deutlich stärker angesprochen als Akademikerinnen. Die Plakate wirkten deutlich stärker als die Folder, wobei im ländlichen Raum die Folder stärker beachtet werden als in der Stadt.

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.kontaktco.at/fachbereiche/familie/wir_werden_eltern

3.2. Gynäkologie

3.



Siegfried Fessler



*Alexandra
Ciresa-König*



Stephan Kropshofer



Elisabeth Sölder



*Andreas
Widschwendter*



Astrid Berger



Florian Kraxner



Verena Porto



*Bettina Geiger-
Wiedermann*



Elisabeth Horvath

3.2.1. Urodynamik – Beckenbodenzentrum

(OA Dr. Stephan Kropshofer)



Das Jahr 2010 stand für die Urodynamische Ambulanz und den Bereich Urogynäkologie im Zeichen von Erweiterung und Aufbau auf bereits Bewährtem. Der im Jahr 2009 in Betrieb genommene neue Untersuchungsstuhl wurde im Laufe des

Jahres um ein neu adaptiertes Softwareprogramm – welches auf dem hausintern bereits seit über 20 Jahren in Betrieb befindlichem basiert – erweitert. Diese Softwareadaption ermöglicht uns zum Beispiel zur Erfassung von Senkungszuständen das POP-Score System anzuwenden und einzugeben, was eine unverzichtbare Qualitätssteigerung insbesondere in der Vergleichbarkeit vom Ausmaß dieser Erkrankung ermöglicht. Außerdem werden nun alle Ergebnisse der durchgeführten Messungen in das klinikeigene KIS/Powerchart-System zur elektronischen Einsicht für alle behandelnden ÄrztInnen eingegeben.

Das urogynäkologische Team freut sich über mehrere Neuzugänge: Zum einen unterstützt uns Elke Kornberger DKuGS tatkräftig und mit ausgezeichneter Kompetenz von schwesterlicher Seite, zum anderen haben Dr.ⁱⁿ Christine Brantner, Dr.ⁱⁿ Susanne Jerabek-Klestil, Dr.ⁱⁿ Verena Porto und Dr.ⁱⁿ Evelyn Weissenböck das Intensivseminar Urogynäkologie (ISUG) in Geinberg absolviert und sind nun in der Lage selbstständig Messungen durchzuführen.

Durch die Anschaffung eines ambulanzeigenen Zystoskops können wir nun problemlos Blasenspiegelungen jederzeit anbieten.

Da es uns als erste Klinik Österreichs 2009 gelungen ist ein Kontinenz- und Beckenbodenzentrum zu etablieren (www.beckenbodenzentrum-innsbruck.at), in welchem FachärztInnen, Diplomschwesterinnen und -pfleger, PhysiotherapeutInnen, DiätologInnen und weitere Berufsgruppen aus den Gebieten der Chirurgie, Neurourologie, Kinderchirurgie und Gynäkologie eng zusammenarbeiten, können wir nach dem ersten Jahr „Vollbetrieb“ feststellen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit bestens funktioniert. Weiter führen wir in regelmäßigen, meist zweiwöchigen Abständen interdisziplinäre Meetings durch, bei denen Probleme und spezielle Fragestellungen behandelt werden, um ein optimales Behandlungskonzept für PatientInnen zu ermöglichen.

Im Rahmen des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums hatte unsere Abteilung mehrmals Hospitanten aus Thailand im Laufe des Jahres 2010 zu Gast.

Neuerungen in der Therapie ergaben sich durch die ständig wachsende Anzahl der durch die Industrie angebotenen Implantate. Sowohl im Bereich der suburethralen Schlingen zur Behebung der Belastungsinkontinenz (TVT-Abbrevio, Miniarc, ...) als auch im Bereich der Netzimplantate zur Behebung von Senkungszuständen (elevator, prosima, prolift m, ...) gab es wichtige Neuerungen, die wir über Schulungen und Weiterbildungen bei uns implementieren konnten. Die Vielzahl von angebotenen Systemen ermöglicht uns ein individuell an die Bedürfnisse der Patientin angepaßtes Vorgehen.

Nicht zuletzt das von fast allen Patientinnen geäußerte Gefühl des „gut-aufgehoben-Seins“ motiviert uns auch für das Jahr 2011 zu höchstem Einsatz für unsere Patientinnen.

3.2.2. Diagnose: Gewalt! – Diagnosi: Violenza!

(Mag.^a Esther Jennings, Projektleiterin)



Projektleiterin Mag.ª Esther Jennings

Ein EU-Projekt zur Unterstützung von Klinikpersonal zum Thema häusliche Gewalt

Im Rahmen des Interreg IV Italien-Österreich Projektes: „Diagnose: Gewalt!“, welches vom Land Tirol wie auch von der Autonomen Provinz Bozen unterstützt wurde, wurden Arbeitsbehelfe und Informationsmaterial für Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonen zum Thema häusliche Gewalt erarbeitet. Mithilfe der Projektmitarbeit von Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonen und nicht zuletzt mit der Unterstützung der Krankenhausleitung des Landeskrankenhauses-Universitätskliniken Innsbruck gelang es, Arbeits- und Informationsmaterialien zu entwickeln, welche ihren Weg in den medizinischen Arbeitsalltag fanden. Diese thematisieren den richtigen Umgang mit dem Phänomen häuslicher Gewalt und den betroffenen PatientInnen und geben wichtige Hinweise auf lokale Beratungseinrichtungen.

Immer wieder stoßen Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonen in ihrer täglichen Arbeit auf Folgen häuslicher Gewalt, meist Gewalt an Frauen und/oder Kindern. Oft ist das Krankenhaus und die Arztpraxis die erste und einzige Anlaufstelle, die Betroffene nach erfahrener Gewalt aufsuchen. Für das medizinische Personal ist es oft schwierig häusliche Gewalt als wahre Ursache von Verletzungen und Erkrankungen zu erkennen. Ein Grund dafür ist, dass Opfer von häuslicher Gewalt nicht darüber sprechen, sei es aus Scham- oder Schuldgefühlen, aus Angst vor weiterer Gewalt oder aus Angst, dass ihnen nicht geglaubt wird.

Ein Erfahrungsaustausch mit MedizinerInnen, Pflegepersonal und Beraterinnen in Opferschutzeinrichtungen in Tirol und Südtirol ergab, dass mehr Information bezüglich Umgang mit Gewaltopfern gewünscht wird. So reifte die Idee, eine grenzüberschreitende Kooperation zwischen Tirol und der Autonomen Provinz Bozen zur Entwicklung eines geeigneten Interventionsprogramms zu starten.

Im Rahmen des Interreg-IV-Programms Italien-Österreich wurde das EU Projekt „Diagnose: Gewalt!“ eingereicht und im vollem Umfang genehmigt. Das AZW als Leadpartner übernahm die Hauptverantwortung für die ordnungsgemäße Projektdurchführung, ebenso war das Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals und das Amt für Familie, Frau und Jugend im Sozial- und Gesundheitsressort der Autonomen Provinz Bozen führend beteiligt.

Das Tiroler Projektteam wurde durch Mitarbeiterinnen des Gewaltschutzzentrums Tirol, dem Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tilak Ges.m.b.H., dem Institut für Gerichtsmedizin der Medizinischen Universität Innsbruck, selbstständigen ÄrztInnen und dem A.ö. Landeskrankenhaus Innsbruck gebildet. Dabei leisteten MitarbeiterInnen der verschiedenen Ambulanzen des Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck (u.a.Univ.-Klinik für Unfallchirurgie – Unfallambulanz, der Univ.-Klinik für Innere Medizin – Notfall-Aufnahme, der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde (Kinderschutzgruppe), Univ.-Klinik für Psychiatrie und Univ.-Klinik für Medizinischen Psychologie) wertvolle Beiträge.

Bis Juli 2009 wurde in einem multidisziplinären Team ein Leitfaden für Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonen und andere Gesundheitsprofis erarbeitet, der im Internet (www.diagnose-gewalt.eu) und in gekürzter Version als Broschüre verfügbar ist. Darin finden sich unter anderem Informationen über Warnsignale, Hinweise zur Gesprächsführung mit Betroffenen, Vorgaben zur rechtsverwertbaren Dokumentation, gesetzliche Grundlagen, sowie Adressen lokaler Beratungseinrichtungen.

Spezielle Info-Cards (Informationskarten im Taschenformat) mit Hinweisen auf lokale Beratungseinrichtungen können von den Ärztinnen/Ärzten und den Pflegepersonen an betroffene Patientinnen/Patienten ausgegeben werden. Auch gibt es aussagekräftige Poster, die in den Ambulanzen und Ordinationen angebracht wurden und so betroffene Patientinnen/Patienten ermutigen, sich der Ärztin/dem Arzt und den Pflegepersonen anzuvertrauen.

Am 20. September 2010 wurden die Informationsmaterialien auf spezielle Einladung der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde hin bei der Montagskonferenz vorgestellt und mit einem Fachvortrag von Frau Mag.^a Federspiel die Opferschutzarbeit des Gewaltschutzzentrums Tirol erläutert. Dabei stießen die Arbeitshilfen auf großes Interesse.

Erkennen – Benennen – Informieren

Die erarbeiteten Arbeitshilfen und Informationsmaterialien sollen das Erkennen von häuslicher Gewalt und den Umgang mit den Opfern erleichtern. Durch die gezielte Vermittlung der Betroffenen- meist Frauen – an Beratungseinrichtungen soll eine weiterführende Unterstützung über die medizinische Versorgung hinaus gewährleistet sein.

**Ärztinnen/Ärzte und
das Pflegepersonal
unterstützen dich!**

Diagnose: **Gewalt!**
Diagnosi: **Violenza!**

Weitere Hilfsangebote Tirol/Österreich

Notrufnummer: Polizei 133

Notrufnummer: Polizei	133
Notrufnummer: Rettung	144

Spezialeinrichtungen bei häuslicher Gewalt:

Gewaltschutzzentrum Tirol 0512 571313

Tiroler Frauenhaus 0-24 Uhr 0512 342112

Frauenhelpline gegen Gewalt.....	0-24 Uhr	0800 222555
----------------------------------	----------	-------------

Frauen helfen Frauen –

Beratungszentrum, Frauenhaus: 0512 580977



An der Innsbrucker Klinik ist das Thema häusliche Gewalt für das medizinische Personal kein Tabuthema und dies erleichtert so auch den Gewaltbetroffenen den Schritt ihr Schweigen endlich zu brechen

Bei Interesse an oben genannten Arbeitsmaterialien wenden Sie sich bitte an folgende Kontaktadresse, wir senden Ihnen gerne unsere Produkte:
Projektleitung Mag.^a Esther Jennings
AZW, Innrain 98, 6020 Innsbruck
Email: esther.jennings@azw.ac.at, Tel: 0043 /512/571313
www.diagnose-gewalt.eu

YONDELIS® IN KOMBINATION MIT PLD**
DIE WIRKSAME OPTION BEIM OVARIALKARZINOM

YONDELIS® UND PLD SETZEN ALS KOMBINATION EINEN MASSSTAB BEIM REZIDIERTEN, PLATINSENSIBLEN OVARIALKARZINOM

Trabectedin Ursprünglich aus einer Seescheide (ein mariner Tunika) *Ecteinascidia turbinata* gewonnen, wird jetzt in einem synthetischen Prozess hergestellt



Yondelis® von Pharmamar ist in Kombination mit PLD eine wirksame Option für die Behandlung des platin sensiblen Ovarialkarzinoms mit nachgewiesenem klinischen Benefit und vorhersehbarem Sicherheitsprofil.^{2,3}

YONDELIS®: DIE ERSTE NICHT PLATINHALTIGE UND NICHT TAXANHALTIGE KOMBINATION ZUR WIRKSAMEN BEHANDLUNG DES REZIDIERTEN OVARIALKARZINOMS.

* Yondelis® 0,25/1 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionskonzentrats.

** PLD: pegyliertes liposomales Doxorubicin.

Fachkurzinformation siehe Seite 206

~30.000 Frauen
sterben jährlich am
Ovarialkarzinom in
Europa¹

3.3. Onkologie

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

3.



Alain G. Zeimet



Elisabeth Abfalter



Daniel Reimer



Silvana Campeì



Doris Huemer



Christine Weger



Petra Wiesbauer



Johanna Salzer



Hildegard Wegscheider

Erfreulicherweise haben in letzter Zeit mehrere internationale Studien an denen wir als akkreditiertes „European Centre of Gynecological Oncology“ beteiligt waren in ihren Subanalysen, die auf die unterschiedlichen teilnehmenden

Studienzentren bezogen sind, zeigen können, dass die an unserer Abteilung gebotene therapeutische Qualität ein außerordentlich hohes Niveau besitzt. Die gebotene Spitzenmedizin, das gilt vor allem für die operative – aber auch für die systemische Therapieformen, spiegelt sich naturgemäß in verbesserten onkologischen Ergebnissen und in höheren Überlebensraten der Patientinnen wieder.

In die von unserem Zentrum initiierte internationale akademische Multizenterstudie in der, die prognostische und biologische Wertigkeit des Adhäsionsmoleküls L-1 CAM beim frühen Endometriumkarzinom untersucht wurde, konnten 1113 Patientinnen rekrutiert werden. Teilnehmende Zentren waren neben der Mayo Clinic (Rochester, USA), das Kaplan Medical Center in Rehovot (Israel), die Universitätskliniken Leuven (Belgien), Nijmegen (Niederlanden), Olou (Finnland) Wien, Graz, Linz und Innsbruck. Die vielversprechenden Ergebnisse, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Umdenken in der Behandlung des frühen Endometriumkarzinoms führen sollen, werden im kommenden Frühjahr auf dem ASCO-Meeting in Chicago und auf dem ESGO-Kongress in Mailand präsentiert. Aufgrund der langjährigen Kooperation der Innsbrucker Frauenklinik mit der Gruppe um Peter Altevogt aus dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg, sollte unsere Abteilung weltweit die erste sein, die den gegen das L1-CAM gerichteten humanisierten Antikörper in der Behandlung am Menschen z.B. in der Indikation des Endometriumkarzinoms einsetzen könnte.

Eine weitere Aufgabe eines „European Centre of Gynecological Oncology“ ist die Facharzt-Ausbildung in Gynäkologischer Onkologie. OA Dr. Daniel Reimer steht derzeit als motivierter und umsichtiger Trainee im dritten und letzten Jahr seiner Ausbildung und steht auch knapp vor der Habilitation. Neben seiner umfassenden onkologischen Ausbildung ist es ihm desweiteren gelungen im Labor neue molekulare Erkenntnisse in der Biologie des Ovarialkarzinoms zu gewinnen. Diese wurden in renommierten wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert. Dem Zentrum ist eine optimale Betreuung aller Patientinnen über seine eigene Grenzen hinweg, d.h. des gesamten Einzugsgebietes wichtig. Aus diesem Grund sehen wir es als ESGO akkreditiertes Zentrum als unsere Pflicht Therapieentscheidungen in einem neu organisierten und neu strukturierten interdisziplinären gynäko-onkologischen Tumorboard zu treffen. Um eine effizientere Vernetzung mit den assoziierten Partnerkrankenhäuser zu erreichen, hat die Planung eines multimedialen Tumorboards mit live Zuschaltungen der Partnerhäuser begonnen. Für diesen Zweck wurde die Bibliothek der Frauenklinik mit einer neuen Multimedia-Anlage ausgestattet.

Das onkologische Team der Frauenklinik zeigte zudem hohe Präsenz auf nationalen und internationalen Kongressen. Die Qualität unserer wissenschaftlichen Bemühungen wurde mit der Zuteilung des AGO-Award 2010 für den Beitrag „Molekulare Grundlage und Funktion der EGF-E2F3a Achse in

der Tumorbilogie des Ovarialkarzinoms“ D. Reimer, M. Hubalek, S. Riedle, S. Skvortsov, M. Erdel, E. Müller-Holzner, H. Fiegl, C. Marth, P. Altevogt, A.G. Zeimet, gewürdigt.

Zum zweiten Mal konnten wir 2010 als einziges Zentrum in Österreich über eine multimediale Direktschaltung zusammen mit Zürich und mehreren Gynäko-Onkologischen Zentren aus Deutschlands Großstädten an einem von der Charité in Berlin organisierten Post-ASCO Meeting teilnehmen. Die von der Firma GSK gesponserte Veranstaltung hat viele onkologisch Interessierte aus ganz Österreich und Südtirol in den Hörsaal der Innsbrucker Frauenklinik gebracht.

3.

Das im Rahmen der Jahrestagungen der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) stattfindende „Fortbildungsseminar für onkologisches Pflegepersonal“ wurde auch 2010 von DGUKS Annemarie Frank organisiert und unter aktiver Mitwirkung der Mitarbeiter der onkologischen Station Gyn III wieder mit sehr großem Erfolg im Congress Salzburg abgehalten. Wie gewohnt konnte die Teilnehmerzahl dieser 9. Auflage des Fortbildungsseminars neuerlich gesteigert werden, was auf die ungebrochene Beliebtheit und Einzigartigkeit dieser Veranstaltung hinweist.

Trotz einer bereits absolvierten Amtsperiode als Präsident der österreichischen AGO von 2005 bis 2007 wurde Prof. Alain Zeimet zum President elect für die kommende Präsidenschaftsperiode von 2011 bis 2013 gewählt. Diesbezüglich wurde schon mit der Erstellung eines Schwerpunktkonzeptes und mit der Planung der beiden AGO-Kongresse für die Amtsperiode 2011-2013 begonnen.

Im Bereich der onkologischen Pflege-Wissenschaften und -Fortbildung ist die Gynäkologischen Station III mustergültig involviert. Als größeres Projekt ist derzeit die Herausgabe eines Buches zum Thema „Spezielle Gynäkologisch-Onkologische Pflege“ geplant.

Die sozialen Belange von onkologischen Patientinnen müssen, neben allen medizinischen und pflegerischen Bemühungen, auf einer gut organisierten onkologischen Einheit abgedeckt werden. Durch die Aufnahme der erfahrenen Sozialarbeiterin Frau Mag. Verena Loewit in das onkologische Team ist es gelungen, diesen Bereich, der nun von Frau Mag. Hillebrand und Frau Mag. Verena Loewit abgedeckt wird, weiter zu verstärken. Beide bearbeiten die sozialen Probleme unserer Patientinnen mit viel Kompetenz und Umsicht.

Die Beliebtheit der Mal- und Gestaltungstherapie für gynäko-onkologische Patientinnen konnte durch eine Ausweitung des künstlerischen Angebotes weiter gesteigert werden. Aufgrund ihrer Funktion als psychologische Stütze für die Patientinnen ist uns diese Therapieform äußerst wichtig. Über Jahre gelingt es der Therapeutin Margit Riedmann schon die Patientinnen in ihren „Malstunden“ in die Welt der Phantasie und des künstlerischen Ausdrucks zu lotsen. Nur



Eine großzügige Spende des Zonta Club Innsbruck I, Marialuise Rampold, Prof. A. Zeimet, Dr.ⁱⁿ Anouk Wagener, Imke Smekal, Dr.ⁱⁿ Elisabeth Berger und die Malthérapeutin Margit Riedmann (v.l.)

durch die großzügige Unterstützung des Innsbrucker Zonta-Klubs sowie des Sponsorings durch Firma GlaxoSmithKline Österreich, konnte die Finanzierung der Malthherapie an der Frauenklinik Innsbruck weiterhin aufrecht gehalten werden.

Am Ende des Jahres 2010 hat das Fachmagazin „CliniCum“ zur Prämierung der besten Spitalsabteilung Österreichs aufgerufen. Unter der Leitung von DGUKS Annemarie Frank und OÄ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Abfalter wurde eine Präsentationsmappe der onkologischen Station der Frauenklinik zusammengestellt und zu diesem Wettbewerb eingereicht. Fortsetzung folgt ...!

3.3.1. Familiäre Malignome

(OA Dr. Michael Hubalek, Dr. Peter Schütz)

In unserer wöchentlichen Spezialambulanz werden Patientinnen mit familiärer Disposition für gynäkologische Malignome beraten. Vererbare Mamma- und Ovarialkarzinome unterscheiden sich von sporadischen Fällen durch das frühe Erkrankungsalter, die höhere Prävalenz von bilateralen Manifestationen und einer größeren Anzahl von assoziierten Tumoren in den betroffenen Familien. Im Gegensatz dazu treten sporadische Mammakarzinomerkrankungen in späterem Lebensalter und meist einseitig auf. Etwa 12% aller Patientinnen mit einem Mammakarzinom berichten über eine weitere erstgradig Verwandte mit derselben Erkrankung, 1% haben 2 oder mehr betroffene Familienmitglieder.

1994 und 1995 wurden 2 Gene (BRCA1 und BRCA2) entschlüsselt, die bei Vorliegen einer autosomal-dominant vererbten Keimbahnmutation mit der familiären Häufung von Mamma- und Ovarialkarzinomen in Verbindung gebracht werden.

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

Durch die Neubesetzung der Sektion für Humangenetik der Universität Innsbruck durch Univ.-Prof. DDr.med. Johannes Zschocke hat sich unser Beratungsfeld noch insofern erweitert, als dass wir zukünftig auch in der Lage sind, Patientinnen mit einer Prädisposition für Endometrium- und Colonkarzinom (Lynch-Syndrom oder hereditäres non-polypöses Kolonkarzinom, HNPCC) molekulargenetisch zu testen. Insgesamt hat sich mit Prof. Zschocke einiges an der Beratung erfreulichst und sehr zum Wohl der Patientinnen verändert. Die gesamte Beratung erfolgt gemeinsam mit Dr. Schütz (Sektion Humangenetik). Die Beratungszahl liegt derzeit bei 30-40 pro Jahr. Nach etwa 2/3 der Beratungen erfolgt eine weitere Testung. Die komplette molekulargenetische Untersuchung wird nun auch in Innsbruck durchgeführt. Dadurch hat sich die Wartezeit der Patientinnen auf den Befund auf ein Minimum reduziert.

Seit der Implementierung dieser gemeinsamen Beratung konnten insgesamt Frequenz und Qualität deutlich verbessert werden.

3.3.2. Loas 2010

(Dr.ⁱⁿ Elisabeth Grubinger, Dr.ⁱⁿ Astrid Berger)

3.



Die Organisatorinnen des 14. Onkolog. Alpengipfels Dr.ⁱⁿ Elisabeth Grubinger, Dr.ⁱⁿ Astrid Berger (vl)

Auch in diesem Jahr fand unser traditioneller „Onkologischer Alpengipfel“ auf der „Loas“-Alm, einem idyllischen Alpengasthof in den Bergen bei Schwaz, statt. Dieses jährliche Symposium dient dem wissenschaftlich-onkologischen Austausch und anregender Diskussion fernab der Klinik in alpiner Atmosphäre und wurde bereits zum 14. Mal abgehalten. Es stellt einen zentralen Bestandteil der wissenschaftlichen Aktivität des Departments Frauenheilkunde der medizinischen Universität Innsbruck dar. Erfreulicherweise spielte das Wetter Ende Oktober mit, sodass selbst die mit dem Wohnmobil angereisten Teilnehmer die Loas problemlos erreichen konnten.

Ein Novum 2010 war die – im Rahmen eines Vorprogramms durchgeführte – wissenschaftliche Einführung in die Thematik und das Heranführen an das diesjährige Thema „Hormone und Tumoren“. Prof. Christian Marth gab den Interessierten und AssistentInnen der Abteilung vor Beginn des Treffens einen objektiven Einblick in elementare Hintergründe der onkologischen Forschung. Dies stellte mitunter eine erhebliche Unterstützung im Verständnis der Themenbereiche und strittiger Diskussionspunkte dar.

Den Start des offiziellen Programmes machte Prof. Günther Daxenbichler mit „Neuen Vorstellungen zur hormonellen Regulation der Brust und seines Karzinoms“. Die Rolle des Androgenrezeptors beim Mammakarzinom in Verbindung mit der Frage einer neuen Möglichkeit der endokrinen Therapie erörterte

Gunda Pristauz aus Graz. Der Salzburger Senologe Dr. Roland Reitsamer entzündete die schlafende Tumorzelle als tickende Zeitbombe und aus der Heidelberger Gruppe um Peter Altevogt berichtete Marco Pfeifer über die epigenetische und transkriptionelle Regulation des humanen L1CAM Gens in Endometrialkarzinomen.

Das gesellschaftliche „Highlight“ der Veranstaltung bildete die Kabarettistin Barbara Baldini aus Vorarlberg. Mit ihrem Witz und Charme um „Liebe Sex und andere Dinge“ präsentierte sie einen „Fachvortrag“ der heiteren Art. Nach einem hervorragendem „Wildbraten“ fand der erste Abend seinen Ausklang bei Tanz und Musik.

Am Freitagvormittag begeisterte Dr. Andreas Günthert aus Bern mit einem hochinteressanten Vortrag über das GnRH System bei gynäkologischen Tumoren. Prof. Ludwig Wildt erfragte die Hintergründe der erniedrigten Inzidenz des Ovarialkarzinoms bei Pillen Anwenderinnen. Der in seinem Wohnmobil Telepathologie praktizierende Prof. Marius Nap aus den Niederlanden gab mit „The possible role of tissue associated macrophages in the transport of tumormarkers to the blood in patients with cancer“ die Sicht des Pathologen zum Besten. Zwei traditionelle „Loaser“ Prof. Edgar Petru aus Graz und Frau Prof. Tanja Fehm aus Tübingen erläuterten den Einfluss der Hormone auf Inzidenz und Verhalten von Tumoren in der Schwangerschaft bzw. die Hormonabhängigkeit zirkulierender Tumorzellen.

Bei herrlichem Herbstwetter nutzten die TeilnehmerInnen die Mittagspause in der Sonne, um persönliche Kontakte neu zu knüpfen und bereits bestehende wissenschaftliche Kooperationen zu unterhalten bzw. um eine Wanderung zu bestreiten.

Die Nachmittagssitzung war ein weiterer Höhepunkt dieser Veranstaltung und stand zunächst ganz im Zeichen der Senologie. Prof. Johannes Zschoke aus Innsbruck erklärte die Sicht des Genetikers auf BRCA 1&2 in hormoneller Interaktion gefolgt von Prof. Alfons Meindl aus München, dessen Darstellung des BRCA3-Crosstalks und Östrogenrezeptorpathway ausgiebig diskutiert wurde. Eine Übersicht über die Thematik des Insulin Signalling System im Zusammenhang mit dem Mammakarzinom gab Dr. Georg Pfeiler aus Wien. Den Sachverhalt der DNA Methylierung und Hormonrezeptoren beim Mammakarzinom legte Doz. Heidi Fiegl dar. Besonderer Dank gilt Helena Kiefel aus Heidelberg, die sich kurzfristig bereiterklärte einen spannenden Einblick in Ihre Forschungstätigkeit zu „Linking L1CAM-mediated signaling to NF- B activation“ zu geben.

Den Abschluss dieses Symposiums bildete das Abendessen bei einem traditionellen „Loas-Schnitzel“ mit anregender Diskussion in gemütlicher Atmosphäre.

3.3.3. AGO-Studienzentrale Österreich

(Dr.ⁱⁿ Birgit Kunz)

3.

Auch 2010 war für die Studienzentrale wieder ein sehr arbeitsreiches aber auch zufriedenstellendes Jahr. Die Betreuung der nationalen Studien und Studienzentren sowie die internationalen Kooperationen haben Erfolg gezeigt und so bekamen wir im Mai den Auftrag für eine große internationale Studie (AGO 28 – TrinoVA-2/ENGOT-ov-6) die Funktion als Leading Group zu übernehmen. Das bedeutet die Durchführung dieser Studie zusammen mit dem industriellen Sponsor in Europa zu organisieren! Da dies eine neue Form der Zusammenarbeit darstellt, stand zunächst die Aufgabenverteilung und die Erarbeitung von Strukturen im Vordergrund. Verträge international sowie national, Budgetplanung, Communication-Plan-Erstellung, ... sind nur einige der neuen administrativen Aufgaben. Mit viel Herzblut und Engagement haben wir mit dieser Aufgabe begonnen und werden 2011 mit der Studie starten können. Teilnehmende Länder in Europa im Rahmen der ENGOT (European Network of Gynaecological Oncological Trial Groups) sind Österreich, Deutschland, Italien, Belgien, UK und Dänemark, in Österreich werden 6 Studienzentren teilnehmen.

Natürlich erforderte dies auch eine Aufstockung unserer personellen Ressourcen: seit Oktober verstärkt Mag.^a Elisabeth Santer unser Team. Sie ist Molekularbiologin und war zuvor in der Pharmaindustrie tätig – wir möchten sie an dieser Stelle nochmals herzlich im Team willkommen heißen.

Trotz dieser neuen großen Herausforderung wurden die laufenden Projekte erfolgreich weiterbetreut – kurz im Überblick:

AGO 8 – CALYPSO Studie (Carboplatin-Caelyx vs Carboplatin-Taxol bei platin-sensitiven Rezidiv eines Npl. Ovarii): Es gab mehrere Publikationen mit österreichischen Autoren.

AGO 9 – TARCEVA Studie (Erlotinib in der adjuvanten Therapie des Ovarialkarzinoms): Der Datenschluss steht bevor, die 20 teilnehmenden österreichischen Zentren wurden monitiert und anfallende Queries bearbeitet.

AGO 12 – FAME-ENDO Dokumentationsstudie: Das Rekrutierungsziel von 1000 Patientinnen wurde erreicht, die Ergebnisse werden demnächst veröffentlicht.

AGO 14 – ZERVIX I Studie (Topotecan-Paclitaxel vs Topotecan-Cisplatin bei rezidierten oder persistiertem Zervixkarzinom): Österreich hält 20% der Gesamteinbringungszahl!

AGO 15 – MYOCET (Myocet-Carboplatin bei fortgeschrittenem Endometriumkarzinom): Erste Ergebnisse dieses erfolgreichen Therapiekonzepts konnten beim ICGS 2010 in Prag vorgestellt werden.

AGO 16 – IP-Therapie: Die Daten von 91 eingebrachten Patientinnen werden bei der nächsten AGO-Tagung im Mai in Salzburg präsentiert.

AGO 17 – HECTOR (Topotecan-Carboplatin im Vergleich zur Standardtherapie (Paclitaxel-Carboplatin oder Gemcitabin-Carboplatin) bei platin-sensitivem

rezidierten Ovarialkarzinom): In Österreich wurden 10% der Gesamt-einbringungszahl rekrutiert! Diesen Sommer soll eine Zwischenauswertung erfolgen.

AGO 20 – VECTIBIX (Radiochemotherapie mit Panitumumab bei primärem Zervixkarzinom): Die Erfahrungen in der Betreuung einer ersten Studienpatientin in Innsbruck werden demnächst in einem Amendment umgesetzt und danach wird die Studie an 10 weiteren österreichischen Zentren initiiert werden.

AGO 21 – AGO-Ovar 16/VEG110655 (Pazopanib-Monotherapie im Vergleich zu Placebo nach Firstline-Chemotherapie bei Npl Ovarii): In Österreich haben 14 Zentren insgesamt 20 Patientinnen eingebracht und damit das geplante Rekrutierungsziel erreicht.

AGO 24 – AGO Ovar12/BI 1199.15: (BIBF 1120 in Kombination mit Carboplatin/Paclitaxel im Vergleich zu Placebo plus Carboplatin/Paclitaxel bei primären Ovarialkarzinom): Auch bei dieser großen internationalen Studie ist Österreich mit der Anzahl der rekrutierten Patientinnen im vorgegebenen Bereich.

Als neue Studie wurde die AGO 25 – LION (Lymphadenektomie bei Ovarialkarzinom) an 8 österreichischen Zentren initiiert und bereits die ersten Patientinnen rekrutiert. Weiters wurden intensive Vorarbeiten geleistet, um die AGO 26 – DESKTOP III Studie (Tumorebulking-Operation gegen eine alleinige Chemotherapie bei platin-sensiblen Ovarialkarzinomrezidiv) und die AGO 27 – HPV Studie (HPV Clearance bei Zervixkarzinom nach OP oder kombinierter Radiochemotherapie) zu Beginn 2011 bei den Ethikkommissionen der teilnehmenden Zentren einzureichen.

Um die Qualität in der Betreuung der Studien zu erhalten bzw. zu verbessern, besuchen die Mitarbeiterinnen regelmäßig Fortbildungen. Außerdem ist die Studienzentrale immer in den Sitzungen des WAAGO (Wissenschaftlicher Ausschuss der AGO) vertreten.

Ein besonderer Erfolg war dieses Jahr das erste WAAGO-Symposium vom 25. – 26. November in Salzburg. 41 Prüfarzte und Study Nurses aus 11 österreichischen Zentren nahmen daran teil. Die Planung, Organisation und Durchführung erfolgte zum großen Teil durch die AGO-Studienzentrale.

Wie jedes Jahr wurde auch das Symposium der Studienzentrale im Rahmen der AGO-Tagung in Salzburg abgehalten. Hier wird immer die aktuelle Studienlandschaft in Österreich vorgestellt sowie Studienzentren für besondere Leistungen ausgezeichnet. 2010 wurde die Medizin. Universität Graz, Prüfarzt Prof. Dr. Petru zum Zentrum des Jahres gekürt und 5 weiteren österreichischen Zentren die Zertifizierung zum Prüfzentrum der AGO verliehen.

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

3.3.4. Kosmetikseminar (DGuKS Luzia Köfler)

Kostenloses Kosmetikseminar für Chemo-Patientinnen

3.

Nach gesundheitlich bedingtem Ausscheiden von DGuKS Fritz Christine, die das Kosmetikseminar aufbaute und mit sehr viel Freude und Eifer geleitete, war es für mich ein großes Anliegen und Bedürfnis das Seminar mit Klotz Astrid als ausgebildete Kosmetikerin weiter zu führen.

Es unterstützt Frauen, durch das Erlernen von Schminktechniken und Binden von Tüchern ihr Selbstwertgefühl und Wohlbefinden zu steigern. Wir möchten betroffene Frauen anleiten, mit Folgen der Chemo- od. Strahlentherapie wie Augenbrauen-u. Wimpernverlust, Haarausfall sowie Hautveränderungen umzugehen.

Klotz Astrid zeigt den Frauen wie sie mit einfachen Tricks und Hilfsmitteln ein dezentes Tagesmake-up selbständig auftragen können. Frauen können sich unter Anleitung selber



Frauen die Möglichkeit bieten, mit einfachen Tricks ihr Aussehen zu verändern und sich dadurch selbstsicherer und wohler fühlen.

schminken und gleich die gezeigten Tipps ausprobieren. Wir zeigen den Teilnehmerinnen wie sie sicher Tücher od. Schals binden können – diese können als Alternative zur Perücke getragen werden. Das geschickte Verwenden von Strick- od. Häkelkappen runden das Angebot ab. Es soll auch bewusst gemacht werden, wie wichtig das Tragen von Accessoires wie Ketten, Ohrringe und diverse Schmuckstücke ist, um sich wohler zu fühlen.

... mit einfachen Tricks und Hilfsmitteln ...





... DANKE allen Schmuckspenderinnen und fleißigen Handarbeiterinnen ...

Durch Spenden haben wir viele Schmuckstücke, Tücher, Kappen und auch Kosmetika erhalten. So können wir diese den Teilnehmerinnen auch mitgeben. Ein besonderes DANKE allen SpenderInnen und fleißigen Handarbeiterinnen.

In diesem Seminar geht es vorerst um Kosmetik, Schminken, Tücher binden. Wesentlich ist aber, mit anderen Betroffenen zusammen zu sein, unbeschwert sich auszutauschen, Ängste, Fragen und Wünsche mit gleich Betroffenen besprechen zu können. Dadurch wird der Alltag unbeschwerter und die Krankheit nicht so dominant.

Für Fr. Klotz und mich ist es immer wieder ein schönes Gefühl, wenn die Frauen strahlender und frischer das Seminar verlassen und wir sie ein Stück ihres Weges begleiten dürfen. Wir freuen uns auf jeden neuen Termin bei unserem Kosmetikseminar.



... Tücher oder Schals binden ...

3.4. Brustzentrum d. Frauenheilkunde im Rahmen des BrustGesundheitZentrumTirol

(OA Dr. Michael Hubalek)

3.



Michael Hubalek



Daniel Egle



Magdalena Ritter



Johanna Tiechl



Anouk Wagener

Das Brustgesundheitszentrum Tirol besteht in der derzeitigen Form nun seit über 8 Jahren. Durch stetige Qualitätsverbesserungen und den ständigen Bemühungen aller Mitarbeiter sind im Jahr 2010 über 270 neue Patientinnen mit Mammakarzinom an unserem Zentrum behandelt worden. Diese intensive Arbeit wurde dann offiziell Mitte des Jahres mit der Überreichung des Zertifikats der EUSOMA (European Society of Mastology) auch von europäischer Ebene gewürdigt. Damit bleiben die Qualitätsziele hoch gesteckt und betreffen sämtliche involvierten Disziplinen wie die Radiologie, Pathologie, Psychoonkologie, Strahlentherapie, Plastische Chirurgie usw. sowie auch die Pflege.

Erfreulicherweise konnten im vergangenen Jahr drei Fachkräfte aus der Pflege die Ausbildung zur sogenannten „breast care nurse“ („Brust-Krankenschwes-



Zertifikat von EUSOMA (European Society of Mastology)

ter“) abschließen und DGuKS Barbara Pichler und DGuKS Karin Alber sind inzwischen integraler Bestandteil des interdisziplinären Behandlungsteams geworden. Die Arbeit der Breast Care Nurses wird nicht nur von Patientinnen als sehr positiv wahrgenommen, sondern hat auch die Zusammenarbeit von Ärzten und der gesamten Pflege nochmals intensiviert. Im Rahmen des PRO-Beth (patient reported outcome of patients undergoing endocrine treatment)-Projekts wurde eine bisher einzigartige Zusammenarbeit auf klinischer und wissenschaftlicher Ebene zwischen Senologen und Psychoonkologen geschaffen. Dieses Projekt zielt darauf ab, Patientinnen unter antihormoneller Therapie und den damit verbundenen Nebenwirkungen zu helfen, diese Beschwerden zu managen. Durch diese intensive wissenschaftliche Kooperation, unter andern auch mit dem Institut für gerichtliche Medizin konnten im Jahr 2010 insgesamt 15 Posterbeiträge auf internationalen Kongressen und 3 Publikationen aus diesem Projekt erarbeitet werden.

Leider hat uns aber Prof Dr. Günter Daxenbichler als ständiger wissenschaftlicher Berater mit September 2010 in seine wohlverdiente Pension verlassen. Prof. Daxenbichler war nicht nur wegen seinen wissenschaftlichen Beiträgen, sondern insbesondere als Qualitätsbeauftragter des BGZ eine wichtige Stütze unseres Zentrums. Die im BGZ gebotene Qualität wurde maßgeblich durch Prof. Daxenbichler geprägt und durch ständige Überprüfungen weiter verbessert. Mit Mag. Franz Preishuber konnte jedoch eine würdige Nachfolge für diese wichtige Funktion gewonnen werden.

Wir freuen uns insbesondere, dass wir im abgelaufenen Jahr einen weiteren affilierten Partner gewinnen konnten. Durch die Affilierung des Brustzentrum Osttirol konnte der Kreis von auf qualitativ hohem Niveau arbeitenden Abteilungen erweitert werden. Die Zusammenarbeit mit unseren bereits affilierten Partnern Meran, Brixen und Dornbirn konnte weiter verstärkt werden. Im abgelaufenen Jahr 2010 wurde im BGZ Tirol bei **260** Patientinnen ein primäres Mammakarzinom diagnostiziert und dementsprechend auch therapiert. Damit wurde im Vergleich zum Vorjahr wieder eine Steigerung der Anzahl der Patientinnen verzeichnet. Insgesamt wurden **618 Operationen** zur Behandlung von Erkrankungen der Brust durchgeführt. Ebenfalls eindrucksvoll ist die Zunahme der ambulanten Leistungen: Die Frequenzen in der Ambulanz stiegen um 8% auf 7.601 Patientenkontakte, die Anzahl der Leistungen um 11 % auf fast 9.000.

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

Höhere Patientenzahlen ermöglichten zusätzliche Initiierungen von klinischen Studien. Insgesamt konnten wieder über 25% aller Patientinnen mit verschiedensten Stadien der Erkrankung in eine der über 20 klinischen Studien eingebracht werden. Somit befanden sich **786** Patientinnen im Jahr 2010 in Mamma-Studien. Vorarbeiten für die Initiierung von weiteren klinischen Studien wurden von Frau Dr.ⁱⁿ Johanna Ulmer, Fr. Mag.^a Carmen Albertini und Fr. Dr.ⁱⁿ Justina Angerer (Mamma-Studienzentrale) erfolgreich geleistet. Hierbei kann der unermüdliche Einsatz von Astrid Kluckner, DGuKS Marion Gebauer, DGuKS Sabine Bichler, Brigitte Riml, und Alfred Wieser im Rahmen der ambulanten Patientenbetreuung nicht genug gewürdigt werden. Damit ist trotz steigender Patientenanzahl die gewohnt freundliche und familiäre Atmosphäre für Frauen mit Brustkrebs auch in Zukunft gewährleistet.

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

3.4.1. BCN – Breast Care Nurse

(DGuKS Barbara Pichler, DGuKS Karin Alber)



vl: Karin Alber, Barbara Pichler

***Pflegeexpertin für Brusterkrankungen oder einfach Brustschwester?
Auffangen, informieren, beraten, unterstützen, betreuen, begleiten, zuhören...***

Mit diesen Schlagwörtern lässt sich dieses, in Österreich, noch sehr junge Berufsbild gut charakterisieren.

Durch die europaweite Etablierung hochwertiger Brustgesundheitszentren, die strengen Qualitätskriterien und Richtlinien unterliegen, ist es notwendig geworden Breast Care Nurses (BCN) auszubilden. Was im angloamerikanischen Raum schon seit Jahren zum Standard gehört, wurde nun auch in Österreich aufgegriffen.

Auf die Initiative von Prof. Marth und des Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe (AZW) wurde ein Curriculum zur Ausbildung von BCNs erarbeitet, das den strengen Anforderungen der EUSOMA gerecht wird.

Vom Mai 2009 bis Februar 2010 fand nun erstmals in Österreich die Zusatzausbildung zur Breast Care Nurse in Innsbruck statt. 17 diplomierte Pflegepersonen aus ganz Österreich, 5 davon aus Innsbruck, nahmen an diesem Kurs teil.

Die Unterrichtsfächer wurden 4 Hauptgruppen zugeordnet

- ▶ Medizinisch wissenschaftliche Fachgebiete
- ▶ Pflegerische Fachgebiete
- ▶ Kommunikation, Psychoonkologie
- ▶ Berufskunde

Vermittelt wurden die Lerninhalte in Form von Präsenzunterricht und Phasen selbstorganisierten Lernens (e-learning) zu verschiedenen fachspezifischen Themen. Außerdem musste eine Praxiswoche in einem Brustgesundheitszentrum absolviert werden.

Zur Erlangung des Abschlusses waren erforderlich

- ▶ Besuch des theoretischen Unterrichts
- ▶ Teilnahme an den Onlinephasen
- ▶ Absolvierung des praktischen Teiles
- ▶ Positiv beurteilte Projektarbeiten sowie
- ▶ Positiv absolvierte Abschlussprüfung

Das Betätigungsfeld einer BCN ist ein weitläufiges, orientiert sich stark an den jeweiligen Bedürfnissen der Betroffenen (und deren Angehörigen), die im Verlauf der Erkrankung variieren und sich ändern!

Durch die zunehmende Spezialisierung in der Medizin sind zahlreiche Fachgebiete entstanden, die im Rahmen einer einzigen Diagnose zusammenarbeiten. Um einen konstanten Ansprechpartner für den gesamten Krankheits- und Heilungsprozess zu gewährleisten, stehen BCNs an der Seite der Betroffenen.

Da die BCN Mitglied im multidisziplinären Kernteam ist, fungiert sie auch als Vermittlerin und Koordinatorin zwischen möglichen Schnittstellen wie Sozialarbeit, Psychoonkologie, Physiotherapie, Friseur, Sanitätshäuser, etc. Um kompetent beraten und informieren zu können, nimmt die BCN an Fallbesprechungen (Tumorboard) und Teamsitzungen teil. Für Breast Care Nurses, die im klinischen Bereich tätig sind, ist es notwendig, zumindest teilweise, vom „Stationsalltag“ freigestellt zu werden, um zufriedenstellende Arbeit leisten zu können.

Neben der klinischen Tätigkeit findet die BCN ein weiteres Betätigungsfeld in der Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen, ermöglicht Schulungen für Patientinnen und deren Angehörige, sowie für Auszubildende.

In diesem Rahmen kann der Aufgabenbereich einer BCN nur kurz dargestellt werden. Für ausführliche Informationen können sie uns über das BrustGesundheitsZentrum Tirol (www.BrustGesundheitZentrum.at) jederzeit gerne kontaktieren. Ab Jänner 2011 stehen nun 2 „Brustschwestern“ jeweils teilzeitig zur Verfügung. Wir hoffen, das „neue“ Berufsbild am BGZ gut zu etablieren, um in Zukunft betroffene Frauen (und Männer) noch besser betreuen zu können.

3.5. Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

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

3.



Ludwig Wildt



Stephanie Ziehr



Bettina Böttcher



Christoph Brezinka



Janette Müller



Beata Seeber



Samira Abdel Azim



Veronika Kunczicky



Katharina Winkler

3.5.1. Kinderwunschsprechstunde

(OÄ Dr.ⁱⁿ Janette Müller, OÄ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher, Dr.ⁱⁿ Theresa Czech)

3.

Auch 2010 konnten die Patientenzahlen im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesteigert werden. Unser bewährtes Konzept zur Diagnostik und Therapie des unerfüllten Kinderwunsches wird laufend durch die Teilnahme an zahlreichen Fort- und Weiterbildungen an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Dadurch konnten Stimulationsprotokoll für ältere Patientinnen oder „low responder“ entwickelt und optimiert werden. Darüber hinaus konnte die Methode des Embryotransfers durch ein spezielles Verfahren der Ultraschallüberwachung und durch Anwendung der aus der Neurowissenschaft bekannten Methode der Mikroinjektion verbessert werden, was in einer deutlichen Verbesserung der Schwangerschaftsrate resultiert.

Die vor 2 Jahren eingeführte IMSI-Methode (Selektion der Spermien für die Injektion der Eizellen bei 6000-facher Vergrößerung) hat sich im letzten Jahr weiter etabliert und wird vermehrt von den Paaren in Anspruch genommen.

Ein weiteres neu eingeführtes Verfahren besteht in der Seminalplasmaspülung. Diese Methode besteht in der Spülung des hinteren Scheidengewölbes und des Cervikalkanals mit speziell aufbereitetem Seminalplasma einige Tage vor dem Embryotransfer. Dadurch soll eine höhere Implantationsrate erreicht werden. Zur Anwendung kommt dies vor allem bei Patientinnen, bei denen bisher durch künstliche Befruchtung trotz guter Embryonenqualität keine Schwangerschaft erzielt werden konnte. Die Seminalplasmaspülung kann sowohl in einem Frischzyklus als auch vor dem Transfer von kryokonservierten Embryonen angewendet werden.

Durch intensive auf pathophysiologischen Überlegungen beruhenden Diagnostik und Therapie sowie „tender loving care“ konnten wir bei der Betreuung unserer Patientinnen mit wiederholten Aborten gute Erfolge erzielen. Viele von Ihnen stehen mittlerweile kurz vor der Entbindung und stellen uns anschließend voll Stolz ihren Nachwuchs vor!

Der seit 2009 vierteljährlich angebotene Kinderwunsch-Informationsabend findet guten Anklang. Immer mehr Paare nehmen unsere Einladung an, sich in entspannter Atmosphäre über verschiedene Therapiemöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch zu erkundigen.

Auch freuen wir uns besonders, Fr. Dr.ⁱⁿ Stephanie Ziehr und Fr. Dr.ⁱⁿ Beata Seeber zur Geburt Ihrer Kinder gratulieren zu dürfen und wünschen Ihnen mit Carlotta Theresa bzw. Raphael viel Freude!

3.5.2. First-Love-Ambulanz

(OÄ. Dr.ⁱⁿ Janette Müller, Dr.ⁱⁿ Katharina Winkler)



Seit Februar 2006 nehmen pro Jahr zwischen 100 und 150 Mädchen im Alter von 11 bis 18 Jahren das Angebot der First Love Ambulanz wahr, Informationen über Sexualität, Verhütung, sexuell übertragbare Krankheiten, Menstruationsbeschwerden und Zyklusstörungen einzuholen oder auch eine erste gynäkologische Untersuchung durchführen zu lassen. Meist kommen die Mädchen mit Freundinnen, ihren Müttern oder Schwestern, manchmal erfreulicherweise aber auch in Begleitung ihres Freundes.

Neben den Sprechstunden am Dienstag und Donnerstag von 13:00 bis 15:00 nahm das First-Love Team auch 2010 wieder an verschiedensten Sexualpädagogischen Projekten teil und war an 7 Schulen aktiv. So fand ein gemeinsamer Expertentag zum Thema Jugend und Sexualität mit der Tiroler Aidshilfe und den Vereinen Courage und Aranea im Jugendzentrum Blaike in Völs statt. Ebenso war die First-Love Ambulanz wie jedes Jahr bei den Tiroler Gesundheitstagen vom 20.-22. Oktober vertreten und wurde dort zu einem der Fixpunkte für die Innsbrucker Schul-

klassen.

3.5.3. Fertilitätsprotektion unter gonadotoxischer Therapie

(OÄ Dr.ⁱⁿ Stephanie C. Ziehr)

Die Fertilitätsprotektion ist ein wichtiger Bestandteil der onkologischen Beratung bei Tumorpatienten im fertilen Alter. Neben der etablierten Möglichkeit der Kryokonservierung von Spermien für Männer stehen jungen Frauen hauptsächlich experimentelle Methoden für die Wahrung der Fertilität zur Verfügung. Hierzu gehört der Schutz des Oozytenpools durch die Gabe von GnRH-Analoga, die Kryokonservierung von Ovarialgewebe sowie die Transposition der Ovarien aus dem Strahlenfeld vor einer geplanten pelvinen Radiatio. Von Bedeutung für die Beratung ist neben der Grunderkrankung, der geplanten Therapie und dem Alter der Patientin auch die aktuelle Situation bzgl. der persönlichen Familienplanung.

Im Jahr 2010 wurden an unserer Klinik 30 Beratungen zu fertilitätsprotektiven Maßnahmen vorgenommen. Es entschieden sich vier Patientinnen für die alleinige GnRH-Analoga-Therapie, 13 Patientinnen für die alleinige Ovarialteilresektion zur Kryokonservierung von Ovarialgewebe und neun Patientinnen entschieden sich für die Kombination von GnRH-Analoga mit der Kryokonservierung von Ovarialgewebe. Bei zwei Patientinnen wurde eine Transposition eines Ovars vorgenommen.

Da unsere Klinik österreichweit die einzige Anlaufstelle für die Kryokonservierung von Ovarialgewebe ist, wird uns auch zunehmend Gewebe aus anderen Kliniken zugesandt, sollte für eine Patientin die Reise nach Innsbruck nicht vertretbar sein. Im Jahr 2010 erhielten wir auf diesem Weg acht Gewebeproben von der Universitätsfrauenklinik Graz und eine Gewebeprobe aus dem KH Meran. (Tabelle 1)

Tabelle 1: Fertilitätsprotektive Maßnahmen In Innsbruck im Jahre 2010

Fertilitätsprotektive Maßnahme	Anzahl der Patientinnen
Beratungen gesamt	30
GnRH-Analoga	4
Kryokonservierung von Ovarialgewebe	13
GnRH-Analoga + Kryokonservierung von Ovarialgewebe	9
externe Gewebegewinnung zur Kryokonservierung von Ovarialgewebe in IBK	9
Transposition von Ovarien	2

Entsprechend der Inzidenz onkologischer Erkrankungen im jungen fertilen Alter stellten sich zwölf Patientinnen mit hämatologischen Erkrankungen und zehn Patientinnen nach Erstdiagnose eines Mammakarzinoms mit dem Wunsch nach Kryokonservierung von Ovarialgewebe vor. Ferner fanden sich Patientinnen nach Diagnose eines Sarkom, Medulloblastoms, Borderline Tumor des Ovars und eines systemischen Lupus erythematodes. (Tabelle 2)

Tabelle 2: Patientinnenkollektiv: Kryokonservierung von Ovarialgewebe in Innsbruck im Jahre 2010

Patientengruppe	Anzahl der Patientinnen	Alter
Hämatologische Erkrankungen	12	24,1
Mb. Hodgkin	8	26,1

Patientengruppe	Anzahl der Patientinnen	Alter
ALL, AML etc.	4	20
Mammakarzinom	10	31,6
sonstige maligne Erkrankungen	5	22,2
Autoimmun-erkrankungen	2	23
sonstige benigne Erkrankungen	1	27
gesamt	30	26,3

Im Jahr 2010 wurden zwei autologe Retransplantationen von Ovarialgewebe an das verbliebene Ovar bzw. in eine pelvine Peritonealtasche vorgenommen. Zum aktuellen Zeitpunkt ist jedoch leider keine Hormonproduktion bei den Patientinnen nachweisbar.

Aufgrund von Hodentumoren, hämatologischen Erkrankungen, Medulloblastom oder Osteosarkom stellten sich im Jahre 2010 24 Männer mit dem Wunsch nach Kryokonservierung von Spermien an unserer Klinik vor. Die Terminvergabe erfolgt umgehend, so dass vor Therapiestart ausreichend Sperma asserviert werden konnte.

Ein besonderer Dank gilt den uns zuweisenden Kliniken: Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie, Universitätsklinik für Urologie, Universitätsklinik für Dermatologie, Universitätsklinik für Nephrologie. Denn Fertilitätsprotektion ist immer auch eine interdisziplinäre Herausforderung.

Wissenschaftlich führen wir die Untersuchungen an dem von uns etablierten In-Vitro-Model für die Kultur von Ovarialgewebe vor und nach Kryokonservierung weiter und beschäftigen uns zunehmend mit der In-Vitro-Maturation von unreifen Eizellen aus dem gewonnenen Ovargewebe. Hier können wir auch bereits erste Erfolge berichten. (PHD-Studenten: Dr. Katharina Winkler und Dr. Mahmoud Salama). Es bedarf jedoch noch weiterer intensiver Bemühungen, um diese Methoden in die alltägliche Praxis umzusetzen.

3.5.4. Transgender

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

3.

Seit 2003 werden Transgender an der Klinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin betreut, seit 2010 können wir eine eigene Transgender Sprechstunde anbieten. Jeden zweiten Mittwoch im Monat gibt es am Nachmittag Termine an denen sich die PatientInnen sowohl informieren oder aber ihre regelmäßigen Kontrollen durchführen können. Unsererseits erfolgt die hormonelle Begleitung der PatientInnen während der Geschlechtsumwandlung sowie die Veranlassung von routinemäßigen Untersuchungen z.B. der Gynäkologie, der Knochendichtemessung, eine internistische Untersuchung, unter besonderer Berücksichtigung der mit der Behandlung mit hohen Dosen von Sexualsteroiden verabreichten metabolischen Problemen, oder die Durchführung der Mammographie. Seit 2010 arbeiten wir mit Transgender Austria unter der Führung von Frau Fuchs eng zusammen. Zu diesem Netzwerk gehören die Mitglieder der Selbsthilfegruppe, Psychologen und wir Ärzte. In Zusammenarbeit mit dem Team der Operativen Gynäkologie und den Kollegen aus dem Brustzentrum kann das Angebot der Behandlung in unserem Haus komplettiert werden. Fächerübergreifend arbeiten wir mit der Universitäts-Klinik für Psychiatrie und der Universitäts-Klinik für Urologie sowie der Universitätsklinik für HNO und der Hör- Stimm- und Sprachstörung zusammen und runden damit die Gesamtheit der geschlechtsspezifischen Behandlung ab.

3.6. Morphologisches Labor

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



Prof.ⁱⁿ Müller-Holzner mit einem Teil der Labormitarbeiterinnen

„Pap IV ist Pap IV, – und damit basta!“

Dies war die Antwort von Prof. Propst, dem damaligen Vorstand des Institutes für Pathologie, auf die Frage eines Kliniklers, was denn *genau* der Befund Pap IV bedeute. Es war 1982, Prof. Propst kurz vor seiner Emeritierung und ich ganz am Anfang meiner Ausbildung zum FA für Pathologie.

Der Satz ist mir immer noch in Erinnerung. Als die Zytologie damals eingeführt wurde, gab es noch große Unsicherheit und Skepsis sowohl auf Seiten der Pathologen als auch unter den Klinikern. Mittlerweile ist die Methode unumstritten und allseits anerkannt. Wichtig ist, dass man sie richtig einsetzt und interpretiert.

Auch innerhalb der Pathologie ist die darin zum Ausdruck gebrachte Haltung nicht mehr zeitgemäß. Wir Pathologen sind ständig angehalten, unsere Tätigkeit, die angewandten Techniken und die gestellten Diagnosen auf ihre Korrektheit, Qualität und Relevanz bezüglich klinischer Konsequenzen zu überprüfen. Qualitätsmanagement (QM) ist aus dem Laboralltag nicht mehr wegzudenken.

Diesen letzten Punkt möchte ich aufgreifen. In meinem Bericht aus dem Morphologischen Labor stelle ich heuer einige unserer QM-Maßnahmen im Bereich der Zytologie vor, die vielleicht auch für unsere Einsender von Interesse sind.

Wir beteiligen uns z.B. seit 2002 an der „Freiwilligen Selbstkontrolle der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie (ÖGZ)“. Die Daten der Labors, die sich aus ganz Österreich beteiligen (2008 waren dies 39), werden von Herrn Univ. Prof. Peter Regitnig für das Qualitätssicherungskomitee der ÖGZ auf sehr professionelle und informative Weise ausgewertet. Die detaillierten Ergebnisse (QS-Bericht der ÖGZ⁹⁾) sind auf der Homepage der Gesellschaft publiziert (www.cytology.at) und ermöglichen einen Vergleich mit vorgegebenen Qualitätszielen, aber auch mit anderen Labors. Das Ziel ist eine kritische Standortbestimmung und das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Verbesserung. Die Labors unterscheiden sich allerdings bezüglich des untersuchten Patientengutes und beinhalten in unterschiedlichem Ausmaß Einsendungen im Rahmen des Routine-Screenings wie auch aus spezialisierten onkologischen Ambulanzen. Ein konkretes Benchmarking ist daher nur mit Kenntnis des untersuchten Patientengutes möglich.

Die Auswertung und Publikation der Daten durch die ÖGZ erfolgt immer erst zeitversetzt, da nach Abschluss des jeweiligen Jahres der zytologischen Datenerhebung nachfolgende histologische Befunde des darauf folgenden Jahres mit eingeschlossen werden. Im Jahr danach wird dann der Bericht publiziert. Die folgenden Zahlen stammen aus dem Berichterstellungsjahr 2010 und beziehen sich somit auf die zytologischen Untersuchungen Jahres 2008.

Verteilung der Pap-Befunde

Die Verteilung unserer Befunde liegt sehr gut innerhalb der von der ÖGZ vorgegebenen Werte (Tab. 1). Vor allem der sehr geringe Anteil an Pap III mit nur 0,36% ist äußerst erfreulich.

	Eigene Daten n = 26.574	Normwerte laut ÖGZ
Anteil Pap I + Pap II	97 %	97 – 98 %
Anteil Pap III + IIID + IIIG + IV + V	3%	2 – 3 %
Pap III Anteil	0,36 %	0,2 – 1,5 %
Ratio Pap IIID / Pap IV	4,8 : 1	mindestens 4 : 1
Pap V Anteil	0,03 %	0 – 0,05 %

Tab. 1: Verteilung unserer Pap-Befunde im Vergleich zu Norm-Werten der ÖGZ.

Routinemäßige Nachkontrollen von Abstrichen

Folgende Methoden werden bei uns routinemäßig angewandt, um etwaige falsch negative Befunde zu entdecken. Es wurden damit im Jahr 2008 insgesamt

3 falsch negative Befunde (bei einer Gesamtzahl von 26.574 Abstrichen) entdeckt.

Methode A: es wurden 10,7 % unserer Abstriche nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und doppelt befundet: zwei Screenerinnen befunden unabhängig voneinander einen Abstrich, die Befunde werden anschließend verglichen.

Resultat: es wurde ein einziger Abstrich primär als Pap II eingestuft, der korrekterweise letztlich als Pap IIID befundet worden ist. Mit dieser Methode wurde somit ein falsch negativer Befund entdeckt.

Methode B: bei jedem aktuellen auffälligen zytologischen oder histologischen Cervixbefund werden allfällig vorhandene vorangegangene negative Abstriche immer ausgehoben und noch einmal befundet.

Resultat: im Jahr 2008 mussten dabei zwei dieser ursprünglich negativen Abstriche nachträglich als Pap IIID eingestuft werden. Es handelte sich in beiden Fällen um wenige, geringgradige Atypien, die mit dem Wissen des aktuell vorliegenden positiven Befundes entsprechend kritisch beurteilt wurden. Mit dieser Methode wurden also 2 weitere Befunde als falsch negativ eingestuft.

Kommentar: Diese Zahlen (sie werden im Rahmen der Freiwilligen Selbstkontrolle nicht in dieser Form erhoben, es gibt daher keine entsprechenden Vergleichswerte) sind in Anbetracht der großen Anzahl an durchgeführten Befunden akzeptabel. Sie weisen allerdings auch darauf hin, dass es sich bei der zytologischen Befundung um eine subjektive Methode handelt. Es gibt keine absoluten, messbaren Kriterien für Malignität. Die Einstufung der Zellveränderungen beruht letztlich in hohem Maße auf Erfahrung. Dies zeigt sich auch darin, dass seit Jahren versucht wird, diese Methode zu automatisieren. Aber auch mittels Bildanalyse kann der Automat immer nur Vorarbeit leisten und Zellen, die von gewissen Normen abweichen, anzeigen. Die Diagnose, ob diese Abweichungen auf entzündlichen, regenerativen oder malignen Veränderungen beruhen, muss letztlich immer mit dem menschlichen Auge getroffen werden. Wir haben das Glück, sehr erfahrene Zyto-Screenerinnen zu haben, und wir trachten stets danach, durch Fortbildungen, aber auch durch das gemeinsame Besprechen der Fehler kontinuierlich dazulernen.

Korrelation Zytologie – Histologie

Bei der Beurteilung eines positiven zytologischen Befundes im Vergleich mit dem nachfolgenden histologischen Befund gibt es zwei Fragestellungen:

1. Ist der zytologische Befund prinzipiell als korrekt positiv oder als falsch positiv zu bewerten?
2. Ist innerhalb der auf diese Weise zwar als „korrekt“ eingestuften Befunde der zytologische Befund in Korrelation mit der zu erwarteten Histologie unter- oder überbewertet?

Ad 1. Übersicht (Tab. 2a):

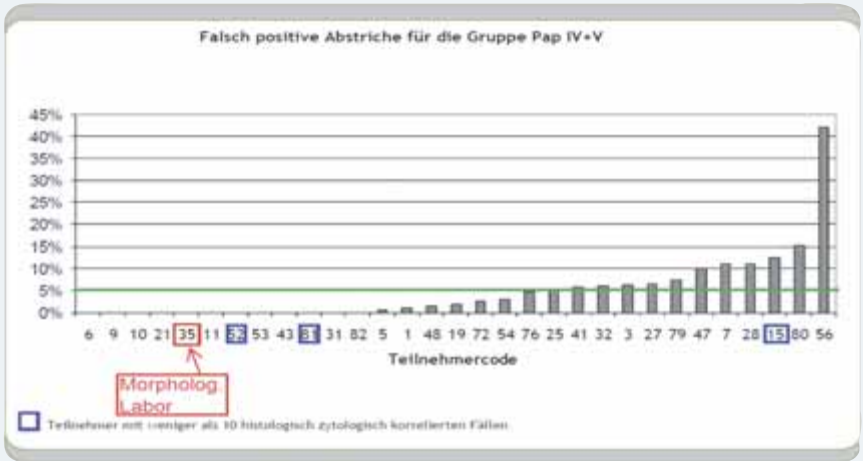
Es wurden positive Befunde (Pap III + IIID + IIIG + IV + V) von insgesamt 255 Patientinnen ausgewertet. Häufig liegen Mehrfachabstriche pro Fall vor, gewertet wurde der jeweils „höchste“ Pap.

Positiver Pap III+IIIG+IIID+IV+V	Fälle	Histologischer Befund
gesamt	255 (100%)	
korrekt positiv	249 (98%)	Mindestens CIN I
falsch positiv	6 (2%) davon: 1 x Pap III 4 x Pap IIID 1 x Pap IIIG	Erosion Nur HPV-assoziierte Veränderungen Endometriumhyperplasie

Tab. 2a) Gegenüberstellung der eigenen positiven zytologischen Befunde Pap mit den histologischen Ergebnissen. Gesamtübersicht.

Kommentar: Es ist zu beachten, dass nach Vorgabe der ÖGZ in der Gruppe „positiver Pap“ auch die Befunde „Pap III“ enthalten sind, bei denen definitionsgemäß nicht sicher vorhergesagt werden kann, ob es sich um eine benigne oder maligne Läsion handelt.

Dass wir mit unserem Ergebnis insgesamt sehr gut liegen, ist der Tabelle 2b aus dem QS-Bericht der ÖGZ ¹⁾ zu entnehmen:



Tab. 2b) Gegenüberstellung der falsch positiven zytologischen Befunde Pap IV + V aller Teilnehmer an der Freiwilligen Qualitätskontrolle (entnommen dem QS-Bericht¹⁾)

Ad 2. Detail (Tab. 3):

Der detaillierten Darstellung der Korrelation positive Zytologie / Histologie ist zu entnehmen, dass es keinen falsch positiven Pap IV bzw. Pap V gab. Vier falsch

Pap IIID (n = 161) Zu erwartende Histologie = CIN I oder CIN II		
Zytologischer Befund	Anzahl	Tatsächliche Histologie
korrekt positiv	157	
unterbewertet	20	20 x CIN III
überbewertet	0	
falsch positiv	4	4 x nur HPV-assoziierte Veränderungen
Pap IV (n = 55) Zu erwartende Histologie: CIN II oder CIN III		
korrekt positiv	55	5 x CIN II und 43 x CIN III
unterbewertet	6	6 x <i>Plattenepithel-Ca</i>
überbewertet	1	1 x <i>CIN I</i>
falsch positiv	0	
Pap V (n = 8) Zu erwartende Histologie: invasives Karzinom		
korrekt positiv	7	5 x <i>Plattenepithel-Ca</i> 1 x <i>Adeno-Ca Cervicis</i> 1 x <i>Ovarial-Ca</i>
<i>überbewertet</i>	1	1 x <i>CIN III</i>
falsch positiv	0	
Pap III (n = 23) Zu erwartende Histologie: „alles ist möglich“ (von der reaktiven Veränderung bis zum invasiven Karzinom)		
„alles ist möglich“, daher keine Einteilung in korrekt positiv oder falsch positiv	23	1 x CIN I, 4 x CIN II, 2 x CIN III 5 x <i>Cervixkarzinom</i> , 5 x <i>Corpuskarzinom</i> 2 x <i>Ovarialkarzinom</i> 3 <i>Endometriumhyperplasie</i> 1 <i>Erosion</i>
Pap IIIG (n = 8) Zu erwartende Histologie: Glanduläre Läsionen (<i>Adeno-Ca</i> , komplexe <i>Hyperplasie</i> , ...)		
„suspekte glanduläre Zellen“	8	5 x <i>Adeno-Ca</i> , 2 x <i>atypische Hyperplasie</i> 1 x <i>einfache Endo-Hyper- plasie</i>

Tab. 3: Detaillierte Auswertung von insgesamt 255 unserer histologisch abgeklärten Patientinnen mit positiver Zytologie

positive Befunde fanden sich in der Gruppe Pap IIID, bei denen histologisch HPV-assoziierte Veränderungen ohne Atypien gefunden wurden. Ein Befund Pap III wurde als falsch positiv bewertet, weil im QS-Bericht die Pap III in diese Gruppe gezählt werden. Es erscheint mir aber wichtig klarzustellen, dass ein Befund Pap III bedeutet, dass es sich um ein unklares, aber suspektes Zellbild handelt. Somit ist meiner Meinung nach hier die strenge Unterteilung in falsch bzw. richtig positiv nicht wirklich möglich. Wichtig ist allerdings, darauf hinzuweisen, dass es sich in ca. der Hälfte der Pap III bereits um invasive Karzinome handelt!

Der Befund PAP IIIG, weist auf suspekte glanduläre Zellveränderungen hin. Auch hier ist es aus meiner Sicht fraglich, ob z.B. hyperplastische Endometriumveränderungen als falsch positiv einzustufen sind, wenn sie keine Atypien aufweisen.

Aus diesen Gründen habe ich bei den Befunden Pap III und Pap IIIG keine entsprechende Einstufung vorgenommen, sondern lediglich den zytologischen Befunden die histologischen Korrelate gegenübergestellt.

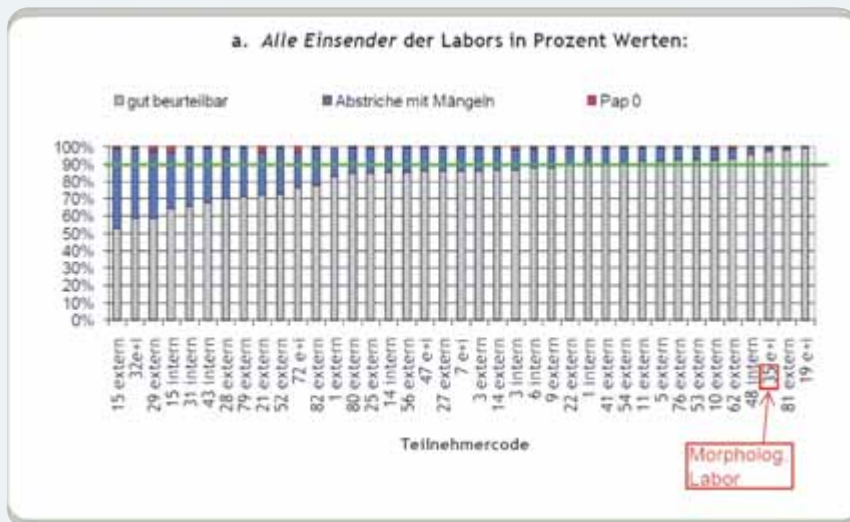
Bewertung der Abstrichqualität

Ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung von zytologischen Untersuchungen ist die Abstrichqualität (Tab. 4). Auf diese haben wir als Labor kaum Einfluss, sie hängt von unseren Einsendern ab.

	Eigene Daten	Empfehlung der ÖGZ	Sofortiger Handlungsbedarf laut ÖGZ bei
Gesamtzahl der Abstriche	25.748 (100 %)		
Repräsentativ, gut beurteilbar	25.068 (97,4 %)	> 88 %	
Bedingt beurteilbar, eingeschränkte Aussagekraft	662 (2,6 %)	< 10 %	> 30 %
Nicht beurteilbar	18 (0,1 %)	< 2 %	> 5 %

Tab. 4a: Abstrichqualität der eigenen Präparate in Korrelation zu den Empfehlungen der ÖGZ: Alle unsere Einsender liefern Abstriche mit hoher Qualität: 97,4 % aller Abstriche enthielten gut beurteilbares, repräsentatives Zellmaterial. Wie gut wir im Vergleich mit anderen Labors diesbezüglich liegen, ist der folgenden Tabelle aus dem QS-Bericht zu entnehmen:

Auswertungen im Rahmen des Qualitätsmanagements sind sehr zeitaufwändig, aber auch spannend. Primäres Ziel ist es, Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Wenn aber die kritische Aufarbeitung der Befunde so insgesamt wirklich zufriedenstellende Ergebnisse liefert, freut sich natürlich das gesamte Labor-Team. Wir bedanken uns an dieser Stelle aber auch bei den EinsenderInnen für



Tab. 4b: Abstrichqualität der Präparate aller an der freiwilligen Selbstkontrolle teilnehmenden Labore (entnommen dem QS-Bericht!)

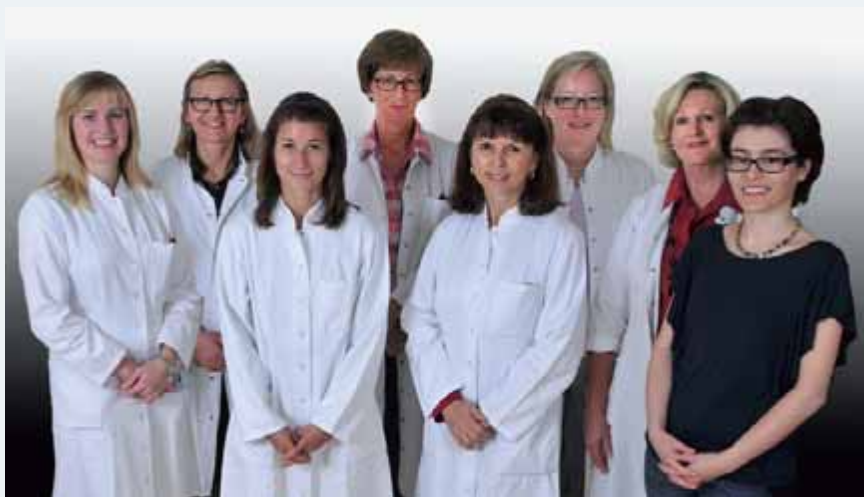
ihren nicht unwesentlichen Beitrag durch eine exzellente Abstrichqualität, die im Vergleich mit anderen Labors weit überdurchschnittlich ist, und die uns die Beurteilung der Präparate wesentlich erleichtert!

1) „Bericht des Komitees für Qualitätssicherung über die Ergebnisse der freiwilligen Selbstkontrolle Erhebungsjahr 2008, Berichterstellungsjahr 2010“, erstellt von Univ. Prof. Dr. Peter Regitnig für das Qualitätssicherungskomitee der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie. www.cytology.at

3.7. Biochemisches Labor

(Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Heidi Fiegl)

3.



Doz.ⁱⁿ Fiegl (i.v.r.) mit ihrem Labor-Team

Der langjährige Leiter des Labors für Klin. Biochemie Prof. Dr. Günter Daxenbichler trat mit 1. Oktober 2010 in den wohlverdienten Ruhestand. Wir bedanken uns sehr herzlich bei ihm für viele wertvolle Stunden und Inhalte – eine entsprechende Würdigung seiner Tätigkeit an der Frauenheilkunde und weit darüber hinaus finden sie bei den Highlights. Die Laborleitung übernahm Frau Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Heidi Fiegl.

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

Die Routineanalysen beschränken sich auf die Bestimmung von Tumormarkern und den Nachweis von humanen Papilloma-Viren. Die Anzahl dieser Analysen stieg in den vergangenen Jahren kontinuierlich leicht an (2008: 9.480, 2009: 9.609, 2010: 10.089).

Die Serumbiobank, welche aus Restproben von Patientinnen, welche einer weiteren wissenschaftlichen Nutzung ihrer Proben zugestimmt haben, besteht, stellt einen zentralen Bestandteil des Labors dar. Derzeit sind ca. 250.000 Serumproben von über 4.000 Patientinnen (ca. 100.000 Blutabnahmen) gelagert. Mithilfe der gesammelten Serumproben konnten in Vergangenheit bereits zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten erfolgreich durchgeführt werden.



Prof. Dr. G. Daxenbichler, Dr. A. Brodie; Prof. Dr. Pasqualini beim FIRST INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF THE JOURNAL: HORMONE MOLECULAR BIOLOGY AND CLINICAL INVESTIGATION in Seefeld in Tirol vom 11. – 14.9.2010

Im Folgenden werden die im Jahre 2010 im Labor tätigen Forschungsgruppen und deren Projekte kurz vorgestellt:

- ▶ Die Arbeitsgruppe um Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole Concin beschäftigte sich mit der Bedeutung von p73 Isoformen und von p53 für Prognose und Therapiesensitivität beim Ovarialkarzinom. Ergebnisse aus diesen Untersuchungen wurden 2010 auch publiziert.
- ▶ Die Arbeitsgruppe um Dr. Daniel Reimer und Ao. Univ.-Prof. Dr. Alain Zeimet konzentrierte sich weiterhin auf die Untersuchung von E2F-Transkriptionsfaktoren in Abhängigkeit von Wachstumsfaktoren und den Nachweis und die Charakterisierung von Tumorstammzellen im Ovarialkarzinom. Diese anspruchsvollen Experimente brachten interessante Erkenntnisse, welche im Jahr 2010 von der Arbeitsgruppe auch publiziert wurden.
- ▶ In einem Kooperationsprojekt (Dr. Michael Hubalek, Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner, Prof. Dr. Florian Kronenberg) konnten neue Mutationen in den Genregionen für Mp1 und p14 beim Mammakarzinom identifiziert werden.
- ▶ Die Arbeitsgruppe von Frau Dr.ⁱⁿ Irene Mutz-Dehbalaie beschäftigte sich mit der Analyse von HE4, einem Ovarialkarzinom Tumormarker, im Serum von Endometriumkarzinompatientinnen, sowie bei Schwangeren. Mesothelin,

ein anderes Glycoprotein, wurde im Rahmen eines weiteren Projektes dieser Arbeitsgruppe gemeinsam mit Frau Dr.ⁱⁿ Verena Porto untersucht.

- ▶ Die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Günter Daxenbichler beschäftigte sich mit der Brust als endokrinem Organ im Rahmen der sog. BREO-Studie, sowie mit der Rolle von Östrogenen und Progesteron.
- ▶ Die Forschungsgruppe von Frau Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Heidi Fiegl beschäftigte sich in einem von der OeNB geförderten Projekt mit der Identifizierung prognostisch relevanter DNA-Methylierungsmarker beim Melanom. Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit Frau Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gudrun Rat-zinger und Dr.ⁱⁿ Simone Millinger der Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie durchgeführt und wird derzeit ausgewertet.
- ▶ In einem weiteren Projekt dieser Arbeitsgruppe wurde die Expression des sogenannten Toll-like Rezeptors 9 (TLR-9) in Mammakarzinomen als auch Ovarialkarzinomen analysiert. Frau Dr. Regina Berger, Mitarbeiterin dieser Arbeitsgruppe, bekam 2010 für ihre Dissertation zu diesem Thema einen Förderpreis der Tiroler Krebshilfe verliehen. Die Ergebnisse dieses von der Med. Univ. Innsbruck geförderten Projektes (MFI 4317) wurden im Jahre 2010 publiziert.
- ▶ Ein weiteres Forschungsprojekt dieser Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit der Identifikation von spezifischen Auto-Antikörpern im Serum von Mam-makarzinom-, bzw. Ovarialkarzinompatientinnen. Dieses Projekt wird in Zusammenarbeit mit der Firma Protagen AG durchgeführt.
- ▶ Das Projekt „Disseminierte Tumorzellen im Knochenmark und im Blut“ (Pro-jektleiter Prof. Christian Marth) wird, was die molekularbiologischen Ana-lysen anlangt, im Jahr 2011 ausgewertet, da nun die Beobachtungszeit das erforderliche Minimum erreicht hat.

Im Rahmen des sog. Oncotyrol Forschungsschwerpunktes (Center for Persona-lized Cancer Medicine) werden an der Univ. Klinik für Gynäkologie und Geburts-hilfe zur Zeit drei Projekte bearbeitet, welche im Folgenden dargestellt sind:

- ▶ Im Rahmen des K1 Oncotyrol Projektes 3.2 „Brustkrebs- Metastasenrisiko“ (Prof. Christian Marth, Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Heidi Fiegl) konnten durch die exzellente Zusammenarbeit mit dem Brustteam rund um Dr. Michael Huba-lek weitere Patientinnen in die Studie miteingeschlossen werden. Ziel dieser Studie ist es, neue Biomarker zur Metastasierungsrisikoabschätzung bei Brustkrebspatientinnen zu identifizieren.
- ▶ Für das K1 Oncotyrol Projekt 2.5 „Atemluftanalyse für die Diagnose von Brustkrebs“ (Prof. Christian Marth, Dr. Ingrid Kohl, Oncotyrol GmbH), wel-ches mit unserem Kooperationspartner Ionimed-AG durchgeführt wird, konnten die Untersuchungen 2010 starten.
- ▶ Das K1 Oncostartprojekt 3.7 „Biomarkeridentifizierung beim Ovarialkarzi-nom“ (Prof. Christian Marth, Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Heidi Fiegl) wurde 2010 bewil-ligt.

Im November fand das zweite ONCOTYROL-Symposium in Innsbruck statt, wo alle drei Projekte erfolgreich präsentiert werden konnten.

Das Qualitätsmanagement aller Labore des Departments Frauenheilkunde wurde in zwei Audits auch 2010 wieder sehr gut beurteilt.

3.8. IVF-Labor und assistierte Reproduktion

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

3.



Dr. K.-F. Murach, PD Dr.ⁱⁿ S. Hofer, Dr. W. Biasio (vl)

Der Trend der Vorjahre –Steigerung der Qualität und Erfolgsraten im IVF-Bereich – wurde auch heuer fortgesetzt. Darüber hinaus konnten wir auch eine deutliche Erhöhung der Anzahl an behandelten Kinderwunsch-Paaren erzielen.

Durch die verbesserte Embryonenkultur und den bereits im Vorjahr optimierten, mechanisch assistierten Embryotransfer kam der Transfer von einem einzigen Embryo (single embryo transfer, SET) vermehrt zum Einsatz. Damit konnte letztendlich der prozentuale Anteil an Zwillingsschwangerschaften reduziert werden. Die Anzahl an Frühgeburten wurde damit auch deutlich gesenkt.

Weiters konnte auch die Anzahl der Embryotransfers mit kryokonservierten Embryonen gesteigert werden. Dabei werden überzählige, kryokonservierte Embryonen aus einer vorangegangenen IVF/ICSI Behandlung wieder aufgetaut und der Patientin rücktransferiert. Das Kryokonservieren ist mittlerweile so

etabliert, dass die Schwangerschaftsrate mit frischen und kryokonservierten Embryonen vergleichbar ist. Somit hat das Paar eine erhöhte Chance seinen Kinderwunsch erfüllt zu bekommen.

3.

Um diese kontinuierlichen Leistungssteigerungen zu erzielen nehmen die Labormitarbeiter regelmäßig an Fortbildungen und Kongressen teil. Dass wir auch international auf hohem Niveau arbeiten hat uns Dr. Wolfgang Biasio heuer im August bewiesen. Er wurde erfolgreich zum klinischen Embryologen zertifiziert. Dieses Zertifikat wird von der europäischen Gesellschaft für humane Reproduktion und Embryologie (ESHRE) verliehen. Dr. Wolfgang Biasio hat die Prüfung als fünftbester unter 129 internationalen Teilnehmern bestanden.

Aber nicht nur beruflich war für Dr. Wolfgang Biasio ein erfolgreiches Jahr. Im Jänner kam sein zweiter Sohn Tizian hier an der Innsbrucker Klinik zur Welt. Wir gratulieren ihm dazu recht herzlich.

Für eine Leistungssteigerung ist aber nicht nur das Personal, sondern auch die Technik mitverantwortlich. Daher haben wir in den letzten Jahren das IVF-Labor technisch auf den neuesten Stand gebracht. Dieses Jahr haben wir dazu einen neuen Laser, der u.a. beim Kryozyklus vermehrt zum Einsatz kommt und für die Eizellsuche ein neues Mikroskop mit Videoausrüstung von der Tilak erhalten.

Damit können wir uns jetzt unter anderem bei der Eizellsuche oder dem Freipräparieren der Eizellen gegenseitig kontrollieren und unterstützen und somit unsere Technik verfeinern. Darüber hinaus bietet dieses Videosystem verständlicherweise beim Einschulen neuer Mitarbeiter viele Vorteile.

All diese Qualitätsverbesserungen wurden natürlich auch im Qualitätsmanagement umgesetzt und 2010 konnte die Klinik erfolgreich für ISO 9001:2008 rezertifiziert werden.

3.9. Pflege

(PDL DGuKS Elisabeth Schmid)



Elisabeth Schmid



Eva Triendl

3.

Der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege gewinnt immer mehr an Priorität, denn der Bedarf an Pflegenden steigt rapide mit jedem Jahr an. Pflege ist nicht der Beliebigkeit überlassen, sondern findet geplant, reflektiert, evaluiert und optimiert statt. Qualität ist ein ganz wesentliches Anliegen wobei das Ziel die bestmögliche Pflege ist.



DGuKS Monika Halwachs, Gyn 2, Dieter Brandner, Krankenpflegeschüler AZW

Im Jahr 2010 belegten erfreulicherweise die ersten männlichen Schüler ein Pflegepraktikum auf unseren Stationen – bisher auf Gyn-Stationen einfach unüblich. Die Akzeptanz der männlichen Krankenpflegeschüler war jedenfalls von Patientinnen wie Kolleginnen höchst erfreulich.

Der Umfang des pflegerischen Wissens ist wesentlich gestiegen, verantwortliches Handeln setzt aktuelle Fachkenntnisse voraus. So haben auch 2010 wieder mehrere Mitarbeiterinnen Zusatz- bzw. Höherqualifizierungen positiv abgeschlossen:

- 4 MA Breast Care Nurse
- 2 MA Onkologische Pflege
- 1 MA Basales u. mittleres Management
- 1 MA Praxisanleitung
- 1 MA Kontinenz- und Stomaberatung

Zur Unterstützung ihrer zukünftigen Berufsentwicklung wird sehr vielen Schülern im Rahmen eines Schnupperpraktikums ein Einblick in den Pflegealltag gewährt.

Im Berichtsjahr sind als neue Mitarbeiterinnen in der Pflege 12 DGuKS und 2 Hebammen zu uns gekommen.

Hebammen erstmalig mit Bachelor-Abschluss!

Die Ziele des FH-Bachelor-Studiengangs Hebamme sind eine praxisbezogene Hebammenausbildung auf Hochschulniveau und Forschungs- und Entwicklungsprojekte im nationalen und internationalen Berufsfeld zur Weiterentwicklung des Hebammenwissens.

Im Rahmen der praktischen Ausbildung werden fachlich-wissenschaftliche Grundlagen, berufsspezifische Zusammenhänge und Arbeitsabläufe sowie praktische Kenntnisse und Fertigkeiten neben der direkten Tätigkeit an der PatientIn auch in Form von praktischen Übungen in Kleingruppen vermittelt, geübt und reflektiert.

Der FH-Bachelor-Studiengang Hebamme schließt mit einer europaweit gültigen Berufsberechtigung ab.

Im Februar erfolgte der Umbau der alten Mutter-Kind-Station in die neue Sonderstation, in den Monaten davor wurde die frühere Sonderstation als neue Mutter-Kind-Station adaptiert. Durch die dadurch notwendige 3-monatige Schließung der Sonderstation war es den Mitarbeitern möglich auf anderen Stationen der Frauenklinik mitzuarbeiten und wertvolle Erfahrungen zu sammeln.

In unseren Ambulanzen wird 2010 schrittweise eine Rotation der Mitarbeiterinnen durchgeführt um zukünftig die Personaleinsätze besser planen zu können.

3.10. Sozialberatung

(DSA^{ln} Petra Hillebrand)

2010 unterstützte die Sozialberatung der Frauenklinik 323 Patientinnen vom Kreissaal, den Ambulanzen und Stationen mit 846 Leistungen bei den unterschiedlichsten Anliegen wie Pflegegeldanträge, Pensionsanträge, Existenzsicherung, Organisation von Hebammen-, Familien- u. Heimhilfe oder Heimplatzsuche etc.

3.

Nach intensivem Bemühen über mehrere Jahre ist es gelungen, eine Aufstockung der personellen Ressourcen zu erreichen. Es wurden die zur Verfügung stehenden Wochenstunden mit März 2010 von 20 auf 30 erhöht. Mit der Rückkehr von Dodo Mahnke aus der Elternkarenz im Mai standen der Frauenheilkunde somit erstmals zwei teilzeitlich beschäftigte Sozialarbeiterinnen zur Verfügung. Dies war insofern auch eine wesentliche Qualitätssteigerung, da Urlaubsvertretungen somit intern und nicht mehr über SozialarbeiterInnen anderer Kliniken abgedeckt werden konnten.

Berührende Begegnung

Besonders berührend war die Begegnung mit Frau I., die ich das letzte Stück ihres Weges sehr intensiv begleiten durfte. Kennengelernt haben wir einander auf der Station Gyn3. Frau I. hatte pensionsrechtliche Fragen und wollte um Rezeptgebührenbefreiung ansuchen. Da sie krankheitsbedingt auf Hilfen in ihrem Alltagsleben angewiesen war, informierte ich sie auch über ambulante Hilfsdienste und half ihr, Pflegegeld zu beantragen. Weil Frau I. nach Erschöpfung des Krankengeldes einen finanziellen Engpass zu bewältigen hatte, unterstützte ich sie ferner darin, bei der Bezirkshauptmannschaft einen Antrag auf Grundsicherung zu stellen. Mit der Zeit entwickelte sich ein Vertrauensverhältnis zwischen uns und Frau I. erzählte von ihrer problematischen Beziehung, die immer wieder von gewalttätigen Auseinandersetzungen geprägt war. Eine Weitervermittlung zum Gewaltschutzzentrum scheiterte vorerst, weil Frau I. keinen Handlungsbedarf sah. Einige Monate später spitzte sich die häusliche Gewaltsituation so zu, dass Frau I., die stationär aufgenommen werden musste, den Entschluss fasste, nicht mehr in die Wohnung ihres Lebensgefährten zurück zu kehren. Ihre Krebserkrankung war mittlerweile so fortgeschritten, dass eine Unterbringung in einem Frauenhaus oder einem Obdachlosenheim undenkbar war. Frau I. wusste, dass sie sich in einer finalen Lebensphase befand und wollte diese auf keinen Fall in einer stationären Einrichtung verbringen. Ihr Wunsch war es, eine Wohnung in Innsbruck zu finden und dort mit entsprechendem Unterstützungsnetz ihre letzten Wochen unter größtmöglicher Selbstständigkeit zu leben. Über den Verein Barwo gelang es schließlich, eine geeignete Garconniere in Kliniknähe anzumieten. Sowohl ein über Maßen engagierter Betreuer des Barwo als auch das Team der ambulanten Hospiz

unterstützten Frau I. in ihrem neuen Zuhause. In den nächsten Wochen blühte Frau I. regelrecht auf, kostete ihre Zeit voll aus. Gleichzeitig setzte sie sich intensiv mit ihrer Endlichkeit auseinander und bereitete mit sozialarbeiterischer Unterstützung ihre Beerdigung vor. Da Frau I. in Österreich keine Verwandten hatte und ihre Asche ins Heimatland überstellen wollte, musste auch das vorab geklärt und organisiert werden. Frau I. starb ganz nach Wunsch in ihrem neuen Zuhause, liebevoll umsorgt vom Team der ambulanten Hospiz und im Beisein ihres Betreuers, der zu einer wichtigen Bezugsperson für sie geworden war. Als letzten Dienst, den ich ihr versprochen hatte, rief ich mittels Dolmetscherin ihre Mutter im Ausland an, um sie über den Tod ihrer Tochter zu verständigen.

3.11. Physiotherapie

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

Die onkologische Patientin

Neben der Therapie für **Brustpatientinnen, postoperative gynäkologische Patientinnen, Schwangere bzw. Wöchnerinnen** umfasst der Großteil der physiotherapeutischen Arbeit an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde die Betreuung von **onkologischen Patientinnen**, vor allem die postoperative Behandlung von Patientinnen mit Unterleibskarzinomen.

Bei Patientinnen nach onkologischer Laparotomie beginnen die physiotherapeutischen Maßnahmen am ersten postoperativen Tag. Bereits an diesem Tag wird, nach Zuweisung von den ÄrztInnen, mit Atemtherapie und Mobilisation begonnen, um eine schnellst mögliche Selbstständigkeit wieder zu erlangen. Durch die Unterstützung der Therapeutin wird die Patientin über den Querbettsitz und Stand bis zum Gehen gebracht, manchmal auch durch Versorgung mit Hilfsmitteln, z.B. Gehbock. Weitere Indikationen für diesen frühen Therapiestart sind die Pneumonie- und Thromboseprophylaxe.

Auch onkologische Patientinnen mit reduziertem Allgemeinzustand und Multimorbidität gehören zum Aufgabenbereich der Physiotherapie. Häufig haben diese neben der gynäkologischen Erkrankung, auch andere Vorerkrankung, auf die die Physiotherapie individuell eingehen muss, um die bestmögliche Therapie zu gewährleisten. Diese Erkrankung können sämtliche Fachgebiete der Medizin von unfallchirurgischen Eingriffen (z.B. Oberschenkelhalsbrüche) bis hin zum apoplektischen Insult umfassen.

So bieten die onkologischen Patientinnen jegliche Herausforderung des therapeutischen Alltags, was dieses Fachgebiet zu einem hoch interessantem und spannenden macht. Und natürlich besondere Freude macht das Erleben und Mitfühlen von ganzheitlicher Besserung und Heilung.

3.12. Psychosomatisch-psychotherapeutischer Konsiliar-Liaisondienst

(Dr.ⁱⁿ Ingrid Schneitter, Dr.ⁱⁿ Yinhe He, Dr.ⁱⁿ Andrea Bitter, Dr.ⁱⁿ Manuela Werth – in Karenz; Leitung ao. Univ-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Astrid Lampe)

Seit 20 Jahren arbeiten Psychologinnen, Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen der Frauenambulanz der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie im Rahmen des **Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Konsiliar-Liaisondienstes** an der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die Betreuung richtet sich an Frauen und deren Angehörige verschiedenster religiöser, kultureller und sozialer Herkunft – sie haben die Möglichkeit sich sowohl im Rahmen des **stationären** Aufenthaltes als auch zeitlich davon unabhängig **ambulant** an uns wenden. Auf eine **kontinuierliche Betreuung** wird besonders Wert gelegt.

Wir bieten an:

- ▶ beratendes Gespräch
- ▶ Verlaufsbegleitung
- ▶ Krisenintervention
- ▶ Entspannungsverfahren
- ▶ psychosoziale Beratung
- ▶ psychotherapeutische Behandlung
- ▶ psychopharmakologische Behandlung
- ▶ klinisch-psychologische Diagnostik
- ▶ Vermittlung an PsychotherapeutInnen, frauenspezifische Einrichtungen und Beratungsstellen

Betreut werden Patientinnen und ihre Angehörige:

- ▶ bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten
- ▶ Beeinträchtigungen
- ▶ nach der Mitteilung belastender Befunde
- ▶ bei chronischen Erkrankungen
- ▶ im Rahmen der Pränataldiagnostik
- ▶ bei Schwangerschaftskomplikationen wie z.B.. Frühgeburtsbestrebungen, Präeklampsie, Hyperemesis u.v.m
- ▶ bei Tod- und Fehlgeburten
- ▶ bei ungewollter Schwangerschaft
- ▶ bei unerfülltem Kinderwunsch
- ▶ beim Wunsch nach Freigabe des Kindes zur Adoption
- ▶ vor und nach der Geburt z.B. bei postpartaler Depression
- ▶ Krisen
- ▶ bei psychischer Erkrankung im Allgemeinen
- ▶ bei psychosozialer Belastungssituation

Der Konsiliar-Liaisondienst wurde unter der Leitung von a.o. Univ. Prof. Dr.ⁱⁿ Astrid Lampe, von Dr.ⁱⁿ Ingrid Schneitter, Dr.ⁱⁿ Yinhe He und Dr.ⁱⁿ Andrea Bitter betreut. Die jahrelange Mitarbeiterin Dr.in Manuella Werth befand sich in Karenz. Das Betreuungsangebot ist seit 2007 durch eine Stelle erweitert, welche ausschließlich der psychologischen Behandlung und Beratung im Rahmen der Pränataldiagnostik gewidmet ist. Diese Stelle wird derzeit von Dr.in Ingrid Schneitter besetzt.

Gemeinsam mit den Gynäkologen wurde u.a. die Organisation und Durchführung der Tagung „Schwangerschaft und Tod“ – zum Thema pränatale Diagnostik mit Erfolg durchgeführt. Durch die gute Zusammenarbeit mit den dort tätigen ÄrztInnen kann den betroffenen Frauen ein gutes interdisziplinäres Betreuungskonzept angeboten werden.

Im Jahr 2010 haben über zwei Hundert Frauen unseren Dienst in Anspruch genommen und sich zu den verschiedensten Themen beraten und begleiten lassen. Folgender Fallbericht soll eine unserer Betreuungen exemplarisch darstellen:

„Ich kann mein Kind nicht an mich heranlassen“

Die 36-jährige Frau M., erfolgreiche Abteilungsleiterin einer internationalen Firma, ist uns 5 Tagen nach ihrer ersten Entbindung auf der Station vorgestellt worden. Ihre Tochter, ein Wunschkind, trinkt und schläft problemlos, und ist gesund. Die Geburt verlief komplikationsfrei. Auch die Beziehung zu ihrem Mann sei gut. Er kommt täglich und kümmert sich rührend um das Baby. Alles läuft prima, und gerade deshalb fühlt sich Frau X ausgesprochen schuldig, da sie ihrem Baby gegenüber keine Muttergefühle empfindet und sich zwingen muss Freude zu zeigen. *„Manchmal habe ich sogar das Gefühl, ich kann mein Kind nicht an mich heranlassen“*. Sie macht sich Vorwürfe, ist niedergeschlagen, kann kaum essen und hat Mühe einzuschlafen. Sie hat das Gefühl, alle anderen Mütter hätten solche Probleme nicht, und stellt die eigene Person wiederholt in Frage. *„Die haben alles im Griff, nur ich schaffe es nicht“*. Als Folge ihrer Grübeleien, dass sie eine schlechte Mutter sei, sind auch erste suizidale Gedanken aufgetaucht, die sie aber noch zurückdrängen kann.

Ein eingehendes Anamnesegespräch ergibt eine mittelschwere depressive Verstimmung mit Verdacht auf beginnende postpartale Depression, wobei Insuffizienz- und Schuldgefühle im Zentrum stehen. Da Frau M. gerne weiterstillen möchte, erfolgt die Auswahl des Antidepressivums vor dem Hintergrund einer Nutzen-Risiko-Abwägung. Große Entlastung erfährt sie durch die unterstützende ressourcenorientierte psychologische Begleitung. Entspannungstechniken helfen ihr zudem, immer wieder zur Ruhe zu kommen. Bald kann Frau M. besser schlafen, die depressive Symptomatik klingt rasch ab. Langsam entwickelt sie eine innige Beziehung zu ihrer Tochter. Die Empfehlung, wegen der

deutlich werdenden primären Selbstwertproblematik eine Psychotherapie anzuschließen, nimmt sie motiviert auf und kann von der behandelnden Psychotherapeutin im Rahmen der psychosomatischen Frauenambulanz weiter behandelt werden.

Der psychosomatisch-psychotherapeutische Konsiliar-Liaisondienst ist ein Arbeitsbereich der **Frauenambulanz der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie**.

Das Behandlungsangebot der Frauenambulanz umfasst zusätzlich die Betreuung:

- ▶ bei Verlusten
- ▶ Hilfestellung bei schweren Entscheidungen
- ▶ bei sexuellem Missbrauch, Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung
- ▶ psychosomatischen Beschwerden im Rahmen der Gynäkologie
- ▶ sozialarbeiterische Beratung
- ▶ frauenspezifische Themen

Mitarbeiterinnen der Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Frauenambulanz sind:

Dr.ⁱⁿ Maria Theresa Barbist, Dr.ⁱⁿ Andrea Bitter und Frau a.o.. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Astrid Lampe

Erreichbarkeiten s. Adressteil

3.13. Psychoonkologisches Betreuungskonzept

(Dr.ⁱⁿ Verena Meraner)

Seit 1997 gibt es an der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe einen psychoonkologischen Liaisondienst. Die Psychoonkologie widmet sich den psychischen, familiären und sozialen Belastungsfaktoren, die im Rahmen einer Tumorerkrankung auftreten können und bietet Patientinnen und deren Angehörigen vielschichtige therapeutische Unterstützung. Die psychoonkologische Betreuung ist eingebunden in den Gesamtbehandlungsplan und erfolgt in Zusammenarbeit mit den behandelnden ÄrztInnen, dem Pflegepersonal, der Sozialarbeiterin und anderen BetreuerInnen und TherapeutInnen.

Das schon seit einigen Jahren etablierte und erfolgreiche psychoonkologische Betreuungskonzept durch den Vernetzungsbereich Konsiliar-/Liaisondienste – Arbeitsgruppe für Psychoonkologie unter der Leitung von Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Sperner-Unterwiesing und Herrn Univ.-Doz. Dr. Bernhard Holzner in der Form eines Liaisondienstmodells konnte auch 2010 weiter verfolgt und gefestigt werden. Seit Juni 2006 wird dieser psychoonkologische Liaisondienst an der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe von Frau Dr.ⁱⁿ Verena Meraner geführt.

Im Krankheits- und Therapieverlaufs jeder Krebserkrankung gibt es besonders belastende Momente, für deren Bewältigung eine psychologische / psychotherapeutische / psychiatrische Unterstützung hilfreich sein kann (z.B. nach Diagnosemitteilung, bei Verschlechterung im Krankheitsverlauf). Die Behandlungsangebote stehen sowohl Krebspatientinnen als auch deren Angehörigen zur Verfügung und umfassen:

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

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

Ziele psychoonkologischer Interventionen:

- ▶ Unterstützung von Strategien zur Krankheitsbewältigung entsprechend den individuellen Ressourcen der Patientin
- ▶ Verbesserung der Lebensqualität
- ▶ Behandlung manifester psychischer Störungen bei PatientInnen und deren Angehörigen (z.B. Anpassungsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen etc)
- ▶ Unterstützung bei spezifischen Belastungen im Rahmen der onkologischen Therapien
- ▶ Symptomreduktion und verbesserte Symptomkontrolle (z.B. Schmerzsymptomatik, Übelkeit)

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

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

Neben der Patientinnenbetreuung und der Unterstützung des Personals bildet die wissenschaftliche Tätigkeit der Arbeitsgruppe für Psychoonkologie den dritten Aufgabenbereich. Der Schwerpunkt liegt in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Patient-reported outcomes (im Besonderen Lebensqualität) in der klinisch-onkologischen Routine. Zum Themenschwerpunkt „Adherence“ konnte 2010 das umfangreiche Projekt „*PRO-BeTh Patient-Reported Outcomes in Breast Cancer Patients undergoing endocrine Therapy*“ zur Evaluation und Optimierung von Adherence bei Mammakarzinompatientinnen unter endokriner Therapie fortgeführt werden. Die intensive wissenschaftliche Arbeit im Rahmen dieses Kooperationsprojektes des Departments für Psychiatrie und Psychotherapie, mit dem Department für Frauenheilkunde und dem Institut für gerichtliche Medizin führte mittlerweile zu einer Reihe von Tagungsbeiträgen sowie ersten Publikationen.

Erreichbarkeiten s. Adressteil

3.14. Klinikseelsorge – Lebenszusammenhänge

(Dr. Lothar Müller)



Frohes Warten – früher Tod,
von Tomy Mullur und Andrzej Krzyzan, Tyrolia-Verlag

Gespräche und ein Buch der Hoffnung

Nur zwei aus den vielen Berichten und Erlebnissen der KlinikseelsorgerInnen im Bereich der „Gyn“. Der eine ein sehr tiefgehendes Gespräch des evangelischen Pfarrers Eberhard Mehl.

Der zweite Bericht – ein „Highlight“, hinter dem jahrelange interdisziplinäre Arbeit steckt: das von Tomy Mullur und Andrzej Krzyzan – mit vielen anderen – erarbeitete Buch „Frohes Warten – früher Tod“.

Das erste – ein sehr persönliches Gespräch. Das zweite: eine große Veranstaltung, eine „Buchvorstellung mit allem Drum und Dran“. So unterschiedlich die Anlässe sind, so faszinierend und hoffnungsgebend sind die „Ergebnisse“. Bei beiden geht es um den Glauben, die Hoffnung, dass Gott „die Endgültigkeit des Todes“ (Eberhard Mehl) besiegt. Und dass nicht der Karfreitag, sondern Ostern der Mittelpunkt ist.

3.

Gemeinsam unmenschliche Tabus durchbrochen

Hinter dem Buch von Tomy Mullur steckt jahrelange interdisziplinäre Arbeit und ebensoviel an Durchbrechen von Tabus. Die Betroffenen von Fehl- und Totgeburten – insgesamt etwa 300 jährlich in Tirol – wurden bisher weitgehend alleingelassen. Eine Mutter aus Osttirol schilderte Mullur: „Mein Kind wurde mir vor 30 Jahren nach der Totgeburt weggenommen. Bitte helfen Sie mir, es zu finden. Vielleicht liegt es noch in irgendeiner Vitrine in der Klinik.“ Das, was wir heute als Inhumanität von Institutionen bezeichnen, hat aber auch die Kirche selbst betroffen. Unwidersprochen hielt sich die „Lehrmeinung, ungetaufte Kinder gelangten nicht zum Angesicht Gottes“. Erst der jetzige Papst hat diese unerträgliche Irrmeinung korrigiert.

Heute wird den etwa 600 betroffenen Eltern viel an Unterstützung angeboten: seitens der Frauenklinik ebenso wie durch die Klinikseelsorge und durch das wachsende Verständnis von Gemeinden für die Bestattung der vor, während oder kurz nach der Geburt von uns gegangenen Menschen. Ob Namensgebung, Segnung, Elternforum, Gottesdienst mit dem Bischof usw. Und wie sensibel der Umgang mit den Früh- und Totgeburten geworden ist zeigt die MitarbeiterInnenliste beim Buch: GynäkologInnen, Pränataldiagnostiker, Hebammen, SeelsorgerInnen, Psychologen, Bestatter usw. Und – unvergesslich: die Texte betroffener Familien.

3.15. Migrant Girls'Day

(Kristina Breščanovič)



Die Begleitpersonen (vl: Sandra Binna, Heb. Luise Fuchs, Dr.ⁱⁿ Nihal Net, Kristina Breščanovič) mit den hoch interessierten Schülerinnen

Zum 8. Mal in Folge fand am 22. April 2010 der tirolweite Migrant Girls'Day statt, ein Berufsschnuppertag für Schülerinnen mit Migrationshintergrund der 7. bis 9. Schulstufe.

Beim „Migrant Girls'Day“ erhalten Mädchen erste Einblicke in die Berufswelt und lernen unter Anderem auch technische Berufe abseits von gängigen Rollenklischees kennen. Für Mädchen, bei denen die Entscheidung über den weiteren Bildungsweg bald ansteht, ist der „Migrant Girls'Day“ die Chance, Berufe realitätsnah kennen zu lernen. Somit kann man längerfristig drohende Arbeitslosigkeit bekämpfen, die jungen Mädchen für die zukünftigen Anforderungen des Arbeitsmarktes besser vorbereiten und insbesondere die Mehrsprachigkeit und Bikulturalität der jungen Generation am Arbeitsmarkt positiv fördern.

Junge Migrantinnen haben auf Grund sprachlicher Barrieren und mangelndem Wissen über das österreichische Bildungssystem einen erschwerten Zugang zur Bildungs- und Berufswahl. Zudem können sie kaum oder unzureichend von ihren Eltern unterstützt und informiert werden, da die Fähigkeiten und Neigung

gen des eigenen Kindes oft nicht ausreichend gefördert werden. Da diese Basisförderungen in der Familie und im eigenen Umfeld schwach konstruiert sind, wird es den Jugendlichen erschwert, den geeigneten Beruf für sich selbst zu finden.

3.

Weiters ist auch zu bedenken, dass durch all diese Lücken die Hemmschwelle einen qualitativen Beruf zu wählen zu groß und das Selbstvertrauen zu gering sind. Schülerinnen mit Migrationshintergrund benötigen deshalb oft längerfristige Betreuung und Motivation hinsichtlich ihrer Stärken und Fähigkeiten bei der Berufswahl.

Der Verein Multikulturell bietet Mädchen tirolweit die Möglichkeit, für einen Tag in verschiedenen Betrieben wie zum Beispiel dem Tiroler Landeskrankenhaus, hier konkret in der Frauenklinik, dem Ausbildungszentrum West (AZW), im Tiroler Landestheater oder der Kindervilla den Arbeitsalltag mitzuerleben, Fragen zu stellen und sich eine anschauliche Vorstellung von ihren Traumberufen zu machen.

So zum Beispiel erforscht eine Mädchengruppe zunächst bei einer Führung das gesamte Krankenhausareal mit dessen verschiedenen Stationen und informiert sich im Anschluss daran am AZW über unterschiedliche Berufe im Gesundheitsbereich. An der Frauenklinik hatten die Mädchen die Möglichkeit, drei Bereiche mit interessanten Berufen – Kreißsaal – Hebamme, Kinderschwester im Kinderzimmer auf der Mutter-Kind-Station und Biomed. Analytikerin im Morphologischen Labor – anzusehen und sich bei einem kostenlosen Mittagessen in der hauseigenen Kantine zu stärken.

Dies ist nur ein Beispiele für den Erfahrungsreichtum, den die Mädchen im Laufe des Migrant Girls`Day sammeln können. Begleitend ist es aber auch wichtig, ihnen die Vorzüge ihrer Zweisprachigkeit im Zusammenhang vor allem mit den Gesundheits- und Sozialberufen aufzuzeigen und in ihnen das Bewusstsein wecken, dass Mädchen mit Migrationshintergrund sehr interessante Berufe erlernen können und nicht nur Hilfsarbeiterinnen sein müssen.

3.16. Webseiten

(Mag. Franz Preishuber)

3.16.1. www.frauenklinik.at

Besuche – Seiten – Zugriffe

Jahr	Anzahl Besuche gesamt	Anzahl Besuche p. Monat	Besuchte Seiten gesamt	Besuchte Seiten p. Monat	Zugriffe gesamt	Zugriffe p. Monat
2006	26.150	2.179	172.364	14.364	675.050	56.254
2007	36.346	3.029	259.611	21.634	965.052	80.421
2008	41.314	3.442	288.085	24.007	975.866	81.322
2009	46.759	3.896	378.914	31.576	1.024.432	85.369
2010	47.662	3.972	587.975	48.998	1.060.529	88.377

3.

Woher die Zugriffe kamen

n = 1,060.529	2006	2007	2008	2009	2010
Direkter Zugriff	83,7 %	68,4 %	64,7 %	55,2 %	54,3%
Links von Internet-Suchmaschinen	4,8 %	18,1 %	22,2 %	32,5 %	34,6%
Links von externen Seiten	11,3 %	13,3 %	12,9 %	11,9 %	10,9%

Aufenthaltsdauer der BesucherInnen

n = 47.662	2006	2007	2008	2009	2010
0s-30s	43,6 %	59,5 %	57,8 %	58,9 %	58,8%
30s-2min	19,7 %	15,0 %	15,8 %	15,4 %	15,3%
2min-5min	15,3 %	10,4 %	11,0 %	10,7 %	11,3%
5min-15min	12,0 %	8,3 %	8,8 %	9,0 %	9,4%
15min-30min	3,6 %	2,8 %	2,7 %	2,7 %	2,8%
30min-1h	2,4 %	1,8 %	1,8 %	1,7 %	1,6%
1h+	3,1 %	1,9 %	1,7 %	1,3 %	0,4%
Durchschnitt	5,9 min	4,2 min	4,1 min	3,8 min	3,4 min

Suchausdrücke (Top 10)

	Häufigkeit	Prozent
frauenklinik innsbruck	2.311	29,28 %
zwillingstransfusionssyndrom	1.223	15,50 %
klinik innsbruck gynäkologie	1.056	13,38 %
gynäkologie innsbruck	699	8,86 %
uniklinik innsbruck	548	6,94 %
universitätsklinik innsbruck	515	6,53 %
klinik innsbruck	445	5,64 %
krankenhaus innsbruck	417	5,28 %
krankenhaus	382	4,84 %
gyn innsbruck	296	3,75 %

Anzahl neue Links zu:

Anzahl Links zu:

www.frauenklinik.at 145

frauenheilkunde-innsbruck.uklibk.ac.at 475

Gesamt **620**

Der Webaufttritt der Frauenklinik hat sich inzwischen etabliert. Die umfangreiche homepage ging am 5.5.2005 ans Netz. 2010 wurde auf die Seite wieder über 1 Mio. mal zugegriffen! Ebenso erfreulich ist, dass es inzwischen 620 links von anderen Seiten zu uns gibt, 2009 waren es erst 359 – 11,9% der BesucherInnen sind über diese zu uns gelangt.

Interessant ist die in den letzten Jahren zu beobachtende verhältnismäßig kurze durchschnittliche Aufenthaltsdauer von ca. 4 Minuten. Dies spricht für eine gezielte Informationsabfrage (26,1% im Bereich 0,5 bis 5 Minuten). Offensichtlich ebenso im Trend der Zeit, die zunehmende Anzahl von Zugriffen über PDAs.

3.16.2. www.brustgesundheitszentrum.at

Besuche – Seiten – Zugriffe

Jahr	Anzahl Besuche gesamt	Anzahl Besuche p. Monat	Besuchte Seiten gesamt	Besuchte Seiten p. Monat	Zugriffe gesamt	Zugriffe p. Monat
2007	1.137	95	4.505	375	9.781	815
2008	1.989	166	4.964	414	17.834	1.486
2009	3.331	278	11.709	976	25.801	2.150
2010	4.720	393	22.602	1.884	39.997	3.333

3.

Woher die BesucherInnen kamen

	2007	2008	2009	2010
Direkter Zugriff	96,6 %	95,3 %	24,9 %	25,1 %
Links von Suchmaschinen	0,4 %	1,2 %	45,9 %	49,4 %
Links von externen Seiten	3,0 %	3,4 %	29,0 %	25,2 %

Suchausbegriffe (Top 10)

	Häufigkeit	Prozent
mammakarzinom	439	31,13 %
tnm	203	14,40 %
staging	150	10,64 %
b-klassifikation	118	8,37 %
innsbruck	110	7,80 %
mamma	88	6,24 %
b5b	84	5,96 %
brust	77	5,46 %
mammacarcinom	72	5,11 %
brustzentrum innsbruck	69	4,89 %

Anzahl neue Links zu:

www.brustgesundheitszentrum.at	24
www.brustgesundheitszentrum.at	8
www.brustzentrum-tirol.at.....	0
www.brustzentrum-innsbruck.at	1
brustzentrum-tirol.uklibk.ac.at.....	23
Gesamt	56

Die homepage des interdisziplinären BrustGesundheitZentrum tirol ging Ende Dezember 2006 ans Netz. In den vergangenen 4 Jahren hat sich die Seite gut situiert. Erfreulich ist, dass im vergangenen Jahr 56 Seiten neu zu uns verlinkt haben. Höchst erfreulich ist, dass die Gesamtzahl der Besuche sich in 4 Jahren vervierfacht hat.

3.

3.16.3. www.kinderwunsch-zentrum.at

Besuche – Seiten – Zugriffe

Jahr	Anzahl Besuche gesamt	Anzahl Besuche p. Monat	Besuchte Seiten gesamt	Besuchte Seiten p. Monat
2007	42.923	3.577	202.499	16.875
2008	55.525	4.627	148.082	12.340
2009	51.643	4.303	140.961	11.746
2010	64.518	5.376	167.975	13.998

Woher die Besucher kamen

	2007	2008	2009	2010
Direkter Zugriff	71,9 %	65,0 %	79,6 %	83,8 %
Links von Suchmaschinen	24,5 %	29,5 %	14,7 %	10,9 %
Links von externen Seiten	3,6 %	5,5 %	5,7 %	5,3 %

Seitenaufrufe (Top 10)

	Anzahl
Die Einnistung des Embryos	3.776
Links zu anderen Websites	2.806
Grundlagen	2.761
Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt	2.464
Das Syndrom der polyzystischen Ovarien (PCOS)	2.419
Unser Zentrum	2.405
Ärzte	2.165
Vermehrte Körperbehaarung (Hirsutismus)	2.138
Kinderwunsch	1.716
Der weibliche Zyklus	1.696

Anzahl neue Links zu:

www.kinderwunsch-zentrum.at 19

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

4. Highlights

4.1. MitarbeiterInnen-Kinder: geboren 2010

4.



2010 wurden an der Frauenklinik 11 Kinder von MitarbeiterInnen, davon 10 von Kolleginnen geboren, 6 Buben, 5 Mädchen.

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

Name MitarbeiterIn	Bereich	Vorname Kind	Geb.-Datum
Dr. Wolfgang Biasio	FR-Endokrinologie	Tizian Stefan	13.01.2010
Dr. ⁱⁿ Evelyn Baumgartner	Geburtshilfe	Leo	01.04.2010
Annemarie Mair	Allg.Ambulanz	David	19.04.2010
Christine Oberhofer	Gynäkologie 3	Anna	04.06.2010
Bernadette Stary	Mutter-Kind-Station	Moritz Benjamin	10.06.2010
Dr. ⁱⁿ Stefanie Ziehr	FR-Endokrinologie	Carlotta Theresa	20.08.2010
Tanja Meßner	Gynäkologie 3	Theresa Rosa	18.08.2010
Nadine Pfisterer	FR-Endokrinologie	Emilia Maria	01.10.2010
Dr. ⁱⁿ Christine Brunner	Brustambulanz	Johanna	11.12.2010
Dr. ⁱⁿ Beata Seeber	FR-Endokrinologie	Raphael Gregory	12.12.2010
Judith Ryba	Kreißaal	Leo	15.12.2010

4.2. Seit 2010 neu im Haus und herzlich willkommen

ÄrztInnen

- 15.12. Dr. Christine Weger, Gyn3
- 01.12. OA Dr. Georg Pranter, Geb.Hilfe (verst. 19.04.11)
- 04.10. Dr. Silvana Campeï, Gyn1
- 01.10. Dr. Bettina Böttcher, Endokrino
- 01.06. Dr. Magdalena Ritter, Gyn3
- 03.05. Dr. Katharina Winkler, Endokrino
- 03.05. Dr. Johanna Tiechl, Gyn1
- 07.04. Dr. Elisabeth Lutterotti, BGZ
- 01.04. OÄ Dr. Karin Matthä, Mamma (bis 30.09.10)
- 11.01. Dr. Alexandra Lapschenkova, Gyn

PflegemitarbeiterInnen

- 11.10. Isabella Lipburger, DGuKS, OP
- 04.10. Viktoria Lentsch, DGuKS, Gyn4
- 04.10. Petra Schreiner, DGuKS, Gyn1
- 04.10. Elke Kornberger, DGuKS, Allg. Amb.
- 01.09. Franziska Eller, Heb., MuKi
- 16.08. Anna Ertl, Heb., Kreißaal
- 16.08. Claudia Junker, DGuKS, Endokrino
- 02.07. Andrea Gschliesser, Abteilungshi.
- 01.06. Claudia Dargel, DGuKS, Sono (bis 31.12.10)
- 03.05. Lisa-Maria Felderer, DGuKS, Gyn3
- 12.04. Tanja Niederl, DGuKS, MuKi

- 06.04. Bianca Reifer, DGuKS, MuKi
- 06.04. Anna-Isabella Ittner, DGuKS, Gyn4
- 15.02. Sabine Bichler, DGuKS, Brustamb.
- 01.02. Sylvia Außerhofer, DGuKS, Gyn1
- 20.01. Rafaela Dibona, DGuKS, Allg. Amb.
- 12.01. Sandra Prantl, DGuKS, Gyn3

weitere

- 01.12. Christian Sprung, Lab.geh., Morph. Lab
- 04.10. Mag. Elisabeth Santer, AGO-Studienz
- 07.09. Johanna Schöpf, Lehrling
- 07.03. Andrea Drexler, Lehrling
- 03.02. Karin Dix-Giner, Biochem. Lab.

4.

An der Frauenklinik Innsbruck ist der Frauenanteil bei 7 Stationsärztinnen 100%, bei 27 AssistentInnen 92,6%, bei 23 OberärztInnen 52,2% und – in Summe bei insgesamt 57 Ärztinnen ist der Frauenanteil 77,2%.

4.3. Regina Berger: Förderpreis Österreichische Krebshilfe



Dr.ⁱⁿ Regina Berger im Biochemischen Labor der Frauenheilkunde
Photo: oncotyrol

Im Jahr 2010 hat die Österreichische Krebshilfe-Krebsgesellschaft Tirol wieder Förderpreise und Forschungsbeihilfen für Nachwuchswissenschaftler vergeben. Frau Mag.^a Dr.ⁱⁿ Regina Berger wurde ein Preis für ihre Dissertation zum Thema der Toll-like Rezeptor 9 Expression verliehen.

DNA, welche unmethylierte CpG-Motive enthält, aktiviert den sog. Toll-like Rezeptor 9 (TLR9). Hier wurde die TLR9 Expression im Mamma- u. Ovarialkarzinom untersucht, wobei eine prognostische Relevanz beobachtet wurde. Immunfluoreszenzmikroskopische Analysen in Mammakarzinomzelllinien zeigten teilweise Kolo-kalisationen von unmethylierter CpG-DNA mit TLR9. Die durch

diese Stimulation initiierte TLR9-Migration war ähnlich zu jener in Immunzellen. Mamakarzinomzelllinien, welche mit methylierter u. unmethylierter CpG-DNA, bzw. GpC-DNA stimuliert wurden, wurden mittels einer Affymetrix "whole-genome" Analyse untersucht, um differentiell exprimierte Gene zu identifizieren. Diese Resultate tragen zu einem besseren Verständnis der TLR9-Funktion bzw. der Tumorzellaktivierung durch extrazelluläre DNA bei, was eine Voraussetzung für neue Therapieansätze in der Krebsbehandlung darstellt.

4.4. Prof. Dr. Günter Daxenbichler



Prof. Dr. Günter Daxenbichler, ein großer Wissenschaftler und der langjährige Leiter des Biochemischen Labors der Frauenklinik geht in den wohlverdienten Ruhestand

Ein großer Querdenker, ein angesehener Hormon-Forscher mit internationalem Ruhm und ein allseits beliebter Bergfex, der seinesgleichen sucht, aber vor allem der beste Eintänzer aller Zeiten, Günter Daxenbichler (kurz Dax) ist mit 30.9.2010 in den Ruhestand gegangen. Mit 1.1.1975 trat der gelernte Biochemiker, in der Ära Dapunt in den Dienst der Frauenklinik und zwar als Leiter des neugegründeten Fortpflanzungslabors, wo er als Bindeglied zwischen Labor und Klinik, im modernen Wissenschaftsdeutsch, als Link zwi-

schen „bench and bedside“, fungierte. Fortan befasste er sich mit Fragen zu den Steroidhormonen und den Hormonen der Plazenta. In der Folge konzentrierten sich sein wissenschaftliches Interesse immer stärker auf den Nachweis der Hormonrezeptoren im Brustkrebsgewebe und auf diesem Gebiet war er ganz entscheidend an der Entwicklung und Etablierung des sog. Radio-Ligand Bindungsassay beteiligt, der für die Routinebestimmungen von Hormonrezeptoren beim Mammarkarzinom über viele Jahre Anwendung fand. Durch seine hervorragenden Publikationen konnte Günter Daxenbichler internationalen Ruhm erlangen. Als besondere Glanzleistung gelten bis heute noch seine Arbeiten mit denen er den histochemischen Östrogenrezeptor Nachweis im Tumorgewebe durch stöchiometrische Berechnungen als „Mirrage“ entlarven konnte.



Prof. Dr. Ch. Marth, Prof. Dr. J. Wittcliff (Louisville KY), Prof. Dr. O. Dapunt, Prof. Dr. G. Daxenbichler (vl)

Wenn es den Begriff einer „wissenschaftlich-akademischen Mitgift“ gibt, ein Rüstzeug das ein Lehrmeister seinen SchülerInnen mitgibt, dann war es genau das, was Günter Daxenbichler all seinen SchülerInnen mit auf den Weg gab. Seine kritische Art zu denken und zu analysieren. Es waren so manche, die er in ihrem wissenschaftlichen Denkansatz geprägt hat, und so manch Arrivierte/r, unter ihnen auch der jetzige Vorstand der Frauenklinik, hat seine wissenschaftliche Karriere unter seiner Ägide begonnen. Dax war kein Macher, er war immer ein Förderer und hat sich bei diesem Unterfangen oft selbst vergessen. Er war einer, der seine Schüler zur Selbstständigkeit erzog, nein geradezu zwang. Er selbst war kein Verbissener, dafür war er viel zu klug, für ihn ist die Wissenschaft „die schönste Nebensache der Welt“ und doch sein Leben.

Auf den legendären Festen und Schitagen der Frauenklinik hatte sich Günter aufgrund seines sagenhaften Charmes, dem sich wirklich keine der Saaldamen je entziehen konnte, den Ruf eines eifrigen Eintänzers mit einem auserlesenen Wiegeschritt im Repertoire, eingehandelt. War er einmal nicht dabei, tanzte niemand – war er dabei, tanzte jeder und das bis spät in die Nacht.

Es bleibt zu hoffen, dass die Frauenklinik noch lange von seinem Wissen und seiner Erfahrung profitieren kann, er ist zwar in den Ruhestand getreten, ganz verlassen hat er uns aber nicht, sondern er hat sich in ein „Emeritus-Kammerl“ zurückgezogen, wo er weiter denken kann. Wenn er bei ganz heiklen wissenschaftlichen Fragestellungen gebraucht wird, wird man ihn holen können; jedenfalls bei den nächsten Festen der Frauenklinik darf er auf keinen Fall fehlen, denn da brauchen wir ihn... als Eintänzer natürlich! (az)

4.5. Marianne Gutmann



OP-Oberschwester Marianne Gutmann trat am 31.12.2010 in den wohlverdienten Ruhestand

Marianne Gutman war in ihrer beruflichen Tätigkeit Jemanden, den man als mustergültig bezeichnen darf. Ihre berufliche Kompetenz, ihre Zuverlässigkeit, ihr steter persönlicher Einsatz zum Wohl der Patientinnen und der Operierenden, aber vor allem ihre Ruhe in den auch noch so brenzligen Situationen, haben Sie zu einem Menschen gemacht, dem man immer mit höchstem Respekt gegenüber getreten ist. Die einzelnen Operationschritte waren ihr über die Jahre derart in Fleisch und Blut übergegangen, dass

stets das richtige Instrument zum richtigen Augenblick in die Hand gegeben wurde, ohne dass viele Worte oder Zeit in Anspruch genommen werden musste.

Für jeden Operateur eine Wonne wenn er beim Betreten des Saales feststellen konnte, dass die Chefin selbst am Tisch stand.



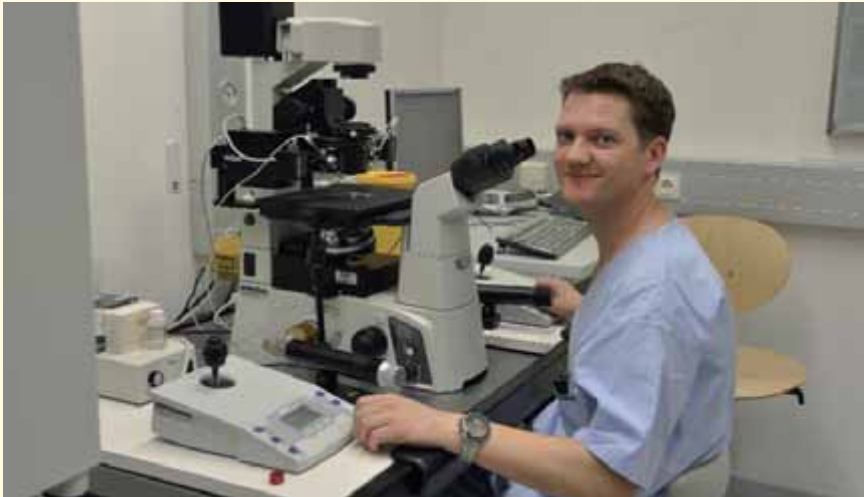
C. Marth, M. Gutmann, A. Ciresa-König, A. Ramoni (vl)

Marianne Gutman trat am 1.10.1974 in den Dienst der Frauenklinik und übernahm als Nachfolgerin von Sr. Elisabeth mit 1.1.1989 die Leitung des OP-Teams. Durch ihre hervorragende Teamleitung und ihre Gabe jüngeren KollegInnen das Handwerk weiterzugeben, und sie am technischen Fortschritt teilhaben zu lassen, war sie entscheidend am Aufbau eines sehr hohen Qualitätsstandards in der gynäkologischen und mikroinvasiven Chirurgie an der Univ.-Frauenklinik beteiligt.

Wir, die wir noch an der Frauenklinik aktiv sind, dürfen uns, auch im Namen all jener, die in den letzten Jahrzehnten operativ in unserem Haus tätig waren, Marianne Gutmann für ihre exzellente Arbeit, ihren unermüdlichen Einsatz und für ihre wunderbare und humorvolle Art im Umgang mit Menschen aufs herzlichste bedanken. (az)

4.

4.6. Wolfgang Biasio: Zertifikat klinischer Embryologe



Dr. Wolfgang Biasio bei der Arbeit im Labor

Über 30 Jahre nach der Geburt des ersten, durch künstliche Befruchtung gezeugten Kindes wurde Robert Edwards 2010 mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet. Damals noch eine medizinische Sensation ist heute die künstliche Befruchtung zu einer Routinebehandlung geworden.

In den Anfängen der Reproduktionsmedizin wurde die Laborarbeit von Mitarbeitern aus den verschiedensten Arbeitsfeldern durchgeführt, teilweise ohne spezifische Laborerfahrung. Daraus resultierte, dass die Fähigkeiten in vielen

Fällen durch Selbststudium erlernt wurden. Mit der Einführung der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zu Beginn der 90er Jahre wurden die Erfolgsraten dramatisch gesteigert und der Erfolg mehr und mehr von qualifizierten und erfahrenen Labormitarbeitern abhängig.

Dies nahm die Europäische Gesellschaft für Humane Reproduktion und Embryologie (ESHRE) 2006 zum Anlass, ein Zertifikat für klinische Embryologen einzuführen. Dadurch soll erstens die Qualifikation klinischer Embryologen zertifiziert werden, zweitens aber soll dieses Zertifikat auch eine formelle Anerkennung für Embryologen sein.

Dr. rer. nat. Wolfgang Biasio ist seit Jänner 2009 als stellvertretender Laborleiter des IVF-Labors an der Universitätsklinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin tätig und wurde 2010 erfolgreich als klinischer Embryologe zertifiziert. Er legte die Prüfung im Rahmen der Jahrestagung der ESHRE in Rom ab und belegte unter 129 internationalen Teilnehmern den hervorragenden 5. Platz.

4.

4.7. Verena Mattle: Hugo-Husslein Preis



Dr.ⁱⁿ Verena Mattle

Das polyzystische Ovarialsyndrom (PCOS) ist die häufigste Ursache einer Ovarialinsuffizienz und betrifft ca. 10% der Frauen im reproduktiven Alter. Trotz intensiver Forschungen sind die Ursachen des PCOS noch weitgehend unbekannt. Eine Störung der ovariellen oder adrenalen Steroidogenese, das Vorliegen einer Insulinresistenz oder Störungen der hypothalamisch-hypophysären Achse werden als mögliche Ursachen diskutiert. Das PCOS geht einher mit Akne, Hirsutismus, polyzystischen Ovarien und Sterilität. Bei einem Großteil der Frauen treten die Zeichen der Hyperandrogenämie während der Pubertät oder kurz darauf auf.

PCOS-Subgruppe mit hypothalamischer Amenorrhö

Die hypothalamische Amenorrhö ist die zweithäufigste Ovarialinsuffizienz und bedingt durch eine Reduktion der hypothalamischen GnRH-Sekretion. Somit können diese Frauen als präpubertär angesehen werden. Im Rahmen der Kinderwunschbehandlung kann durch die pulsatile GnRH-Therapie mit der Zyklo-mat-Pumpe eine Wiederherstellung der normalen Gonadotropin-sekretion erreicht werden.

Studiendesign

Wir haben im Rahmen unserer Untersuchungen 120 Patientinnen mit hypothalamischer Ovarialinsuffizienz aufgrund von Kinderwunsch mit der pulsatilen GnRH-Therapie behandelt.

Von diesen 120 Frauen reagierten sechs in unerwarteter Weise auf die Stimulation. Diese sechs Frauen waren im Alter zwischen 25 und 35 Jahren, der BMI lag im unteren Normbereich, allerdings hatte keine der Frauen einen signifikanten Gewichtsverlust oder anorektische Episoden in den vorangegangenen zwei Jahren. Fünf der Frauen litten an einer sekundären Amenorrhö mit einer Dauer von 3–7 Jahren, lediglich eine Patientin litt an einer primären Amenorrhö. Keine zeigte einen Hirsutismus oder polyzystische Ovarien. Nach Durchführung eines Gestagen- und Clomifentests wurde der Schweregrad der hypothalamischen Ovarialinsuffizienz eingeteilt. Die basalen Hormonwerte dieser sechs Frauen waren typisch für die hypothalamische Ovarialinsuffizienz (niedrige LH- und FSH-Werte, normales Prolaktin und Testosteronkonzentrationen unter $0,4\text{ng/ml}$). Keine der Patientinnen zeigte eine Insulinresistenz bestimmt mittels der AUC von Insulin im OGTT.

4.

Pulsatile GnRH-Therapie

Da bei allen Patientinnen primär eine hypothalamische Ovarialinsuffizienz diagnostiziert wurde, wurde die pulsatile GnRH-Therapie gestartet. Die pulsatile GnRH-Therapie wurde mit einer Dosis von 20mcg pro Puls s.c. alle 60 min über eine Dauer von 80–140 Tagen durchgeführt.

Initial reagierten alle Patientinnen auf die pulsatile GnRH-Gabe mit einem Anstieg der LH- und FSH-Spiegel, gefolgt von einem präovulatorischen Östradiolanstieg und parallel dazu mit einem Follikelwachstum. Alle Patientinnen ovulierten während des ersten Zyklus, erkennbar an einem LH-Peak und einem Progesteronanstieg. Nur eine Patientin ovulierte auch während des zweiten Zyklus, allerdings zeigten sich während des zweiten Zyklus bereits niedrigere Progesteronkonzentrationen als im ersten Zyklus, typisch für eine Corpus luteum-Insuffizienz. Die restlichen Frauen kehrten in den anovulatorischen Zustand zurück. Während der anovulatorischen Phase stiegen die Serumprogesteronspiegel kontinuierlich mit einem konsekutiven Anstieg der LH/FSH-Ratio über 1. Die Östradiolspiegel blieben niedrig wie in der früheren oder mittleren Follikelphase und es zeigte sich typischerweise kein Progesteronanstieg über 1ng/ml . Die Testosteronkonzentrationen stiegen kontinuierlich an und zwar von unter $0,4\text{ng/ml}$ bis zu Spitzenkonzentrationen von $1,5\text{ng/ml}$ am Ende der pulsatilen GnRH-Therapie. Ultraschallkontrollen während dieser anovulatorischen Phase zeigten einen Übergang zu polyzystischen Ovarien. Drei der sechs Frauen berichteten auch vom Auftreten von Hirsutismus.

Nach Beendigung der pulsatilen GnRH-Therapie kehrten alle Frauen in den amenorrhöischen Zustand zurück mit niedrigen LH-, FSH- und Testosteronspiegeln, typisch für die hypothalamische Ovarialinsuffizienz.

Schlussfolgerungen

Aus diesen Ergebnissen kann man schlussfolgern, dass die Normalisierung der Gonadotropinsekretion durch exogen zugeführtes GnRH bei bestimmten Frauen zur Manifestation einer Hyperandrogenämie und zum Auftreten von polyzystischen Ovarien führt. Bei diesen Frauen liegt die Ursache der Hyperandrogenämie und des PCOS mit hoher Wahrscheinlichkeit im Ovar. Das PCOS manifestiert sich mit Einsetzen der normalen Gonadotropinsekretion z.B. während der Pubertät. Die „hypothalamisch-hyperandrogenämische Ovarialinsuffizienz“ stellt ein Modell dar, mit dem die pathogenetischen Mechanismen der Hyperandrogenämie und des PCOS weiter aufgeklärt werden können. Die Ergebnisse unserer Untersuchung unterstreichen die Bedeutung der Pubertät in der Pathogenese des PCOS.

Literatur:

Mattle V, Bilgicildirim A, Hadziomerovic D, Ott HW, Zervomanolakis I, Leyendecker G, Wildt L: Polycystic ovarian disease unmasked by pulsatile GnRH therapy in a subgroup of women with hypothalamic amenorrhea. *Fertil Steril* 2008; 89(2): 404–9. Epub 2007 Jun 21

5. Klinisches Leistungsspektrum

Ambulanzen

Im Jahr 2010 wurden in den Ambulanzen der Frauenheilkunde über 32.500 Patientinnen versorgt, somit um fast 1.000 mehr wie im Vorjahr. Es wurden auch um über 4.500 Leistungen mehr erbracht, somit de facto eine Steigerung um 2,1%.

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	35.372	35.995	32.819	32.591	33.562	971	3,0
Frequenzen	102.989	99.404	97.891	97.799	99.038	1.239	1,3
Leistungen	238.456	221.821	209.138	212.854	217.371	4.517	2,1

5.

Stationen

2010 wurden über 7.000 PatientInnen stationär betreut. Die Liegedauer ist in den vergangenen 5 Jahren kontinuierlich von durchschnittlich 4,5 auf 3,9 Tage pro Patientin gesunken, die verrechenbaren Leistungspunkte sind gestiegen bzw. annähernd gleich geblieben.

Die Zahl der tagesklinischen Patientinnen ist seit 5 Jahren kontinuierlich gestiegen (+20,8%) sowie auch die Zahl der gesamten LKF-Punkte (+4,528.000 d.h. +24,9%).

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Systemisierte Betten	144	134	134	134	134	0	0
Patientinnen	6.570	6.902	7.333	7.372	7.052	-320	-4,3
Durchschnittl. Verweildauer (Tage)	4,5	4,2	4,1	4,0	3,9	0,1	-0,3
Mitternachts-Auslastung (in %)	66,6	61,7	64,5	63,3	62,3	1,0	-1,5
Tages-Auslastung (in %)	85,3	79,9	84,3	83,5	82,6	0,9	-1,0
Patientinnen tagesklinisch	1.808	1.830	2.000	2.087	2.184	97	4,6
Patientinnen Gesamt	8.378	8.732	9.333	9.459	9.236	-223	-2,3
LKF-Punkte (in 1.000)	18.205	18.455	20.141	23.169	22.733	436	-1,9

Einzugsgebiet

Einzugsgebiet	Patientinnen				
	2006	2007	2008	2009	2010
Gesamt	8.270	8.588	9.207	9.312	9.073
Tirol	7.804	8.076	8.613	8.813	8.638
Imst	504	504	548	568	516
Innsbruck – Land	2.606	2.600	2.697	2.821	2.950
Innsbruck – Stadt	2.916	3.114	3.380	3.359	3.138
Kitzbühel	241	305	378	341	298
Kufstein	441	432	506	517	461
Landeck	153	223	233	248	157
Lienz	78	65	85	118	103
Reutte	101	77	49	56	54
Schwaz	761	756	737	785	961
restliches Österreich	231	263	230	195	124
Burgenland	2	1	0	0	4
Kärnten	9	10	19	7	9
Niederösterreich	6	24	40	24	16
Oberösterreich	45	41	26	36	23
Salzburg	65	43	26	34	37
Steiermark	10	6	4	11	3
Vorarlberg	78	125	101	66	83
Wien	16	13	14	17	19
Ausland	235	249	364	304	241
Deutschland	22	27	33	34	22
Südtirol/Italien	199	211	305	235	203
Sonstiges Ausland	14	12	26	25	16

Altersstruktur

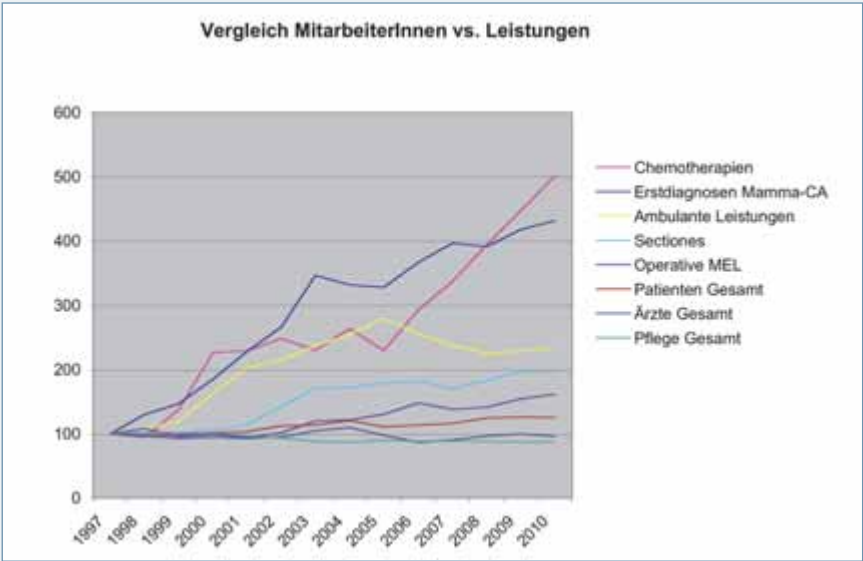
Lebensalter in Jahren	Patientinnen					Veränd. 09-10 in %
	2006	2007	2008	2009	2010	
Alter von 0 – 19	258	270	324	269	194	-27,9
Alter von 20 – 29	1.632	1.690	1.735	1.675	1.616	-3,5
Alter von 30 – 39	2.093	2.145	2.303	2.184	2.221	1,7
Alter von 40 – 49	1.170	1.399	1.523	1.767	1.525	-13,7
Alter von 50 – 59	1.266	1.150	1.127	1.293	1.408	8,9
Alter von 60 – 69	1.042	1.115	1.237	1.153	1.186	2,9
Alter von 70 – 79	580	651	752	738	703	-4,7
Alter 80 und älter	229	168	206	233	220	-5,6
Gesamt	8.270	8.588	9.207	9.312	9.073	-2,6

5.

Die Gesamtzahl der Patientinnen bei Einzugsgebiet und Altersstruktur bezieht sich auf die Anzahl der Entlassungen. Diese Zahl ist naturgemäß höher als die (Anzahl der stationären) Patientinnen in der Stations-Tabelle (s.o.), da 2.021 Patientinnen während ihres stationären Aufenthaltes von der Frauenheilkunde an andere Kliniken verlegt wurden.

MitarbeiterInnen

Die folgende Tabelle verdeutlicht den pflegerischen und ärztlichen Personalstand der Frauenklinik im Vergleich mit der Entwicklung der erbrachten Leistungen in den vergangenen 14 Jahren.



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

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

An dieser Situation aus dem Jahr 2008 hat sich im Berichtsjahr 2010 insofern Erfreuliches verändert, als 0,5 Sekundararzt als Stationsarzt für die Mamma-Patientinnen genehmigt wurde.

Ärztinnen im Gegenfach:



Evelyn Baumgartner



Christine Brantner



Irene Mutz-Dehbalae



Susanne Jerabek-Klestil



Daniela Sarlay-Schwaiger

Ärztinnen in Elternkarenz:



Michaela Angerer-Dengg



Christine Brunner



Isolde Strobl

5.

Erlöse – Aufwand

	2006	2007	2008	2009	2010
Bundespersonal- kosten in %	8,27	8,89	7,47	7,44	7,37
Landespersonal- kosten in %	49,41	48,90	47,39	47,20	46,35
Sachkosten in %	27,78	28,94	30,42	31,03	31,08
Sekundärkosten in %	22,81	22,15	22,20	21,77	22,56
Gesamtkosten (Landesperso- nal-, Sach- u. Sekundärkosten ohne Umlagen u. AfA)	19.459.224	20.249.804	21.741.045	22.432.659	23.294.467
Veränderung zum Vorjahr	4,0%	4,1%	7,4%	3,2%	3,8%
Patientenerlöse, sonstige Erlöse und Klin. Mehr- aufwand	19.185.391	19.245.964	21.742.292	23.239.347	23.574.760
Veränderung zum Vorjahr	12,3%	0,3%	13,0%	6,9%	1,4%
Drittmittel- einnahmen	283.500	268.000	651.401	303.835	618.919

Der Medizinischen Bedarf (€ 5,134.169,-) beträgt 70,90 % der Sachkosten (€ 7,241.027,-). Vom Medizinischen Bedarf entfallen 72,09 % (€ 3,701.179,-) auf Medikamente. Von diesen entfallen 78,11 % (€ 2,890.930,-) auf Chemothera-

peutika – seit 2005 ein anteiliger Anstieg um 16,34 %, aber das 2,67-fache der absoluten Summe.

Die Steigerung der Gesamtkosten ergibt sich ausschließlich aus der Valorisierung der Personalkosten und dem steigenden Bedarf an Medikamenten/-Chemotherapeutika.

Besonders erfreulich ist die Steigerung der stationären Erlöse um fast € 100.000,- trotz umbaubedingter 3-monatiger Stationsschließung. Auch die OP-Frequenz und die verrechenbaren OP-Leistungen konnten trotz der Schließung die Vorjahreszahlen wieder erreichen – „trotz“ der Steigerung von 10,4% gegenüber dem vorletzten Jahr.

5.1. Ambulanzen

Die Auflistung der Ambulanzen und Sprechstunden erfolgt in alphabetischer Reihenfolge. Die angeführten ÄrztInnen geben den aktuellen Stand (30.06.2011) 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
DGuKS Regina Stadlmeir (Pflegeleitung für alle Ambulanzen)

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	11.467	10.444	10.180	8.950	8.449	-501	-5,6
Frequenzen	20.378	18.301	19.382	17.944	17.539	-405	-2,3
Leistungen	61.265	51.776	52.385	47.286	45.156	-2.130	-4,5

5.1.2. Brustambulanz (BrustGesundheitZentrum Tirol)

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

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	1.990	2.110	2.389	2.585	2.745	160	6,2
Frequenzen	5.879	5.771	6.464	7.055	7.601	546	7,7
Leistungen	10.215	8.378	7.012	7.449	8.286	837	11,2

5.1.3. Endokrinologische Ambulanz

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

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	2.244	2.473	2.692	2.846	2.598	-248	-8,7
Frequenzen	7.463	9.008	10.050	12.160	11.445	-715	-5,9
Leistungen	22.428	28.838	30.305	36.600	37.754	1.154	3,2

5.1.4. Onkologische Ambulanz

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

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	1.875	1.742	1.750	1.993	2.210	217	10,9
Frequenzen	3.921	3.672	3.624	4.218	4.709	491	11,6
Leistungen	13.485	12.371	11.519	12.252	12.317	65	0,5

5.1.5. Schwangerenambulanz

OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni, Dr.ⁱⁿ Evelyn Weissenböck
DGuKS Beatrice Wallasch

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	1.515	1.121	1.008	1.127	1.134	7	0,6
Frequenzen	5.993	3.655	2.668	2.924	2.891	-33	-1,1
Leistungen	17.336	12.621	10.449	12.633	14.061	1.428	11,3

5.1.6. Ultraschall

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

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	3.630	3.400	2.967	3.097	2.762	-335	-10,8
Frequenzen	6.632	5.409	4.625	5.277	4.331	-946	-17,9
Leistungen	8.500	7.975	8.277	9.625	9.869	244	2,5

Die Komplexität von Ultraschalluntersuchungen hat in den vergangenen Jahren wesentlich zugenommen, sodass die durchschnittliche Dauer von ca. 20 auf ca. 40 Minuten pro Patientin gestiegen ist. Die kontinuierliche Steigerung der Leistungen bildet diesen Umstand ab.

5.

5.1.7. Urodynamik

OA Dr. Stefan Kropshofer
DGuKS Anna Raml

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	411	354	309	274	343	69	25,2
Frequenzen	782	589	490	449	597	148	33,0
Leistungen	5.067	3.810	2.731	2.296	2.941	645	28,1

5.2. Sprechstunden

5.2.1 Dysplasie

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

Termin nach Vereinbarung in der Allg. Ambulanz

5.2.2 Familiäre Malignome

OA Dr. Michael Hubalek
DGuKS Ingrid Pfleger

jeden Mo 11.30-14.30 in der Onkolog. Ambulanz

5.

5.2.3 HIV

OA Dr. Stephan Kropshofer
DGuKS Regina Stadlmeir

jeden Di+Mi 12.00-13.30 in der Allg. Ambulanz

5.2.4 Migrantinnen

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

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

Termin nach Vereinbarung in der Allg. Ambulanz
mit muttersprachlicher Dolmetscherin

5.3. Labore

5.3.1. Morphologisches Labor

Ärztliche Leitung: **A. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Müller-Holzner**

Leitende BMA: BMA Mag.^a Martina Chamson

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

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Gynäkolog. Zytologie	30.931	31.290	26.562	25.757	27.356	1.599	6,2
Extragenitale Zytologie	491	429	530	472	507	35	7,4
Histologie – Fälle	3.637	3.705	3.869	3.937	3.749	-188	-4,7
Histologie – Schnitte				55.514	56.172	658	1,2
Schnell- schnitte	832	827	804	876	828	-48	-5,5
Immun- histochemie	2.708	3.018	3.083	3.547	3.683	136	3,8

5.

5.3.2. Labor für klinische Biochemie

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

Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Mag.^a Heidi Fiegl

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	3.099	3.200	3.413	3.430	3.549	119	3,5
Frequenzen	7.755	8.057	8.522	8.772	9.121	349	4,0
Leistungen	8.726	8.981	9.480	9.609	10.089	480	5,0

5.4. Physikalische Therapie

PTⁱⁿ Alice Hotter

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	859	824	837	792	774	-18	-2,3
Frequenzen	3.250	3.352	3.833	3.571	3.383	-188	-5,3
Leistungen	4.965	4.721	5.747	5.472	5.041	-431	-7,9

5.5. Sozialarbeit

DSAⁱⁿ Petra Hillebrand

Station	2008	2009	2010
Tagesklinik	9	6	17
Kreißaal	2	2	14
Ambulanzen	28	25	29
Mutter-Kind-Station	21	22	40
Gyn 1	25	21	24
Gyn 2	15	17	26
Gyn 3	184	163	116
Gyn 4	33	27	57
Patientinnen gesamt	317	283	323

Leistung	2008		2009		2010	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
Beratung	128	23,44	145	24,29	403	47,64
Pflegegeld	50	9,16	73	12,23	121	14,30
Organisation Pflege, Hebamme, Familien- /Heimhilfe	65	11,90	64	10,72	62	7,33
Beratung Angehörige	80	14,65	78	13,07	58	6,86
Suche Heimplatz	20	3,66	15	2,51	4	0,47
Jugendwohlfahrt	48	8,79	40	6,70	22	2,60
Vermittlung Beratung	39	7,14	41	6,87	58	6,86
Sonstiges	101	18,50	124	20,77	93	10,99
Interna	15	2,75	17	2,85	25	2,96
Leistungen gesamt	546	100,00	597	100,00	846	100,00

5.

Mit Oktober 2007 wurde die statistische Leistungserfassung im Bereich der Sozialarbeit neu strukturiert. Es gibt daher noch keine Vergleichszahlen für die Vorjahre. Im Berichtsjahr 2009 fehlen die Zahlen für 21.8. bis 30.9., da in dieser Zeit die Stelle durch die vorgegebene 6-Wochen-Sperre nicht besetzt war. Die notwendigsten Betreuungsmaßnahmen wurden von SozialarbeiterInnen anderer Kliniken mitübernommen. Ab März 2010 wurden die personellen Ressourcen von 20 auf 30 Wochenstunden erhöht.

5.6. Geburtshilfe

ÄrztInnen: **OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni**, OÄ Dr.ⁱⁿ Gerda Hofstetter,
 OA Dr. Georg Pranter, OÄ Dr.ⁱⁿ Gudrun Windbichler (gem. mit Sono-
 Team u. AssistentInnen als Perinatal Group University Innsbruck)
 Oberhebamme: Dipl.Heb. Anna Harm

5.6.1. Hebammen-, Entbindungs- u. Stillambulanz

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 absolut	Veränd. 09-10 in %
Patientinnen	1.711	1.801	1.894	1.946	2.123	177	9,1
Frequenzen	3.801	3.922	4.399	4.334	4.776	442	10,2
Leistungen	43.883	38.884	31.528	32.352	32.291	-61	-0,2

5.6.2. Geburtshilfe-Station

	2007	2008	2009	2010	Veränd. 09-10 in %
Systemisierte Betten	8	8	8	8	0
Patientinnen	1.633	2.257	2.271	2.479	9,2
Durchschnittl. Verweildauer (Tage)	0,8	0,8	0,9	0,9	0
Mitternachts-Auslastung (in %)	62,0	76,3	82,4	89,0	8,0
Tages-Auslastung (in %)	74,4	89,4	93,2	100,0	7,3
Patientinnen Tagesklinisch	10	13	16	5	-68,8
Patientinnen Gesamt	1.643	2.270	2.287	2.484	9,2

5.6.3. Kreißsaal – Geburten

	2006	2007	2008	2009	2010
Kinder gesamt	1.885	1.895	1.941	1.987	2.133
davon Mädchen	908	925	933	955	1.035
davon Buben	977	970	1.006	1.031	1.098
Geburten gesamt	1.816	1.824	1.879	1.917	2.055
Einlingsgeburten	1.748	1.758	1.818	1.851	1.974
Zwillingsgeburten	67	61	60	62	78
Drillingsgeburten	1	5	1	4	1
Anonyme Geburten	2	2	2	2	1
Frühgeburten (<37+0 SSW)	278	265	278	325	364
<i>Frühgeburten in %</i>	15,3	14,5	14,8	13,4	17,1
Geburtsgewicht < 2.500g	301	280	296	308	314
Geburtsgewicht < 1.500g	73	77	50	54	71
Sectiones gesamt (2010)	772	722	777	823	896
<i>Sectiones in %</i>	42,5	39,6	41,4	41,7	42,3
Sectio BEL	136	112	110	146	133
vag. BEL	6	4	3	6	11
Episiotomie Erstpara	285	263	240	188	160
Episiotomie Mehrpara	117	78	93	48	67
Wassergeburt	109	136	181	166	220
Ambulante Entbindung	35	16	25	25	15
PDA b. vag. Geb.	253	238	288	219	210
SPA b. Sectio	700	671	745	795	806
Vollnarkose b. Sectio	70	57	37	48	90
NApH < 7,20	229	265	277	259	250
NApH < 7,10	36	45	18	32	45
azidotisch u. deprimiert (NApH < 7,20 u. APGAR < 7)	13	12	8	6	13
schwer azidotisch u. deprimiert (NApH < 7,10 u. APGAR < 5)	4	2	0	0	2
Transferierung Kinderklinik	263	234	229	230	255
Mortalität gesamt	21	16	18	21	21
ante partum	13	9	12	10	11
sub partum	1	2	2	4	3
bis 7. Tag	7	5	4	7	7

Im Berichtsjahr haben 2.055 Mütter 2.133 Kinder geboren. Das ist eine höchst erfreuliche **Steigerung um 6,8%**, weit über dem Tiroler und Österreichischen Durchschnitt.

2010 wurden an unserer Klinik 78 mal Zwillinge und 1 mal Drillinge geboren.

In Österreich lag die Zahl der im Jahr 2010 mit 78.742 um 2.398 bzw. 3,2% über den Ergebnissen des Jahres 2008. Im Jahr 2010 wurden in allen Bundesländern Geburtenzunahmen registriert, angeführt von Wien (+5,3%) und Salzburg (+4,3%). Mit etwas Abstand folgten Kärnten (+3,1%), Oberösterreich (+2,8%), Niederösterreich (+2,7%), Tirol (+2,5%), Vorarlberg (+2,2%) und Steiermark (+2,1%), mit jeweils unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Anstiegen an Geburtenzahlen.

In Tirol waren es 6.741 Neugeborene im Jahr 2010 (+2,5%) gegenüber 6.579 im Jahr 2009 (-1,3%), 6.703 im Jahr 2008 und 6.651 im Jahr 2007.

Die österreichweite Sectiorate liegt bei 28,6%, in fetalmedizinischen Zentren naturgemäß wesentlich höher, so auch an der Frauenklinik Innsbruck (42,3%). 7,1% der Kinder in Österreich hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500g, an der Frauenklinik, ebenfalls zentrumsbedingt, 14,7%.

5.

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

5.7. Pflegestationen

5.7.1. Station Gynäkologie I (Privatstation)

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

Pflegeleitung: PDL-Stv. DGuKS Eva Triendl

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd 09-10 in %
Systemisierte Betten	22	22	22	22	21	-6,1
Patientinnen	1.132	1.213	1.540	1.590	1.140	-28,3
Durchschnittl. Verweildauer (Tage)	3,9	3,4	2,9	2,3	2,4	5,1
Mitternachts- Auslastung (in %)	60,5	55,7	57,0	50,5	51,9	2,7
Tages-Auslastung (in %)	75,7	72,0	76,5	71,9	72,6	0,9
Patientinnen Tagesklinisch	16	77	54	13	7	-46,2
Patientinnen Gesamt	1.148	1.290	1.594	1.602	1.147	-28,6

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)

ÄrztInnen: **OA Dr. Siegfried Fessler**, OÄ Dr.ⁱⁿ Alexandra Ciresa-König,

OA Dr. Stephan Kropshofer, Ass.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Sölder,

A. Univ.-Prof. Dr. Andreas Widschwendter

Pflegeleitung: DGuKS Maria-Luise Holzknacht

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd 09-10 in %
Systemisierte Betten	26	26	26	26	26	0
Patientinnen	1.752	1.870	1.975	1.963	2.005	2,1
Durchschnittl. Verweildauer (Tage)	3,7	3,4	3,3	3,2	2,8	-14,7
Mitternachts- Auslastung (in %)	68,6	66,1	71,7	68,3	60,7	-11,2
Tages-Auslastung (in %)	88,0	86,3	93,3	88,4	81,4	-7,9
Patientinnen Tagesklinisch	119	100	70	58	11	-81,0
Patientinnen Gesamt	1.871	1.970	2.045	2.021	2.016	-0,1

5.7.3. Station Gynäkologie III (Onkologisch)

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

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

Pflegeleitung: DGuKS Annemarie Frank

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd 09-10 in %
Systemisierte Betten	21	21	21	21	21	0
Patientinnen	879	982	871	848	734	-13,4
Durchschnittl. Verweildauer (Tage)	6,7	5,6	6,6	6,0	6,5	7,8
Mitternachts- Auslastung (in %)	80,9	75,5	77,7	69,7	65,5	-6,0
Tages-Auslastung (in %)	92,5	88,0	89,0	80,8	75,0	-7,1
Patientinnen Tagesklinik	4	3	9	4	0	-100,0
Patientinnen Gesamt	883	985	880	852	734	-13,8

5.7.4. Station Gynäkologie IV

(Konservativ/Schwangere – Mamma)

ÄrztInnen: **OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Ramoni, OA Dr. Michael Hubalek**

Pflegeleitung: DGuKS Belinda Posch

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd 09-10 in %
Systemisierte Betten	29	29	29	29	29	0
Patientinnen	1.634	1.251	1.365	1.482	1.428	-3,6
Durchschnittl. Verweildauer (Tage)	4,0	4,7	4,2	4,1	4,3	4,0
Mitternachts- Auslastung (in %)	62,3	55,9	57,1	63,2	63,1	-0,3
Tages-Auslastung (in %)	75,0	66,7	69,4	77,3	76,7	-0,8
Patientinnen Tagesklinisch	21	13	16	26	13	-50,0
Patientinnen Gesamt	1.655	1.264	1.381	1.508	1.441	-4,4

5.7.5. Tagesklinik

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

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd 09-10 in %
Systemisierte Betten	6,3	8	8	8	8	0
Patientinnen	68	153	127	105	85	-19,0
Durchschnittl. Verweildauer (Tage)	1	1	1	1	1	0
Mitternachts- Auslastung (in %)	0	0	0	0	0	0
Tages-Auslastung (in %)	101,8	77,0	84,8	91,8	98,3	7,1
Patientinnen Tagesklinisch	1.636	1.522	1.733	1.896	2.052	8,2
Patientinnen Gesamt	1.704	1.675	1.860	2.001	2.137	6,8

5.

5.7.6. Station Mutter-Kind (Wochenstation)

ÄrztInnen: **OÄ Dr.ⁱⁿ Gerda Hofstetter**
 Pflegeleitung: DGuKS Luzia Köfler

	2006	2007	2008	2009	2010	Veränd 09-10 in %
Systemisierte Betten	20	20	20	20	21	6,7
Patientinnen	1.500	1.488	1.504	1.564	1.721	10,0
Durchschnittl. Verweildauer (Tage)	4,0	4,0	3,9	3,8	3,8	0,0
Mitternachts- Auslastung (in %)	82,9	81,3	83,7	81,4	81,3	0,1
Tages-Auslastung (in %)	103,1	101,3	104,5	101,6	101,9	0,3
Patientinnen Tagesklinisch	12	1	1	0	0	0
Patientinnen Gesamt	1.513	1.489	1.505	1.564	1.721	10,0

5.8. OP-Statistik

Gesamtzahl	2006	2007	2008	2009	2010
Patientinnen	3.820	3.628	4.008	4.258	4.298
operative Eingriffe	5.371	4.987	5.152	5.044	5.061
MEL*	5.940	6.038	6.174	6.226	6.215

*Anzahl der verrechenbaren operativen Leistungen nach LKF

5.8.1. Gynäkologische Onkologie

5.8.1.1. OP bei Mammakarzinom

	2006	2007	2008	2009	2010
Mastektomien ohne Simultanaufbau	24	23	23	45	42
Skin-Sparing Mastektomien mit Simultanaufbau	55	67	52	54	58
Tumorektomien – brusterhaltende Operationen	168	166	171	139	188
Sentinel Lymphonodektomien	148	179	174	183	203
Axilladissektionen	104	87	66	80	92
Nachresektionen	8	24	22	21	30
Revisionen	11	7	8	5	5

5.8.1.2. OP bei Ovarialkarzinom

	2006	2007	2008	2009	2010
Abdominelle Hysterektomien + Debulking	50	50	59	54	57
Pelvine Lymphonodektomien	9	17	16	16	9
Pelvine + paraortale Lymphonodektomien	26	20	32	36	40

5.8.1.3. OP bei Cervixkarzinom

	2006	2007	2008	2009	2010
Wertheim	12	11	10	13	7
davon laparoskopisch assistiert (DaVinci)				6	3
Schauta	2	2	2	0	0
Lymphknoten Sampling	19	25	24	17	16
Vaginale totale Hysterektomie (vt)	0	1	0	0	0
Probeexzisionen, Initiierung der Strahlentherapie	20	20	22	16	17

5.8.1.4. OP bei Corpuskarzinom

	2006	2007	2008	2009	2010
Abdominelle Hysterektomien	28	25	18	19	18
LAVH	10	10	9	8	15
Wertheim	3	3	5	6	6
Abrasiones (ohne weitere operative Therapie)	1	2	1	1	1

5.8.1.5. OP bei Vulvakarzinom

	2006	2007	2008	2009	2010
Vulvektomien	9	11	10	11	15
Resektionen	15	14	11	9	13
Sentinel Lymphonodektomien	5	1	1	4	6

5.8.1.6. Primäre Karzinome gesamt

	2006	2007	2008	2009	2010
Primäre Mammakarzinome	217	238	235	251	260
Primäre Ovarialkarzinome	30	38	42	40	41
Primäre Cervixkarzinome	33	38	40	33	29
Primäre Corpuskarzinome	34	36	38	33	45
Primäre Vulvakarzinome	10	6	9	8	9
Primäre Karzinome gesamt	324	356	364	365	384

5.8.1.7. Exenteration

	2006	2007	2008	2009	2010
vordere Exenteration	2	0	0	0	0
hintere Exenteration	0	2	2	0	0
vordere und hintere Exenteration	1	1	0	2	1

5.8.1.8. Strahlentherapie

	2006	2007	2008	2009	2010
HDR (high dose rate)	64	69	140	76	83
VR (Vaginalrohr)	216	152	162	98	156

5.8.2. Gutartige Indikationen

5.8.2.1. Mamma

	2006	2007	2008	2009	2010
Mamma PE	103	77	90	108	105

5.8.2.2. Abdominale Operationen

	2006	2007	2008	2009	2010
Laparotomie bei Adnextumor	27	31	30	49	25
Sterilisation post partum	25	32	38	57	50
Laparoskopische OP (3-4 Einstiche)	505	483	568	463	405
Laparoskopie – diagnostisch (1-2 Einstiche)	86	77	88	137	115
Laparoskopische Sterilisation	30	44	28	28	17
Abdominale totale Hysterketomie	7	14	12	43	36
Myomexstirpation offen	6	8	11	7	5
Sektionarbendehiszenz	—	4	6	1	1
OP eines Scheidenblindsackvorfalles	2	0	1	2	1
davon Sacropexie/ Laparoskopie (Da Vinci)	2	0	1	1	0

5.8.2.3. Vaginale Operationen

	2006	2007	2008	2009	2010
Vaginale totale Hysterektomie (vt)	104	99	77	80	51
Totale laparoskopische Hysterektomie (TLH)				1	22
Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH)	53	40	42	33	14
vt mit vorderer und hinterer Kolporraphie (vt+v+h)	36	52	49	36	36
vordere und hintere Kolporraphie / Prolift	30	21	21	19	13
Tension free vaginal tape (TVT)	5	1	0	2	6
Tension free vaginal tape (TVT-o)	15	28	23	27	28
Bulkamid	—	—	5	4	4
Hysteroskopie + fraktionierte Abrasio	556	552	589	517	461
Abrasio bei Abortus	301	256	241	272	230

	2006	2007	2008	2009	2010
Messer Konisation	56	52	49	15	27
LLETZ Konisation (Elektroschlinge)	132	136	159	139	161
Cerclage	17	13	5	17	20
Hysteroskopische Operation	105	93	102	135	134
davon Septumdissektion	20	16	15	10	26
davon Myomentfernung	33	27	32	42	28
davon Hydrothermablatio (HTA), Therma Choice	13	14	29	67	66
Kolpektomie	4	4	1	3	1
Vulva PE	80	65	63	78	72
Laser	176	195	181	145	83
Marsupialisation	24	23	26	27	16

5.8.2.4. Revisionen

	2006	2007	2008	2009	2010
Bauchdecke	3	4	3	1	1
Intraabdominal	7	8	4	2	3
Mamma	11	7	8	5	5
Vulva/Vagina	4	3	2	5	10
Nachblutung nach Konisation	2	2	2	4	1
Gesamt	27	24	19	17	20

5.8.3. Geburtshilfe

	2006	2007	2008	2009	2010
Sectio	539	459	488	573	597
Re-Sectio	208	217	237	199	228
Sectio-Hysterektomie	2	1	2	4	0
Sectio Gesamt	749	677	727	776	825
Nachtastung	19	17	18	49	41
Manuelle Plazentalösung	36	31	52	68	80
Dammriss III./IV. Grades	12	14	27	23	30

6. Qualität ist uns wichtig!

6.1. Patientinnen-Zufriedenheit

(Mag. Josef Ascher, Qualitätsentwicklung – Befragungsmanagement)

Die Rückmeldungen unserer Patientinnen sind für uns sehr wichtig, da sie uns die Gelegenheit bieten, Fehler zu beheben und gut funktionierende Bereiche noch zu verbessern. Hier ist die Entwicklung seit 2006 dargestellt.

Bei der stationären Aufnahme bekommt jede Patientin einen standardisierten Fragebogen, den sie bei der Entlassung anonym wieder abgeben kann. Die Rücklaufquote (R-%) errechnet sich aus der Anzahl der abgegebenen Fragebögen (N) im Vergleich zur Gesamtzahl der stationären Patientinnen.

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

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

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

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

Station	Jahr	Pflege	ÄrztInnen	Weitere Berufe	Küche	Technik	N	R-%
Gyn 1	2006	4,5	2,2	1,3	25,6	4,7	180	16,2
	2007	6,8	3,1	2,1	27,0	6,5	152	12,4
	2008	4,6	3,2	0,8	21,3	2,6	130	11,3
	2009	3,3	2,4	1,5	20,0	3,5	150	13,9
	2010	3,3	2,3	1,5	18,3	2,1	114	14,3
Gyn 2	2006	4,5	2,8	0,8	19,4	3,9	768	42,1
	2007	4,6	3,5	0,8	20,8	4,5	723	38,3
	2008	4,8	2,8	0,5	17,3	3,6	858	44,3
	2009	4,4	3,5	0,5	16,9	3,3	833	45,8
	2010	4,9	3,9	0,9	18,9	3,0	746	41,8

Station	Jahr	Pflege	Ärzt- Innen	Weitere Berufe	Küche	Technik	N	R-%
Gyn 3	2006	4,8	4,7	3,8	19,0	9,3	121	14,3
	2007	3,8	2,8	1,9	26,9	8,4	105	11,3
	2008	4,5	4,5	2,3	18,8	3,1	51	7,8
	2009	3,3	3,4	1,4	19,5	3,3	69	12,0
	2010	3,4	1,2	1,4	23,0	4,0	48	9,6
Gyn 4	2006	3,9	4,9	1,1	19,7	5,7	471	35,2
	2007	3,7	4,4	1,3	20,2	6,2	279	25,0
	2008	3,4	4,7	0,9	17,1	4,1	343	28,0
	2009	3,3	4,7	0,8	18,8	4,1	340	25,6
	2010	3,3	4,9	0,9	17,4	3,2	255	20,5
Mutter-Kind	2006	7,0	5,7	1,7	25,9	4,4	347	23,4
	2007	7,7	4,0	1,7	26,5	3,2	319	21,8
	2008	6,5	4,7	1,1	22,7	4,0	323	22,2
	2009	6,0	4,5	0,5	24,4	2,8	431	28,4
	2010	6,2	5,1	0,8	25,4	2,7	546	33,1
Geburtshilfe	2006	x	x	x	x	x	x	X
	2007	6,0	4,4	3,8	26,0	3,4	44	
	2008	4,1	4,6	0,2	13,9	1,5	75	25,5
	2009	7,9	7,5	1,5	20,1	2,0	58	21,6
	2010	4,6	5,5	0,8	21,0	2,3	76	27,4

Legende:

Kritikanteil: in % – je niedriger, desto besser

N: Anzahl der abgegebenen Fragebögen

R-%: Rücklaufquote

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

6.2. Qualitätsmanagement

(Mag.^a Martina Chamson)



„Heute schon einen Fehler gemacht?“

„Nein.“

„Schade, nichts gelernt.“

Wir wollen aus unseren Fehlern lernen. Daher wurde unterstützt von Klinikdirektor Prof. Christian Marth erfolgreich vor drei Jahren ein Fehlermeldesystem eingeführt. Nur wenn die oberste Leitung ein solches System unterstützt und der Umgang mit Problemen ein offener ist, kann ein solches System erfolgreich funktionieren.

Fehler oder Missstände können von allen MitarbeiterInnen über ein intranet-basiertes EDV-Tool gemeldet werden. Durch einen direkten Zugang von jeder Klinik-Workstation ist es ganz einfach, Fehler einzugeben. Das System schickt anschließend automatisiert ein Mail an die Fehlerverantwortlichen, damit eine schnelle Reaktion erfolgen kann.

Alle drei Monate werden die Fehlermeldungen von einem Team unter der Leitung vom Gf OA Dr. Otto Huter aufbereitet und in der darauffolgenden Montagskonferenz allen ÄrztInnen, leitenden Pflege-, Labor- und AdministrationsmitarbeiterInnen vorgestellt. Gemeinsam werden Problemlösungen erarbeitet und umgesetzt. Durch einen positiven und wertschätzenden Umgang miteinander werden die MitarbeiterInnen motiviert, Fehler und Beinahe-Fehler zu melden. Denn nur so können Probleme allen bewusst gemacht und in Zukunft minimiert und im besten Falle vermieden werden.

In regelmäßigen Abständen wird auch die Wirksamkeit der Meldungen geprüft, damit eventuell nötige Nachbesserungen der Maßnahmen durchgeführt werden können.

Die „Fehler-Highlights“ werden im Intranet veröffentlicht, um das nochmalige Bewusstmachen der Probleme zu ermöglichen und ihre Lösungen für alle MitarbeiterInnen transparent zu halten.

6.3. Risikomanagement

(Gf. OA Dr. Otto Huter)

*If you get stuck,
draw with a different pen.*

Pilotprojekt „Risiko-Assessment der Frauenheilkunde Innsbruck“ erfolgreich durchgeführt von November 2009 bis Feber 2011

Das Pilotprojekt „Risikomanagement“ der Tilak wurde 2010 fortgesetzt. Am 27.1.2010 wurde der Klinik das Ergebnis des Risiko-Assessments durch die Mitarbeiter der Gesellschaft für Risiko-Beratung (GRB, K. Vonderhagen) mitgeteilt. Nach Sitzung des Lenkungskreises (Klinikvorstand, Direktoren der Kollegialen Führung) und Freigabe des Risikomanagement-Maßnahmenplanes wurde mit der Bearbeitung der einzelnen Punkte begonnen.

In vielen Sitzungen mit Mitarbeitern der Frauenklinik wurden die Maßnahmen erarbeitet und im Rahmen der Montagkonferenzen mit Prof. Marth besprochen. Im Dezember 2010 wurde die Evaluation besprochen und diese am 2.2.2011 durchgeführt.

Weiters haben wir im Jahr 2010 die Implementierung des Fehlermanagements abgeschlossen und so allen Mitarbeitern die Möglichkeit gegeben, über Fehler zu berichten.

Dafür wird das EDV-Programm Hyperwave verwendet. Die Berichte erfolgen wenn gewünscht anonym und vor allem sanktionsfrei.

Von den Projektverantwortlichen werden Maßnahmen ausgearbeitet und diese an jedem ersten Montag im Quartal besprochen. Diese Besprechungen – im Rahmen der Montagkonferenz – finden mit Ärzten und Pflegepersonal der Frauenklinik sowie mit Mitarbeitern aus anderen Kliniken und Abteilungen statt.

Weiters habe ich meinerseits 2010 die Ausbildung zum Klinischen Risikomanager nach ONR gemacht.

Für das Jahr 2011 erwarten wir das Ergebnis der Evaluation. Anschließend kommt laut Literaturangaben eine schwierige Phase in der Implementierung des klinischen Risikomanagements, nämlich die Bereitschaft aller Mitarbeiter die getroffenen Maßnahmen umzusetzen und stetig an einer Verbesserung der „Fehlerkultur“ zu arbeiten.

7. Forschung

7.1. Publikationen Gynäkologie u. Geburtshilfe

Publikationen

I. Zeitschriftenaufsatz (Originalarbeit)

1. Beer, B.; Schubert, B.; Oberguggenberger, A.; Meraner, V.; Hubalek, M.; Oberacher, H.: Development and validation of a liquid chromatography-tandem mass spectrometry method for the simultaneous quantification of tamoxifen, anastrozole, and letrozole in human plasma and its application to a clinical study.
ANALYTICAL AND BIOANALYTICAL CHEMISTRY. 2010; 398(4); 1791-1800.
2. (•) Berger, R.; Fiegl, H.; Goebel, G.; Obexer, P.; Ausserlechner, M.; Doppler, W.; Hauser-Kronberger, C.; Reitsamer, R.; Egle, D.; Reimer, D.; Muller-Holzner, E.; Jones, A.; Widschwendter, M.: Toll-like receptor 9 expression in breast and ovarian cancer is associated with poorly differentiated tumors.
CANCER SCIENCE. 2010; 101(4); 1059-1066.
3. Fourkala, EO.; Hauser-Kronberger, C.; Apostolidou, S.; Burnell, M.; Jones, A.; Grall, J.; Reitsamer, R.; Fiegl, H.; Jacobs, I.; Menon, U.; Widschwendter, M.: DNA methylation of polycomb group target genes in cores taken from breast cancer centre and periphery.
BREAST CANCER RESEARCH AND TREATMENT. 2010; 120(2); 345-355.
4. Frenzel, A.; Labi, V.; Chmielewski, W.; Ploner, C.; Geley, S.; Fiegl, H.; Tzankov, A.; Villunger, A.: Suppression of B-cell lymphomagenesis by the BH3-only proteins Bmf and Bad.
BLOOD. 2010; 115(5); 995-1005.
5. Hefler, LA.; Polterauer, S.; Schneitter, A.; Concin, N.; Hofstetter, G.; Bentz, E.; Leipold, H.; Tempfer, C.; Reinthaller, A.: Repeat Surgery in Patients with Cervical Cancer Stage FIGO IA1: A Series of 156 Cases and A Review of the Literature.
ANTICANCER RESEARCH. 2010; 30(2); 565-568.
6. (•) Hofstetter, G.; Berger, A.; Fiegl, H.; Slade, N.; Zoric, A.; Holzer, B.; Schuster, E.; Mobus, VJ.; Reimer, D.; Daxenbichler, G.; Marth, C.; Zeimet, AG.; Concin, N.; Zeillinger, R.: Alternative splicing of p53 and p73: the novel p53 splice variant p53 delta is an independent prognostic marker in ovarian cancer.
ONCOGENE. 2010; 29(13); 1997-2004.

7. (•) Hubalek, Michael; Brantner, Christine; Marth, Christian: Adjuvant endocrine therapy of premenopausal women with early breast cancer: an overview.
WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2010; 160(7-8); 167-173.
8. (•) Hubalek, Michael; Brunner, Christine; Matthä, Karin; Marth, Christian: Resistance to HER2-targeted therapy: mechanisms of trastuzumab resistance and possible strategies to overcome unresponsiveness to treatment.
WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2010; 160(19-20); 506-512.
9. Huszar, M.; Pfeifer, M.; Schirmer, U.; Kiefel, H.; Konecny, GE.; Ben-Arie, A.; Edler, L.; Munch, M.; Muller-Holzner, E.; Jerabek-Klestil, S.; Abdel-Azim, S.; Marth, C.; Zeimet, AG.; Altevoigt, P.; Fogel, M.: Up-regulation of L1CAM is linked to loss of hormone receptors and E-cadherin in aggressive subtypes of endometrial carcinomas.
JOURNAL OF PATHOLOGY. 2010; 220(5); 551-561.
10. Melichar, V.; Soelder, E.; Schroecksadel, K.; Murr, C.; Arck, P.; Wildt, L.; Fuchs, D.: Urine neopterin concentrations as a marker for successful blastocyst implantation after assisted reproductive technologies.
REPRODUCTIVE BIOMEDICINE ONLINE. 2010; 20(5); 694-698.
11. Oberaigner, W.; Buchberger, W.; Frede, T.; Knapp, R.; Marth, C.; Siebert, U.: Breast cancer incidence and mortality in Tyrol/Austria after fifteen years of opportunistic mammography screening.
BMC PUBLIC HEALTH. 2010; 10; 86.
12. Parajuli, N.; Muller-Holzner, E.; Bock, G.; Werner, ER.; Villunger, A.; Doppler, W.: Infiltrating CD11b(+)CD11c(+) cells have the potential to mediate inducible nitric oxide synthase-dependent cell death in mammary carcinomas of HER-2/neu transgenic mice.
INTERNATIONAL JOURNAL OF CANCER. 2010; 126(4); 896-908.
13. Petru, E.; Reinthaller, A.; Angleitner-Boubenizek, L.; Schauer, C.; Zeimet, A.; Dirschlmayer, W.; Medl, M.; Stummvoll, W.; Sevelde, P.; Marth, C.: Clinical consequences of the Calypso trial showing superiority of PEG-liposomal doxorubicin and carboplatin over paclitaxel and carboplatin in recurrent ovarian cancer: Results of an Austrian gynecologic oncologists' expert meeting.
WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. 2010; 122(21-22); 649-652.

14. Pujade-Lauraine, E.; Wagner, U.; Aavall-Lundqvist, E.; Gebiski, V.; Heywood, M.; Vasey, PA.; Volgger, B.; Vergote, I.; Pignata, S.; Ferrero, A.; Sehouli, J.; Lortholary, A.; Kristensen, G.; Jackisch, C.; Joly, F.; Brown, C.; Le Fur, N.; du Bois, A.: Pegylated Liposomal Doxorubicin and Carboplatin Compared With Paclitaxel and Carboplatin for Patients With Platinum-Sensitive Ovarian Cancer in Late Relapse.
JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. 2010; 28(20); 3323-3329.
15. (●) Reimer, D.; Hubalek, M.; Riedle, S.; Skvortsov, S.; Erdel, M.; Concin, N.; Fiegl, H.; Muller-Holzner, E.; Marth, C.; Illmensee, K.; Altevogt, P.; Zeimet, AG.: E2F3a Is Critically Involved in Epidermal Growth Factor Receptor-Directed Proliferation in Ovarian Cancer.
CANCER RESEARCH. 2010; 70(11); 4613-4623.
16. Scheier, M.; Peter, M.; Hager, C.; Lang, T.; Barvinek, A.; Marth, C.: Spontaneous Isolated Midtrimester Fracture of Tibia and Fibula in a Normal Fetus with in utero Healing and Good Long-Term Outcome.
FETAL DIAGNOSIS AND THERAPY. 2010; 28(1); 58-60.
17. Steppan, I.; Reimer, D.; Muller-Holzner, E.; Marth, C.; Aigner, F.; Frauscher, F.; Frede, T.; Zeimet, AG.: Breast Cancer in Women: Evaluation of Benign and Malignant Axillary Lymph Nodes with Contrast-Enhanced Ultrasound.
ULTRASCHALL IN DER MEDIZIN. 2010; 31(1); 63-67.
18. Strasak, AM.; Goebel, G.; Concin, H.; Pfeiffer, RM.; Brant, LJ.; Nagel, G.; Oberaigner, W.; Concin, N.; Diem, G.; Ruttman, E.; Gruber-Moesenbacher, U.; Offner, F.; Pompella, A.; Pfeiffer, KP.; Ulmer, H.: Prospective Study of the Association of Serum gamma-Glutamyltransferase with Cervical Intraepithelial Neoplasia III and Invasive Cervical Cancer.
CANCER RESEARCH. 2010; 70(9); 3586-3593.
19. Symmans, WF.; Hatzis, C.; Sotiriou, C.; Andre, F.; Peintinger, F.; Regitnig, P.; Daxenbichler, G.; Desmedt, C.; Domont, J.; Marth, C.; Delaloge, S.; Bauernhofer, T.; Valero, V.; Booser, DJ.; Hortobagyi, GN.; Pusztai, L.: Genomic Index of Sensitivity to Endocrine Therapy for Breast Cancer.
JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. 2010; 28(27); 4111-4119.
20. Teschendorff, AE.; Menon, U.; Gentry-Maharaj, A.; Ramus, SJ.; Weisenberger, DJ.; Shen, H.; Campan, M.; Noushmehr, H.; Bell, CG.; Maxwell, AP.; Savage, DA.; Mueller-Holzner, E.; Marth, C.; Kocjan, G.; Gayther, SA.; Jones, A.; Beck, S.; Wagner, W.; Laird, PW.; Jacobs, IJ.; Widschwendter, M.: Age-dependent DNA methylation of genes that are suppressed in stem cells is a hallmark of cancer.
GENOME RESEARCH. 2010; 20(4); 440-446.

21. Tong, D.; Heinze, G.; Pils, D.; Wolf, A.; Singer, CF.; Concin, N.; Hofstetter, G.; Schiebel, I.; Rudas, M.; Zeillinger, R.: Gene expression of PMP22 is an independent prognostic factor for disease-free and overall survival in breast cancer patients.
BMC CANCER. 2010; 10(2);
22. Trimble, Edward L.; Birrer, Michael J.; Hoskins, William J.; Marth, Christian; Petryshyn, Ray; Quinn, Michael; Thomas, Gillian M.; Kitchener, Henry C.: Current academic clinical trials in ovarian cancer: Gynecologic Cancer Intergroup (GCIG) and United States National Cancer Institute (NCI) clinical trials planning meeting, May, 2009.
INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER. 2010; 20(7); 1290-1298.
23. Vergote, Ignace; Tropé, Claes G.; Amant, Frédéric; Kristensen, Gunnar B.; Ehlen, Tom; Johnson, Nick; Verheijen, René H M.; van der Burg, Maria E L.; Lacave, Angel J.; Panici, Pierluigi Benedetti; Kenter, Gemma G.; Casado, Antonio; Mendiola, Cesar; Coens, Corneel; Verleye, Leen; Stuart, Gavin C E.; Pecorelli, Sergio; Reed, Nick S.; Angioli, R.; Bentley, J.; Berteloot, P.; Bessette, P.; Boman, K.; Buist, M.; Chan, K.; Chan, S.; Coronado Martín, P.; Counsell, R.; Cruickshank, DJ.; Davis, J.; De Greve, J.; De Oliveira, CF.; De Valk, B.; Ditttrich, C.; Elit, L.; Favalli, G.; Floquet, A.; Gauthier, P.; Gerdin, E.; Ghatage, P.; Gilby, E.; Gleeson, N.; Gotlieb, W.; Green, JA.; Grimshaw, R.; Heywood, M.; Hirsch, V.; Hoekman, K.; Honkoop, A.; Hoskins, P.; Kannisto, P.; Kaern, J.; Katsaros, D.; Kieser, K.; Kristeller, TV.; Leblanc, E.; Ledermann, J.; Leunen, K.; Lotocki, R.; Maggino, T.; Marth, C.; Martin, L.; Massuger, L.; Miller, D.; Mosgaard, B.; Mota, F.; Neven, P.; Nooij, M.; Nordal, R.; Nordin, A.; Ottevanger, PB.; Papadopoulos, A.; Petru, E.; Plante, M.; Popadiuk, C.; Provencher, D.; Redman, C.; Roozendaal, KJ.; Rustin, G.; Sadozys, AH.; Sandvei, R.; Seoane, JM.; Sereni, MI.; Sert, B.; Siddiqui, N.; Speiser, P.; Tholander, B.; Tognon, G.; Trimbos, B.; Trudeau, M.; Van Baal, M.; Van Doorn, HC.; Van der Velden, J.; Van Eygen, K.; Vermorken, JB.; Vidart Aragon, JA.; Wensveen, C W M.; Zola, P.; Anastosopoulou, A.; Bethe, U.; Dehaes, K.; Demeester, A.; Demonty, G.; De Heusch, E.; De Rouck, M.; Giurgea, L.; Hocht-Boes, G.; Teodorovic, I.; Ven, K.; Van Luijk, I.; Bacon, M.; Eisenhauer, E.: Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer.
NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. 2010; 363(10); 943-953.
24. Viswanathan, Akila N.; Creutzberg, Carlen L.; Craighead, Peter; McCormack, Mary; Toita, Takafumi; Narayan, Kailash; Reed, Nicholas; Long, Harry; Kim, Hak-Jae; Marth, Christian; Lindegaard, Jacob C.; Cerrotta, Annmarie; Small, William; Trimble, Edward: International Brachytherapy Practice Patterns: A Survey of the Gynecologic Cancer Intergroup (GCIG).
INTERNATIONAL JOURNAL OF RADIATION ONCOLOGY BIOLOGY PHYSICS. 2010; [Epub ahead of print];

25. (•) Volgger, B.; Kurz, K.; Zoschg, K.; Theurl, I.; Ciresa-König, A.; Marth, C.; Weiss, G.: Importance of Erythropoietin Receptor Expression in Tumour Tissue for the Clinical Course of Breast Cancer.
ANTICANCER RESEARCH. 2010; 30(9); 3721-3726.
26. Wolf, AM.; Rumpold, H.; Reimer, D.; Marth, C.; Zeimet, AG.; Wolf, D.: High IL-12 p35 and IL-23 p19 mRNA expression is associated with superior outcome in ovarian cancer.
GYNECOLOGIC ONCOLOGY. 2010; 118(3); 244-250.
27. (•) Zeimet, AG.; Reimer, D.; Schwentner, L.; Fuchs, D.; Wolf, D.; Fuith, LC.; Fiegl, H.; Doppler, W.; Concin, N.; Daxenbichler, G.; Marth, C.: Urinary neopterin does not reflect the local antitumor immune milieu in ovarian cancer.
CANCER IMMUNOLOGY IMMUNOTHERAPY. 2010; 59(12); 1813-1823.
28. Zuchna, C.; Hager, M.; Tringler, B.; Georgouloupoulos, A.; Ciresa-Koenig, A.; Volgger, B.; Widschwendter, A.; Staudach, A.: Diagnostic accuracy of guided cervical biopsies: a prospective multicenter study comparing the histopathology of simultaneous biopsy and cone specimen.
AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. 2010; 203(4);

II. Zeitschriftenaufsatz (Review)

29. Correa, C.; McGale, P.; Taylor, C.; Wang, Y.; Clarke, M.; Davies, C.; Peto, R.; Bijker, N.; Solin, L.; Darby, S.; Abe, O.; Abe, R.; Enomoto, K.; Kikuchi, K.; Koyama, H.; Masuda, H.; Nomura, Y.; Ohashi, Y.; Sakai, K.; Sugimachi, K.; Toi, M.; Tominaga, T.; Uchino, J.; Yoshida, M.; Haybittle, J.L.; Leonard, CF.; Calais, G.; Geraud, P.; Collett, V.; Davies, C.; Delmestri, A.; Sayer, J.; Harvey, VJ.; Holdaway, TM.; Kay, RG.; Mason, BH.; Forbes, JF.; Wilcken, N.; Bauernhofer, T.; Dubsky, P.; Fesl, C.; Fohler, H.; Filipcic, L.; Filipits, M.; Fridrik, M.; Gnant, M.; Greil, R.; Hegenbarth, K.; Jakesz, R.; Kwasny, W.; Lang, A.; Luschin-Ebenegreuth, G.; Marth, C.; Menzel, C.; Mlineritsch, B.; Samonigg, H.; Seifert, M.; Sevelde, P.; Singer, C.; Steger, GG.; Stöger, H.; Thaler, J.; Tschmelitsch, J.; Zielinski, C.; Canney, P.; Yosef, HM.; Focan, C.; Peek, U.; Oates, GD.; Powell, J.; Durand, M.; Mauriac, L.; Di Leo, A.; Dolci, S.; Piccart, MJ.; Masood, MB.; Parker, D.; Price, JJ.; Lindsay, MA.; Mackey, J.; Martin, M.; Hupperets, PS.; Bates, T.; Blamey, RW.; Chetty, U.; Ellis, IO.; Mallon, E.; Morgan, DA.; Patnick, J.; Pinder, S.; Jackson, S.; Ragaz, J.; Berry, D.; Broadwater, G.; Cirrincione, C.; Muss, H.; Norto, L.; Weiss, RB.; Abu-Zahra, HT.; Portnoj, SM.; Baum, M.; Cuzick, J.; Dowsett, M.; Houghton, J.; Ledermann, J.; Riley, D.; Bowdon, S.; Brookes, C.; Fernando, I.; Rea, D.; Spooner, D.; Mansel, RE.; Gordon, NH.; Davis, HL.; Lehingue, Y.; Romestaing, P.; Dubois, JB.; Delozier, T.; Griffon, B.; Mace Lesec'h, J.; Rambert, P.; Mustacchi, G.; Petruzella, L.; Pribylova, O.; Owen, JR.; Harbeck, N.; Jänicke, F.; Meisner, C.; Schmitt, M.; Thomssen, C;

Meier, P.; Howell, A.; Swindell, R.; Burrett, J.; Clarke, M.; Collins, R.; Correa, C.; Cutter, D.; Darby, S.; Davies, C.; Davies, K.; Delmestri, A.; Elphinstone, P.; Evans, V.; Gettins, L.; Godwin, J.; Gray, R.; Gregory, C.; Hermans, D.; Hicks, C.; James, S.; Kerr, A.; MacKinnon, E.; Lay, M.; McGale, P.; McHugh, T.; Peto, R.; Sayer, J.; Taylor, C.; Wang, Y.; Albano, J.; de Oliveira, CF.; Gervásio, H.; Gordilho, J.; Johansen, H.; Mouridsen, HT.; Gelman, RS.; Harris, JR.; Hayes, D.; Henderson, IC.; Shapiro, CL.; Winer, E.; Christiansen, P.; Ejler, B.; Ewertz, M.; Mouridsen, HT.; Møller, S.; Overgaard, M.; Carstensen, B.; Palshof, T.; Trampisch, HJ.; Dalesio, O.; de Vries, EG.; Rodenhuis, S.; van Tinteren, H.; Comis, RL.; Davidson, NE.; Gray, R.; Robert, N.; Sledge, G.; Solin, FJ.; Tormey, DC.; Wood, W.; Cameron, D.; Chetty, U.; Forrest, P.; Jack, W.; Rossbach, J.; Klijn, JG.; Treurniet-Donker, AD.; van Putten, WL.; Costa, A.; Veronesi, U.; Viale, G.; Bartelink, H.; Bogaerts, J.; Bijker, N.; Julien, JP.; Legrand, C.; Rutgers, E.; Sylvester, R.; van de Velde, CJ.; van Nes, JG.; Cunningham, MP.; Huovinen, R.; Joensuu, H.; Costa, A.; Tinteri, C.; Valagussa, P.; Valagussa, P.; Goldstein, LJ.; Bonnet, J.; Fargeot, P.; Fumoleau, P.; Kerbrat, P.; Luporsi, E.; Namer, M.; Eiermann, W.; Hilfrich, J.; Jonat, W.; Kaufmann, M.; Kreienberg, R.; Schumacher, M.; Bastert, G.; Rauschecker, H.; Sauer, R.; Sauerbrei, W.; Schauer, A.; Schumacher, M.; Blohmer, JU.; Costa, SD.; Eidtmann, H.; Gerber, B.; Jackisch, C.; Loibl, S.; von Minckwitz, G.; de Schryver, A.; Vakaet, L.; Belfiglio, M.; Nicolucci, A.; Pellegrini, F.; Sacco, M.; Valentini, M.; McArdle, CS.; Smith, DC.; Stallard, S.; Galligioni, E.; Lopez, M.; Boccardo, F.; Rubagotti, A.; Dent, DM.; Gudgeon, CA.; Hacking, A.; Murray, E.; Panieri, E.; Briones, L.; Carrasco, E.; Martin, M.; Erazo, A.; Medina, JY.; Horiguchi, J.; Takei, H.; Fentiman, IS.; Hayward, JL.; Rubens, RD.; Skilton, D.; Scheurlen, H.; Kaufmann, M.; Sohn, HC.; Untch, M.; Dafni, U.; Markopoulos, C.; Dafni, U.; Fountzilas, G.; Mavroudis, D.; Klefstrom, P.; Blomqvist, C.; Saarto, C.; Gallen, M.; Margreiter, R.; de Lafontan, B.; Mihura, J.; Roché, H.; Asselain, B.; Salmon, RJ.; Vilcoq, JR.; Arriagada, R.; Hill, C.; Laplanche, A.; Lê, MG.; Spielmann, M.; A'Hern, R.; Barrett-Lee, P.; Bliss, J.; Ellis, P.; Kilburn, L.; Yarnold, JR.; Bruzzi, P.; Del Mastro, L.; Pronzato, P.; Sertoli, MR.; Venturini, M.; Amadori, D.; Benraadt, J.; Kooi, M.; van de Velde, AO.; van Dongen, JA.; Vermorken, JB.; Castiglione, M.; Cavalli, F.; Coates, A.; Collins, J.; Forbes, J.; Gelber, RD.; Goldhirsch, A.; Lindtner, J.; Price, KN.; Raina, V.; Rudenstam, CM.; Senn, HJ.; Bliss, JM.; Chilvers, CE.; Coombes, RC.; Hall, E.; Marty, M.; Buyse, M.; Possinger, K.; Schmid, P.; Untch, M.; Wallwiener, D.; Borovik, R.; Brufman, G.; Hayat, H.; Robinson, E.; Yaal-Hahoshen, N.; Bonadonna, G.; Camerini, T.; De Palo, G.; Di Mauro, MG.; Formelli, F.; Valagussa, P.; Martoni, A.; Pannuti, F.; Cocconi, G.; Colozza, A.; Camisa, R.; Gori, S.; Aogi, K.; Takashima, S.; Abe, O.; Ikeda, T.; Inokuchi, K.; Kikuchi, K.; Sawa, K.; Sonoo, H.; Korzeniowski, S.; Skolyszewski, J.; Ogawa, M.; Yamashita, J.; Christiaens, R.; Neven, P.; Paridaens, R.; Van den Bogaert, W.; Braun, S.; Janni, W.; Martin, P.; Romain, S.; Hakes, T.; Hudis, CA.; Norton, L.; Wittes, R.; Giokas, G.; Kondylis, D.;

Lissaios, B.; de la Huerta, R.; Sainz, MG.; Altemus, R.; Camphausen, K.; Cowan, K.; Danforth, D.; Lichter, A.; Lippman, M.; O'Shaughnessy, J.; PierceF, LJ.; Steinberg, S.; Venzon, D.; Zujewski, JA.; D'Amico, C.; Lioce, M.; Paradiso, A.; Chapman, JW.; Goss, PE.; Levine, MN.; Myles, JD.; Pater, JL.; Pritchard, KI.; Shepherd, LE.; Tu, D.; Whelan, D.; Zee, B.; Nomura, Y.; Anderson, S.; Bass, G.; Brown, A.; Bryant, J.; Costantino, J.; Fisher, B.; Geyer, C.; Paik, S.; Redmond, C.; Wickerham, L.; Wolmark, N.; Baum, M.; Jackson, IM.; Palmer, MK.; Perez, E.; Ingle, JN.; Suman, VJ.; Bengtsson, NO.; Emdin, S.; Granstrand, B.; Jonsson, H.; Del Mastro, L.; Venturini, M.; Lythgoe, JP.; Swindell, R.; Kissin, M.; Erikstein, B.; Hannisdal, E.; Jacobsen, AB.; Varhaug, JE.; Erikstein, B.; Gundersen, S.; Hauer-Jensen, M.; Høst, H.; Jacobsen, AB.; Nissen-Meyer, R.; Blamey, RW.; Mitchell, AK.; Morgan, DA.; Robertson, JF.; Di Palma, M.; Mathé, G.; Misset, JL.; Clark, RM.; LevineF, M.; Pritchard, KI.; Whelan, T.; Morimoto, K.; Sawa, K.; Takatsuka, Y.; Crossley, E.; Harris, A.; Talbot, D.; Taylor, M.; Martin, AL.; Roché, H.; Cocconi, G.; di Blasio, B.; Ivanov, V.; Semiglazov, V.; Brockschmidt, J.; Cooper, MR.; Ueo, H.; Falkson, CI.; A'Hern, R.; Ashley, S.; Makris, A.; Powles, TJ.; Smith, IE.; Yarnold, JR.; Gazet, JC.; Browne, L.; Graham, P.; Corcoran, N.; Deshpande, N.; di Martino, L.; Douglas, P.; Hacking, A.; Høst, H.; Lindtner, A.; Notter, G.; Bryant, AJ.; Ewing, GH.; Firth, LA.; Krushen-Kosloski, JL.; Nissen-Meyer, R.; Foster, L.; George, WD.; Stewart, HJ.; Stroner, P.; Anderson, H.; Malmström, P.; Möller, TR.; Ringberg, A.; Rydén, L.; Tengrup, I.; Tennvall-Nittby, L.; Arnesson, LG.; Carstensen, J.; Dufmats, M.; Norden-skjöld, B.; Söderberg, M.; Carpenter, JT.; AlbainF, K.; Barlow, W.; CrowleyF, J.; Hayes, D.; Gralow, J.; Green, S.; Hortobagyi, G.; Livingston, R.; Martino, S.; Osborne, CK.; Ravdin, PM.; Murray, N.; Royle, GT.; Simmonds, PD.; Asker-gren, J.; Bäckdahl, M.; Bergh, J.; Fernstad, R.; Fornander, T.; Frisell, J.; Glas, U.; Hatschek, T.; Idestrom, K.; Johansson, U.; Perbeck, L.; Rotstein, S.; Rutqvist, LE.; Sandelin, K.; Singnomklao, T.; Skoog, L.; Somell, A.; Wallgren, A.; Wilking, N.; Castiglione, M.; Goldhirsch, A.; Maibach, R.; Senn, HJ.; Thür-limann, B.; Holli, K.; Rouhento, K.; Brenner, H.; Hercbergs, A.; Martin, AL.; Roché, H.; Yoshimoto, M.; DeBoer, G.; Paterson, AH.; Pritchard, KI.; Fyles, A.; Meakin, JW.; Panzarella, T.; Pritchard, KI.; Shan, Y.; Shao, YF.; Wang, X.; Zhao, DB.; Bahi, J.; Reid, M.; Spittle, M.; Bishop, H.; Bundred, NJ.; Cuzick, J.; Ellis, IO.; Fentiman, IS.; Forbes, JF.; Forsyth, S.; George, WD.; Pai, VR.; Pinder, SE.; Sestak, I.; Deutsch, GP.; KwongF, DL.; Pai, VR.; Senanayake, F.; Bianco, AR.; Carlomagno, C.; De Laurentiis, M.; De Placido, S.; Broglio, K.; Buzdar, AU.; Love, RR.; Bergh, J.; Garmo, H.; Holmberg, L.; Liljegren, G.; NilssonF, J.; Jones, SE.; Loesch, DM.; Janauer, M.; Seifert, M.; Sevelde, P.; Zielinski, CC.; Gluz, O.; Nitz, U.; Dunn, JA.; Hills, RK.; Lee, M.; Morrison, JM.; Poole, C.; Rea, D.; Spooner, D.; Litton, A.; Wallgren, A.; Karlsson, P.; Chlebowski, RT.; Caffier, H.: Overview of the randomized trials of radiotherapy in ductal carcinoma in situ of the breast.

JOURNAL OF THE NATIONAL CANCER INSTITUTE. MONOGRAPHS. 2010;

2010(41); 162-177.

30. Klotz, RK.; Muller-Holzner, E.; Fessler, S.; Reimer, DU.; Zervomanolakis, I.; Seeber, B.; Mattle, V.; Wildt, L.: Leydig-Cell-Tumor of the Ovary that Responded to GnRH-Analogue Administration – Case Report and Review of the Literature.

EXPERIMENTAL AND CLINICAL ENDOCRINOLOGY & DIABETES. 2010; 118(5); 291-297.

III. Zeitschriftenbeitrag (Editorial-Material)

31. (●) Brezinka, C.: Psychosomatic effects of ultrasound in pregnancy – the known unknowns of prenatal medicine.

JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. 2010; 31(2); 51-52.

32. Cristofanilli, M.; Braun, S.: Circulating Tumor Cells Revisited.

JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. 2010; 303(11); 1092-1093.

33. Pallua, K.; Putz, G.; Mitterschiffthaler, G.; Brezinka, C.; Biebl, M.; Paal, P.: Management of hepatic echinococcosis in pregnancy.

INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. 2010; 109(2); 162-162.

IV. Zeitschriftenbeitrag (Letter)

34. (●) Brezinka, C.: Nonmedical Use of Ultrasound in Pregnancy: Ethical Issues, Patients' Rights and Potential Misuse.

ULTRASOUND IN MEDICINE AND BIOLOGY. 2010; 36(8); 1233-1236.

7.2. Publikationen Endokrinologie

Publikationen

ORIGINAL RESEARCH ARTICLES

1. Behringer K, Wildt L, Mueller H, Mattle V, Ganitis P, van den Hoonaard B, Ott HW, Hofer S, Pluetschow A, Diehl V et al. . 2010. No protection of the ovarian follicle pool with the use of GnRH-analogues or oral contraceptives in young women treated with escalated BEACOPP for advanced-stage Hodgkin lymphoma. Final results of a phase II trial from the German Hodgkin Study Group. *Ann Oncol* 21(10):2052-60.
2. Faserl K, Golderer G, Kremser L, Lindner H, Sarg B, Wildt L, Seeber B. 2010. Polymorphism in Vitamin D-Binding Protein as a Genetic Risk Factor in the Pathogenesis of Endometriosis. *J Clin Endocrinol Metab*. Oct 27. [Epub ahead of print]
3. Hadžimerović-Pekić D, Wildt L, Weiss JM, Moeller K, Mattle V, Seeber BE. 2010. Metformin, naltrexone, or the combination of prednisolone and antiandrogenic oral contraceptives as first-line therapy in hyperinsulinemic women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 94(6):2385-8.
4. Melichar V, Soelder E, Schroecksadel K, Murr C, Arck P, Wildt L, Fuchs D. 2010. Urine neopterin concentrations as a marker for successful blastocyst implantation after assisted reproductive technologies. *Reprod Biomed Online* 20(5):694-8.
5. Palacios S, Wildt L, Parke S, Machlitt A, Römer T, Bitzer J. 2010. Efficacy and safety of a novel oral contraceptive based on oestradiol (oestradiol valerate/dienogest): a Phase III trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 149(1):57-62.
6. Rauchenzauner M, Bitsche G, Svalheim S, Tauboll E, Haberlandt E, Wildt L, Rostasy K, Luef G. 2010. Effects of levetiracetam and valproic acid monotherapy on sex-steroid hormones in prepubertal children—results from a pilot study. *Epilepsy Res* 88(2-3):264-8.
7. Seeber BE, Czech T, Buchner H, Barnhart KT, Seger C, Daxenbichler G, Wildt L, Dieplinger H. 2010. The vitamin E-binding protein afamin is altered significantly in the peritoneal fluid of women with endometriosis. *Fertil Steril* 94(7):2923-6.
8. Brezinka C. 2010a. Nonmedical use of ultrasound in pregnancy: ethical issues, patients' rights and potential misuse. *Ultrasound Med Biol* 36(8):1233-6.

9. Brezinka C. 2010b. Psychosomatic effects of ultrasound in pregnancy – the known unknowns of prenatal medicine. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 31(2):51-2.
10. Pallua K, Putz G, Mitterschiffthaler G, Brezinka C, Biebl M, Paal P. 2010. Management of hepatic echinococcosis in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 109(2):162.

REVIEWS, CASE REPORTS, INVITED PAPERS

1. Klotz RK, Müller-Holzner E, Fessler S, Reimer DU, Zervomanolakis I, Seeber B, Mattle V, Wildt L. 2010. Leydig-cell-tumor of the ovary that responded to GnRH-analogue administration – case report and review of the literature. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 118(5):291-7.

MAJOR ABSTRACTS AND PRESENTATIONS, PUBLISHED

1. Salama M, Winkler K, Murach KF, Hofer S, Wildt L, Friess SC. . A new dynamic culture system for in vitro maturation of fresh and frozen ovarian tissues in mice. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde* 70(5):P67.
2. Salama M, Winkler K, Murach KF, Hofer S, Wildt L, Friess SC. . A new dynamic culture system for in vitro maturation of fresh and frozen ovarian tissues in mice. *Human Reproduction* 25:l268-l268.
3. Salama M, Winkler K, Murach K, Hofer S, Wildt L, Friess SC – Hormone production and follicular development after in vitro culture of fresh and frozen murine ovarian tissue in a new dynamic culture system.. *Arch Gynecol Obstet* 282 Suppl 1: S164 2010
4. Salama M, Winkler K, Murach K, Hofer S, Wildt L, Friess SC – A New Dynamic Culture System for Fresh and Frozen Murine Ovarian Tissues. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2010; 7 (4) 285...
5. Salama M, Winkler K, Murach K, Hofer S, Wildt, Friess SC. – A New Dynamic Culture System for Fresh and Frozen Murine Ovarian Tissues; An In-Vitro Model for Pre-Transplantation Diagnosis. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2010; 7 (5), 430
6. Seeber BE, Morandell E, Kurthaler D, Wildt L, Dieplinger H. 2010. Afamin, a vitamin E-binding protein elevated in metabolic syndrome, is increased in women with polycystic ovary syndrome (PCOS) and insulin resistance. *Human Reproduction* 25:l302-l302.
7. Winkler K, Salama M, Murach KF, Hofer S, Wildt L, Friess SC. 2010. In vitro maturation of oocytes after cryopreservation of ovarian tissue. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde* 70(5):P69.

8. Winkler K., Salama M., Murach K.F., Hofer S., Wildt L., Friess S.C. Ovarian tissue cryopreservation and oocyte in vitro maturation: effect on the meiotic competence of the murine oocyte. Arch Gynecol Obstet 282 Suppl 1: S133 2010
9. Winkler K., Salama M., Murach K.F., Hofer S., Wildt L., Friess S.C. Effect of ovarian tissue cryopreservation on the meiotic competence of the murine oocyte. J Reproduktionsmed Endokrinol 2010; 7 (4) 242
10. Winkler K., Salama M., Murach K.F., Hofer S., Wildt L., Friess S.C. Die Kombination von Oozyten-in-vitro-Maturation und Kryokonservierung von Ovarialgewebe: Eine neue Strategie der Fertilitätsprotektion. J. Reproduktionsmed Endokrinol 2010; 7 (5) 433
11. Gschließer A., Mattle V, Czech T, Seger C, Concini H, Wildt L. Quantitative Levonorgestrel-Serumspiegelbestimmung bei Patientinnen mit levonorgestrelhaltigem Intrauterin-Pessar (Mirena®). J Reproduktionsmed Endokrinol 2010; 7 (5) 426
12. Czech T, Gassner E, Genser-Krimbacher E, Gschließer A, Seeber B, Wildt L. Extragenitale Endometriose als seltene Ursache eines katamenial rezidivierenden Pneumothorax. J Reproduktionsmed Endokrinol 2010; 7 (5) 424

ABSTRACTS WITHOUT PUBLICATION

7.

1. Seeber B, Morandell E, Kurzthaler D, Wildt L, Dieplinger H. Afamin, a vitamin E-binding protein elevated in Metabolic Syndrome, is significantly increased in women with Polycystic Ovary Syndrome and insulin resistance. Annual Meeting of the Austrian Atherosclerosis Society, St. Gilgen, May 2010
2. Seeber B, Faserl K, Sarg B, Kremser L, Golderer G, Lindner H, Wildt L. Reduced ability to activate macrophages via Vitamin-D-Binding Protein may contribute to the pathogenesis of endometriosis. 14th World Congress of Gynecological Endocrinology, Florence, Italy, March 2010.
3. Winkler K, Salama M, Murach KF, Hofer S, Wildt L, Friess SC. Oocyte isolation and in vitro maturation after ovarian tissue cryopreservation. The 1st International Congress on Controversies in Cryopreservation of Stem Cells, Reproductive Cells, Tissue and Organs (CRYO). Valencia, Spain, 27-30 May 2010.
4. Salama M, Winkler K, Murach K, Hofer S, Wildt L, Friess SC. – A New Dynamic Culture System for In Vitro Maturation of Frozen Ovarian Tissues in Mice. The 1st International Congress on Controversies in Cryopreservation of Stem Cells, Reproductive Cells, Tissue and Organs (CRYO). Valencia, Spain, 27-30 May 2010.

Vorträge

Univ. Prof. L. Wildt

Mehr als 40 Vorträge bei nationalen und internationalen Kongressen

OÄ Dr.ⁱⁿ S. Ziehr

„Transplantation von Ovarialgewebe – Fallberichte aus Innsbruck“

Fertiprotekt-Treffen 2010, Tübingen 05.03.2010

„Sterilitätstherapie“

OEGGG-Akademie, Linz 23.04.2010

„Fertilitätsprotektion bei onkologischen Patientinnen“

OEGGG-Akademie, Linz 23.04.2010

„Fertilitätsprotektion bei onkologischen Patientinnen“

Laborfortbildung Daxenbichler, 19.05.2010

„Fertilitätsprotektion für die Praxis“

Tagung der OEGGG 2010, Zell am See, 05.06.2010

„Hypogonadismus, gynäkologische Fertilitätsprobleme“

Klinische Endokrinologie Intensivkurs, Schloß Seggau, Leibnitz; Zell am See, 12.11.2010

Ao Univ. Prof. C. Brezinka

“The use of ultrasound in the prediction of endometrial cancer”

Einführungsvortrag zur PhD – Verteidigung von Gina Opolskiene, Universität Malmö, 26.11.2010

„Ernährung in der Schwangerschaft“

„Gestationsdiabetes nach der HAPO-Studie“

Seminar im Rahmen ÖÄK Diplom „Ernährungsmedizin“, Apothekerkammer, Innsbruck, 6.11.2010

“Labiohypertrophy and Labioplasic Surgey – psychosomatic implications”

“Liability implications for pain in delivery”

16th International congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Venedig, 28.-29.10.2010

“Reproduktionsmedizin und Mehrlingsschwangerschaften aus der Sicht eines Fetalmediziners (als Ersatz für Prof.Hecher,Hamburg)“

Fortpflanzungsmedizin in Wissenschaft und Praxis – Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie und der österreichischen IVF Gesellschaft, Krems, 15.10.2010

“When to use Doppler and when not”

“Is First trimester Doppler best for uterine Doppler based PET/FGR risk prediction?”

20th World congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Prag, 12.-13.10.2010

Buchbeiträge

- 1) **Ludwig Wildt, Beata Seeber, Verena Mattle, Elisabeth Grubinger, Christoph Brezinka und Stephanie Friess.**

Das Polycystische Ovar-Syndrom und funktionelle Androgenisierung aus gynäkologischer Sicht.

In: Androgenisierung bei Mädchen in Kindheit und Adoleszenz, Hrsg. Dörr, Ranke,

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V..

Verlag Wissenschaftliche Skripten Auerbach, 1. Auflage. 2010, Kap 7, 75-86.

ISBN 978-3-942267-02-1

- 2) Gerhard Leyendecker, **Ludwig Wildt.**

Die Pathophysiologie von Endometriose und Adenomyose. Morphologische, funktionelle und molekularbiologische Grundlagen.

In: 125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg. Kreienberg, Ludwig, Springer Berlin Heidelberg New York. 1. Auflage, 2010, Kap. 8, 203-226.

ISBN 978-3-642-15011-1

- 3) **Ludwig Wildt, Gerhard Leyendecker.**

Neuroendokrine Regulation der Ovarialfunktion.

In: 125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg. Kreienberg, Ludwig, Springer Berlin Heidelberg New York. 1. Auflage. 2010, Kap 28, 535-553.

ISBN 978-3-642-15011-1

- 4) **Christoph Brezinka, Wolfgang Henrich.**

Pathologie der Plazentarperiode.

In: Die Geburtshilfe, Hrsg. H.Schneider, P.Husslein, KTM Schneider, Springer Berlin Heidelberg New York. 4. Auflage. 2010, Kap 44 965-986

ISBN 978-3-642-12973-5

- 5) Klaus Ulsenheimer, **Christoph Brezinka.**

Forensik.

In: Die Geburtshilfe. Hrsg. H.Schneider, P.Husslein, KTM Schneider. Springer
Berlin Heidelberg New York. 4. Auflage. 2010, Kap 59 1125-1146
ISBN 978-3-642-12973-5

- 6) **Christoph Brezinka.**

Neurologische Erkrankungen in der Schwangerschaft.

In: Geburtshilfe und Perinatalmedizin. Hrsg. Rath, Gembruch, Schmidt.
Thieme Stuttgart. 2. Auflage. 2010. Kapitel 11.10, 404-411
ISBN-13: 9783131096821
ISBN-10: 3131096829

7.3. Laufende Studien

7.3.1 Mamma-Studien

	Prüfarzt/-ärztin
ABCSG 8 A multi-center, open-label study with adjuvant endocrine therapy for postmenopausal subjects with hormone receptor positive breast cancer.	Prof. Marth Prof. ⁱⁿ Taucher Dr. Egle Dr. Reimer OA Hubalek
ABCSG 12 Multizentrische Therapiestudie der Cooperativen Studien- gruppe: Adjuvante endokrine Therapie und Bisphospho- nattherapie. Tamoxifen im Vergleich zu Anastrozol, alleine oder in Kombination mit Zoledronat, bei prämenopausa- len Patientinnen mit Mammacarcinom Stadium I und II und hormonrezeptorpositivem Tumor	Prof. Marth Prof. ⁱⁿ Taucher Dr. Egle Dr. Reimer OA Hubalek
ABCSG 15 – IBIS II DCIS Tamoxifen im Vergleich zu Anastrozol bei postmenopausa- len Patientinnen mit intraduktalem Karzinom (DCIS – Milchgangskrebs)	OÄ Ramoni Prof. ⁱⁿ Taucher Prof. Marth OA Hubalek Dr. Egle OA Reimer
ABCSG 16 – SALSA Sekundär adjuvante Langzeitstudie mit Arimidex Eine prospektive, randomisierte, offene, multizentrische Phase III Studie zur Evaluierung der Wirksamkeit einer se- kundären adjuvanten endokrinen Therapie mit Anastrozol für weitere 2 Jahre vs. weitere 5 Jahre bei Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom nach 5 Jahren primärer adjuvanter Therapie	OÄ Ramoni Prof. ⁱⁿ Taucher Prof. Marth OA Hubalek Dr. Egle OA Reimer
ABCSG 18 A randomized, double-blind, placebo-controlled, multi- center phase III study to determine the treatment effect of Denosumab in subjects with non-metastatic breast cancer receiving Aromatase inhibitor therapy	OA Hubalek Prof. Marth

Prüfarzt/-ärztin	
ABCSG 22R Registry of premenopausal patients with hormonal sensitive breast cancer receiving Nolvadex® and Zoladex® therapy.	Prof. Marth
ABCSG 23 – FACE A randomized multi-center phase IIIb, open label, study of letrozole vs. Anastrozole in the adjuvant treatment of postmenopausal women with hormone receptor and node positive breast cancer	Prof. Marth Prof. ⁱⁿ Taucher Dr. Egle OA Reimer OA Hubalek
ABCSG 25 – Panther A randomized phase III study comparing biweekly and tailored epirubicin + cyclophosphamide followed by biweekly tailored docetaxel (dtEC>dtT) (A-Arm) vs. three weekly epirubicin + cyclophosphamide, 5-Fluorouracil followed by docetaxel (FEC>T) (B-ARM) in lymph node positive breast cancer patients – a continuation of the feasibility part of the SBG 2004-1 study	Prof. Marth Prof. ⁱⁿ Taucher OA Hubalek
ABCSG 27 – BEATRICE An international multi-center open-label 2-Arm phase III trial of adjuvant Bevacizumab in “triple negative “ breast cancer	Prof. Marth OA Hubalek
ABCSG 29 – NATAN A randomized, multicenter, open phase III study comparing the postoperative use of zoledronic acid versus no treatment in patients with histological tumor residuals after preoperative anthracycline and taxane containing chemotherapy for primary breast cancer	OA Hubalek Prof. Marth
ABCSG 30 – BETH Eine multizentrische, randomisierte Phase III Studie, die ein Transtuzumab basiertes Therapieregime mit oder ohne Bevacizumab in der adjuvanten Therapie für Patientinnen mit HER2-positivem Brustkrebs vergleicht	Prof. Marth OA Hubalek
AMG 136 Phase III A Randomized , Double-Blind, Multicenter Study of Denosumab Compared with Zoledronic Acid (Zometa) in the Treatment of Bone Metastases in Subjects with Advanced Breast Cancer	Prof. Marth Prof. ⁱⁿ Taucher Dr. Egle Dr. Reimer OA Hubalek

	Prüfarzt/-ärztin
AMG 386 Studie A randomized, 4-Arm, placebo-controlled phase II trial of AMG 386 in combination with Bevacizumab and Paclitaxel of AMG 386 plus Paclitaxel as first-line therapy in subjects with HER2-negative, metastatic or locally recurrent breast cancer	OA Hubalek Prof. Marth
HERA-Studie Eine randomisierte 3-armige, multizentrische Studie zum Vergleich von einem Jahr und 2 Jahren Herzeptin gegenüber keinem Herzeptin bei Frauen mit HER-2 pos. Prim. Mamma Ca., die eine Chemotherapie beendet haben.	Prof. Zeimet Prof. Marth
Athemgasanalyse Atemluftanalyse für die Diagnose von Brustkrebs, für die Überwachung der Therapie und für die Voraussage des Metastasenrisikos	Doz. ⁱⁿ Fiegl
PRO-BETH Patient reported outcomes in breast cancer patients undergoing endocrine therapy	OA Hubalek
Early Relapse A singel arm, open-label, phase II study to evaluate the safety and efficacy of first-line trastuzumab and bevacizumab combination treatment with addition of capecitabine or docetaxel for second-line therapy in patients with early relapsing, HER2-positive locally recurrent or metastatic breast cancer previously treated with adjuvant trastuzumab	Prof. Marth OA Hubalek
JAVLOR Studie A phase III trial of vinflunine versus an alkylating agent in patients with metastatic breast cancer previously treated with or resistant to an anthracycline, a taxane, an antimetabolite and a vinca-alkaloid.	Prof. Marth OA Hubalek
BOLERO 1 A randomized, double-blind, placebo-controlled study of Everolimus in combination with Exemestane in the treatment of postmenopausal women with estrogen receptor positive locally advanced or metastatic breast cancer who are refractory to Letrozole or Anastrozole	OA Hubalek

	Prüfarzt/-ärztin
NORBREAST Phase II study evaluating oral vinorelbine as a single agent in patients with hormone receptor positive breast cancer with bone metastases previously treated by a hormone therapy	OA Hubalek

7.3.2. Gyn. Onkologie-Studien

	Prüfarzt/-ärztin
AGO o8 – CALYPSO GCIG-Intergroup Studie A multi-national, randomized, phase III, GCIG Intergroup study comparing CARELYX and Carboplatin vs. Paclitaxel and Carboplatin with epithelial ovarian cancer in late relaps (> 6 months)	Prof. Zeimet Prof. Marth OÄ Volgger
AGO o9 – TARCEVA GCIG-Intergroup Studie A randomized, multicenter, phase II study of Erlotinib (TARVEVA) versus observation in patients with no evidence of disease progression after first-line, platinum-based chemotherapy for high risk stage I and stage II-IV ovarian epithelial, primary peritoneal, or fallopian tube cancer	Prof. Marth Prof. Zeimet OÄ Volgger Dr. Jerabek
AGO 10 – MoycetGemzarRandom Randomized Phase II AGO-Study comparing combined liposomal doxorubicin (Myocet) and gemcitabine (Gemzar) with liposomal doxorubicin (Myocet) monotherapy in platinum-refractory and platinum-resistant epithelial cancer of the ovary, fallopian tube, and the peritoneum	Prof. Marth Prof. Zeimet OA Reimer
AGO 14 – CERVIX A prospective, randomized phase III study to compare the effects of Paclitaxel and Topotecan to those of Cisplatin and Topotecan for treatment of patients with recurrent and persistent cervical cancer	Prof. Marth Prof. Zeimet OÄ Volgger Dr. Reimer

Prüfarzt/-ärztin	
AGO 15 – MYOCET Phase II multicenter trial of the Austrian AGO of the combination of liposomal Doxorubicin (Myocet®) and Carboplatin in primary advanced or metastatic and recurrent endometrial cancer	Prof. Marth Prof. Zeimet OÄ Volgger Dr. Egle
AGO 16 – IP-Therapie Register zur Dokumentation der intraperitonealen Chemotherapie des primären epithelialen Ovarialkarzinoms	Prof. Marth Prof. Zeimet OÄ Volgger Dr. ⁱⁿ Weissenböck Dr. ⁱⁿ Strobl
AGO 17 – HECTOR Topotecan plus Carboplatin im Vergleich zur Standardtherapie (Paclitaxel plus Carboplatin oder Gemcitabin plus Carboplatin) in der Therapie von Patientinnen mit Platin-sensitivem rezidierten epithelialen Ovarialkarzinom, Peritonealkarzinom oder Tubenkarzinom	Prof. Zeimet Prof. Marth OÄ Volgger
AGO 20 – Vectibix A two-stage multicenter phase II trial of concurrent panitumumab immunotherapy, cisplatin chemotherapy and pelvic radiotherapy for primary cancer of the uterine cervix stage Ib-IIIb	Prof. Marth Prof. Zeimet OA Reimer Dr. ⁱⁿ Strobl
AGO 21 – AGO-Ovar-16/VEG110655 GCIG-Intergroup Studie A Phase III Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Pazopanib Monotherapy Versus Placebo in Women Who Have not Progressed after First Line Chemotherapy for Epithelial Ovarian, Fallopian Tube, or Primary Peritoneal Cancer	Prof. Marth Prof. Zeimet OA Reimer
AGO 22 – PaLiDo Panitumumab and pegylated liposomal doxorubicin to platinum-resistant epithelial ovarian cancer with KRAS wild-type	Prof. Marth Prof. Zeimet OA Reimer

	Prüfarzt/-ärztin
AGO 24 – AGO Ovar 12 / BI 1199.15 GCIIG-Intergroup Studie A multicentre, randomized, double-blind, Phase III trial to investigate the efficacy and safety of BIBF 1120 in combination with standard treatment of carboplatin and paclitaxel compared to placebo plus carboplatin and paclitaxel in patients with advanced ovarian cancer	Prof. Marth Prof. Zeimet OA Reimer
AGO 25 LION LION: Lymphadenectomy in Ovarian Neoplasms (Protokol ID: AGO-OVAR OP.3)	Prof. Marth Prof. Zeimet OA Reimer
EPCAM Fresenius Multicenter, single-arm, phase II study of the tri-functional antibody catumaxomab (anti-EpCAM x anti-CD3) administered intra- and postoperatively in patients with epithelial ovarian cancer	Prof. Marth Prof. Zeimet OA Reimer
CASIMAS Two-arm, randomized, open-label, phase IIIb study investigating the safety of 3 hour i.p. infusion of catumaxomab with and without prednisolone premedication in patients with malignant ascites due to epithelial cancer	Prof. Marth

7.3.3. Geburtshilfliche Studien

	Prüfarzt/-ärztin
Prüfarzt/-ärztin PREDICT Randomisierte multizentrische Studie über Effektivität von vaginal verabreichtem Progesteron zur Vorbeugung der Frühgeburtlichkeit bei Zwillingschwangerschaften	OA Scheier OÄ Ramoni Dr. ⁱⁿ Strobl I.
TRUFFLE Randomisierte multizentrische Studie zur Festlegung des Entbindungszeitpunktes bei schwerer fetaler Wachstumsretardierung auf Basis von frühen und späten Veränderungen im venösen Doppler im Vergleich zur computerisierten Cardiotokographie (Oxford CTG)	Prof. Brezinka OÄ Ramoni

Prüferzt/-ärztin	
Pentraxin Der Zweck dieser klinischen Prüfung ist es, durch die Bestimmung der Blutspiegel des körpereigenen Eiweißstoffes Pentraxin 3 (PTX 3) in unterschiedlichen Phasen der Schwangerschaft die Nützlichkeit von Pentraxin 3 bei der frühen Diagnose von Präeklampsie zu erforschen.	OÄ Ramoni
Nicht invasive pränatale Diagnose des fetalen Rh D Faktors Validation des „FetoGnost Real Time Kits“. Nach positivem Abschluss soll die Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors aus dem Plasma der Mutter an der Innsbrucker Blutbank als Routinemethode eingesetzt werden.(Rekrutierung abgeschlossen)	OÄ Ramoni
Substituierte Schwangere	OÄ Ramoni
Three dimensional sonography of the posterior fossa in fetuses with open spina bifida at 11-13 weeks' gestation Die Studie untersuchte an 3 D Volumina die Veränderungen der Fossa posterior bei Feten mit Spina bifida in der 12. bis 14. SSW. Durch das beschriebene single line sign ist eine frühzeitige Diagnostik der Spina bifida möglich. Die Ergebnisse wurden zwischenzeitlich publiziert. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21630364	OA Scheier
Sensitivität und Spezifität des single line sign in der Diagnostik der fetalen Spina bifida in der 11+3 bis 13+6 SSW In dieser Studie wird untersucht, wie verlässlich die Spina bifida in der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche durch die in der Fossa posterior darstellbaren Veränderungen diagnostiziert werden kann.	OA Scheier
Left ventricular function many years after recovery from pre-eclampsia Eine Studie, die bereits publiziert wurde http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21083867	Dr. ⁱⁿ Strobl I.
Appearance of the fetal posterior fossa at 11+3 to 13+6 gestational weeks in transabdominal ultrasound examination Die Studie wurde inzwischen bereits publiziert http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21308843	OA Egle OA Scheier

Folgeschwangerschaft nach intrauterinem Fruchttod

Die Studie untersucht die Folgeschwangerschaften von allen Patientinnen, die zwischen 2000 und 2008 an der Innsbrucker Frauenklinik eine Totgeburt hatten mit dem Ziel die Risikoabschätzung für die Folgeschwangerschaft zu ermöglichen. Die Datenauswertung ist abgeschlossen und die Publikation wird vorbereitet.

H. Hasibether
OA Scheier

Einfluss der Visualisierung des Kindes im Rahmen der Ersttrimestersonographie auf die materno-fetale Bindung. Eine randomisierte kontrollierte Studie.

Die Studie untersucht den Einfluss der Bildgebung im Rahmen der Ersttrimestersonographie auf die materno-fetale Bindung. Die Datenerhebung ist abgeschlossen und die Studie wird im Moment ausgewertet.

K. Krumschnabel
OA Scheier

Wissen über und Einstellung zum Down Syndrom von schwangeren Frauen vor der Ersttrimestersonographie

Die Studie untersucht das Wissen und die Einstellung zum Down Syndrom von schwangeren Frauen vor der Ersttrimestersonographie. Die Datenerhebung ist im Moment im Gange.

T. Steurer
OA Scheier

Einfluss der fetalen Wachstumsrestriktion auf die psychomotorische und mentale Entwicklung frühgeborener Kinder

retrospektive Studie

R. Oberhammer
OA Scheier

7.3.4. Studienpatientinnen

Eingebrachte Patientinnen – Mamma-Studien	gesamt
ABCSG 15 DCIS-IBIS	2
ABCSG 16 SALSA	13
ABCSG 18	36
ABCSG 22R	46
ABCSG 25	12
ABCSG 30 BETH	1
BOLERO	2
NORBREAST	1
neu eingebracht 2010	111
Gesamt Mamma-Studien-Patientinnen 2010	786

Eingebrachte Patientinnen – Gyn. Onkologie-Studien	gesamt
AGO 14 Cervix	3
AGO 15 Myozet	2
AGO 16 IP-Therapie	2
AGO 21 GSK	2
AGO 25 LION	2
neu eingebracht 2010	11
Gesamt Gyn. Onkologie-Studien-Patientinnen 2010	75

Eingebrachte Patientinnen – Geburtshilfe-Studien	gesamt
Pentraxin	31
Nicht invasive pränatale Diagnose des fetalen Rh D Faktors	60
Substituierte Schwangere	2
Three dimensional sonography of the posterior fossa in fetuses with open spina bifida at 11-13 weeks' gestation	39
Appearance of the fetal posterior fossa at 11+3 to 13+6 gestational weeks in transabdominal ultrasound examination	39
Folgeschwangerschaft nach IUFT	110
Einfluss der Visualisierung des Kindes im Rahmen der Erst-trimestersonographie auf die materno-fetale Bindung	45
neu eingebracht 2010	326
Gesamt Geburtshilfe-Studien-Patientinnen 2010	1.179

Studienpatientinnen Klinik Gynäkologie u. Geburtshilfe	gesamt
Gesamt neu eingebracht 2010	448
Gesamt Studienpatientinnen 2010	2.040

7.3.5. Endokrinologische Studien

Laufende Studien	Prüfarzt Prüfärztin
ACTH Test und Molekulargenetik zur Diagnose des heterozygoten CYP-21 Hydroxylasemangels (gemeinsam mit Frau a.o. Prof. Dr. Witsch-Baumgartner, Humangenetik)	Prof. Wildt, OÄ Mattle, Diplomandin Hofer
Nachweis von Insulinresistenz bei Brüdern von PCOS Patientinnen	Dr. Mattle, Diplomandin Kuntner abgeschlossen März 2010
Afamin measurements in PCOS and Metabolic Syndrome	OÄ Seeber, Diplomandin Morandell
Comparison of methods to test for Insulin Resistance in PCOS	OÄ Seeber, Diplomand Lunger
Polymorphisms in Vitamin D Binding Protein in Endometriosis	OÄ Seeber, Dr. Czech
AMH concentrations during ovarian stimulation with Clomifen and Gonadotropins	OÄ Seeber, Dr. Czech
Einfluss von Schwangerschaft, Wochenbett und Laktationsperiode auf den Knochenstoffwechsel	OÄ Ziehr, Diplomandin Engleder
Kryokonservierung von Ovargewebe zum Fertilitätserhalt nach Chemo-/Radiotherapie	OÄ Ziehr
Bayer Health Care AG: EU Cycle Control Study #13082: Multi-center, open-label, randomized, parallel-group comparison of cycle control, lipid and carbohydrate metabolism of the transdermal contraceptive patch containing 0.55 mg ethinylestradiol and 2.1 mg gestodene in a 21-day regimen vs. a comparator patch EVRA in a 21-day regimen for 7 cycles in 400 women	Prof. Wildt, OÄ Ziehr, Dr. Czech, OÄ Mattle, Dr. Tomovski abgeschlossen Sept 2010

Laufende Studien	Prüfarzt Prüfärztin
ETHIGII-Studie: Effectiveness of Dalteparin Therapy as intervention in recurrent pregnancy loss	OÄ. Ziehr, Dr. Czech
Vergleich zwischen Dual X-Ray Absorptiometry und Ultraschall zur Knochendichtemessung	OÄ Ziehr, Diplomandin Guggenberger abgeschlossen Juli 2010
Amh bei gynäkologischen Erkrankungen und während Chemotherapie unter Fertilitätsprotektion mittels GnRh-Analoga	OÄ Ziehr, Diplomand Lechner
Auswertung immunologischer Befunde bei Kinderwunschpatientinnen	OÄ Ziehr, Diplomandin Thuman
Hautdickenmessung bei PCOS-Patientinnen	OÄ Dr. Böttcher, OÄ Mattle, Diplomandin Stahlhofer abgeschlossen Juli 2010

7.4. Präklinische Projekte

Gynäkologie und Geburtshilfe

Projekttitel	ProjektleiterIn
Klinische Relevanz von p53 und p73 Isoformen beim Ovarialkarzinom	Prof. ⁱⁿ Concin OÄ Hofstetter Dr. ⁱⁿ Berger
Nachweis und Charakterisierung von Ovarialkarzinom-Tumorstammzellen	OA Reimer Prof. Zeimet
Expression der E2F Transkriptionsfaktorfamilie(E2F-TFs) in Tumorzelllinien und ihre Rolle bei EGF-vermittelten Effekten	OA Reimer Prof. Zeimet
Identifikation von Mutationen in Genregionen für Mp1 und p14 beim Mammakarzinom	Prof. Kronenberg Prof. Huber Hubalek Prof. ⁱⁿ Müller-Holzner Daniaux
Tumormarker HE4 Analysen im Serum von Endometriumkarzinompatientinnen, sowie bei Schwangeren.	Dr. ⁱⁿ Mutz-Dehbalaie Prof. Marth
Korrelation zwischen Mesothelin und CA 125 im Ovarialkarzinom	Dr. ⁱⁿ Porto Dr. ⁱⁿ Mutz-Dehbalaie
Die Brust als endokrines Organ	Prof. Daxenbichler Baur
Die Rolle des Progesteron in der Brust	Prof. Daxenbichler Prof. Kizilboga
Identification of novel methylation biomarkers – a possible strategy for melanoma risk assessment	Doz. ⁱⁿ Fiegl Dr. ⁱⁿ Berger
Toll-like Rezeptors 9 (TLR-9) Expression	Doz. ⁱⁿ Fiegl Dr. ⁱⁿ Berger

Projekttitel	ProjektleiterIn
Identifikation von spezifischen Autoantikörpern im Serum von Patientinnen mit Mamma-, und Ovarialkarzinom.	Doz. ⁱⁿ Fiegl Prof. Daxenbichler
Nachweis tumor-assoziiierter RNA in Knochenmark und Blut bei Mammakarzinom-Patientinnen	Prof. Marth Prof. Daxenbichler
K1 Projekt „Oncotyrol“ 3.2: Brustkrebs- Metastasenrisiko	Prof. Marth Doz. ⁱⁿ Fiegl Prof. Daxenbichler
K1 Projekt „Oncostart“ 3.7: Biomarkeridentifizierung beim Ovarialkarzinom	Doz. ⁱⁿ Fiegl Prof. Marth

Endokrinologie

Projekttitel	ProjektleiterIn
In-vitro-Bioaktivität von Östrogen im Serum	Doz. ⁱⁿ Hofer Dr. ⁱⁿ Winkler
In vitro Maturation von Ovarialgewebe mittels Perfusions-system	OÄ Ziehr Dr. Salama
Maturation of oocytes isolated from cryopreserved ovarian tissue after culture in a perfusion system	OÄ Ziehr Doz. ⁱⁿ Hofer Dr. ⁱⁿ Winkler
Histologische Beurteilung von zur Kryokonservierung entnommenen Ovarialgewebe	Prof. Wildt Simon Nepomuk Abt
Histologische Aufarbeitung von ovarielltem Mäusegewebe nach in vitro Reifung	Prof. Wildt Drerup

8. Lehre

8.1. Lehrangebot im WS 2009/2010 und SS 2010

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

Titel der Lehrveranstaltung	VortragendeR, Wissenschaftliche MitarbeiterInnen
------------------------------------	---

Geburtshilflich gynäkologische Klinik (Hauptvorlesung)	Marth C, Wildt L
--	------------------

Modul 1.01: Umgang mit dem kranken Menschen	Sölder E
---	----------

Modul 2.07: Endokrines System: Gyn. Endokrinologie/Zwischenklinik	Wildt L
---	---------

Modul 2.11: PKGU Kleingruppenunterricht zu Modul 2.07: Endokrines System	Hofer S, Sölder E
--	-------------------

Modul 2.23: Haut und Schleimhaut	Marth C
----------------------------------	---------

Modul 2.28: PKGU Kleingruppenunterricht zu Modul 2.23: Haut und Schleimhaut	Abfalter E, Sölder E
---	----------------------

Modul 2.30: Tumore	Marth C, Zeimet A
--------------------	-------------------

Modul 2.32: Werden des Leben	Alge A, Marth, Wildt
------------------------------	----------------------

Modul 2.37: PKGU Kleingruppenunterricht zu Modul 2.32: Werden des Leben	Abfalter E., Sölder E.
---	------------------------

Titel der Lehrveranstaltung	VortragendeR, Wissenschaftliche MitarbeiterInnen
Modul 3.13: Klinische Fähigkeiten und Fertigkeiten in Gynäkologie und Geburtshilfe	Abfalter E, Achleitner R, Alge A, Angerer-Dengg M, Berger A, Böttcher B, Brantner C, Brezinka C, Concini N, Czech T, Egle D, Fiegl H, Grubinger E, Gschließer A, Hofstetter G, Jerabek-Klestil S, Kraxner F, Mattle V, Moser T, Müller-Holzner E, Mutz-Dehbalaie I, Net N, Reimer D, Sölder E, Strobl E, Strobl I, Taucher S, Volgger B, Wagener A, Weissenböck E, Widschwendter A, Zauner-Schranzhofer S, Zeimet A, Ziehr S
Modul 3.21/3.22: Wahlfach I; Gynäkologie und Geburtshilfe	Abfalter E, Angerer-Dengg M, Berger A, Jerabek-Klestil S, Kraxner F, Mattle V, Reimer D, Sölder E, Weiskopf-Schwendinger V, Weissenböck E, Widschwendter A, Ziehr S
Geburtshilfliches gynäkologisches Praktikum	Abfalter E, Alge A, Angerer-Dengg M, Berger A, Brantner C, Brezinka C, Concini N, Gschließer A, Hofstetter G, Jerabek-Klestil S, Kraxner F, Mattle V, Moser T, Mutz-Dehbalaie I, Reimer D, Sölder E, Volgger B, Weissenböck E, Widschwendter A, Zauner-Schranzhofer S, Zeimet A, Ziehr S
Geburtshilfliches Internat	Abfalter E, Angerer-Dengg M, Berger A, Brantner C, Brezinka C, Concini N, Gschließer A, Hofstetter G, Jerabek-Klestil S, Kraxner F, Mattle V, Moser T, Mutz-Dehbalaie I, Reimer D, Sölder E, Volgger B, Weissenböck E, Widschwendter A, Zauner-Schranzhofer S, Zeimet A, Ziehr S
Onkologisches Kolloquium	Marth C
Geburtshilflich gynäkologische Klinik	Marth C
Molecular Oncology Special Lectures Part 4: Clinical Oncology (KF)	Marth C

Titel der Lehrveranstaltung	VortragendeR, Wissenschaftliche MitarbeiterInnen
Journal Club Molecular Oncology (VS)	Fiegl H
Labormethoden im Rahmen der praktischen Gynäkologie	Daxenbichler G, Müller-Holzner E
Gynäkopathologie	Müller-Holzner E
Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe	Bergant A
Gentherapie und Immuntherapie in der gynäkologischen Onkologie	Zeimet A
Geschlechterforschung in der Medizin	Abfalter E
Special Lecture: Aging of the feale reproductive tract (VS)	Wildt L
Reproduction medicine and endocrinology (KF)	Wildt L
Literaturkolloquium Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Wildt L
Spezielle Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Wildt L
Privatissimum für Dissertanten	Daxenbichler G, Marth C, Wildt L, Zeimet A

8.

Titel der Lehrveranstaltung	Anzahl StudentenInnen
Gynäkologisches Praktikum alt+neu	662
Geburtshilfliches Internat	15
Famulaturen	42
Rigorosenprüfungen	105
EAP-Prüfungen	56
KPJ-StudentInnen	17

8.2. Dissertationen/Diplomarbeiten

2010 wurden folgende Dissertationen und Diplomarbeiten an der Frauenheilkunde fertiggestellt:

Name (alphabetisch)	BetreuerIn	Dissertation
Berger, Regina	Fiegl Heidi	Extracellular DNA mediated effects on TLR9 in breast cancer cells and expression analysis of TLR9 and CHAC1 mRNA in breast and ovarian cancer
Corban, Serab	Aigner Felix	Epidemiologie der Condyloma [Condylomata] acuminata an der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Koch, Christiane	Daxenbichler Günther	Lichttherapie im Wochenbett

Name (alphabetisch)	BetreuerIn	Diplomarbeit
Abt, Simon Nepomuk	Wildt Ludwig	Histologische Beurteilung von zur Kryokonservierung entnommenen Ovarialgewebe
Drerup, Martin	Wildt Ludwig	Histologische Aufarbeitung von ovariellen Mäusegewebe nach in vitro Reifung
Feichter, Christian	Bergant Anton	Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und postpartalen depressiven Verstimmung bei Erstgebärenden
Guggenberger, Marion	Ziehr Stephanie	Vergleich zwischen Dual X Ray Absorptiometry und Ultraschall zur Knochendichtemessung
Kuntner, Barbara	Mattle Verena	Nachweis von Insulinresistenz bei Brüdern von Patientinnen m. PCO

Name (alphabetisch)	BetreuerIn	Diplomarbeit
Lechner, Susanne	Brezinka Christoph	Myotone Dystrophie Typ 1 und Schwangerschaft
Lemmerer, Julia	Zeimet Alain G.	Wissensstand über Zytostatikanebenwirkungen in der Allgemeinbevölkerung und bei betroffenen Patientinnen: eine matched-controlled Studie basierend auf der Chemotherapie bei gynäkologischen Malignomen
Malle, Daniela	Zeimet Alain G.	Perioperative Komplikationen verschiedener Hysterektomieformen bei benignen uterinen Erkrankungen
Radl, Alice	Zeimet Alain G.	Intraperitoneale Chemotherapie beim Ovarialkazinom: Erfassen von Nebenwirkungen und Dokumentation der Wirksamkeit im Rahmen des multizentrischen Registers „AGO-16 Studie“
Stahlhofer, Kathrin	Mattle Verena	Messung des Collagengehaltes der Haut bei PCOS-Patientinnen
Wagger, Katharina	Widschwendter Andreas	Assoziation zwischen der Größe der Labia minora und physischen/psychischen Beschwerden

9. Fortbildungen

9.1. Montagskonferenzen

Datum	ReferentIn	Titel
18.01.2010	I. Mutz-Dehbalaie	CMV in der Schwangerschaft
01.02.2010	E. Grubinger	Zwillingsleitlinien
15.02.2010	R. Kuhnwald, Jugendwohlfahrt	Adoptionsformen
22.02.2010	A. Ramoni	Sauerstoffgabe intrapartal bei fetalem Distress: Schaden für den Fetus?
15.03.2010	J. Wittliff, Louisville	Predicting breast cancer behaviour and identifying molecular targets using genomic
22.03.2010	J. Lemmerer	Vorstellung Diplomarbeit: Wissensstand über Zytostatikanebenwirkungen in der Allgemeinbevölkerung und bei betroffenen Patientinnen
12.04.2010	Ch. Stark	Gesundheitsnetz Tirol
19.04.2010	O. Huter, F. Preishuber	Risikomanagement, Fehlermanagement
26.04.2010	P. Hillebrand	Sozialarbeit an der Gyn – Möglichkeiten, Angebote
03.05.2010	A. Schlager	Schmerztherapie
10.05.2010	S. Navarro	Insure
17.05.2010	A. Ramoni	Sinnhaftigkeit der Sauerstoffgabe intrapartal
31.05.2010	E. Raffener	Vorstellung Diplomarbeit: Betreuung von HIV-positiven Schwangeren und ihrer Neugeborenen in Ö + I
14.06.2010	O. Huter, F. Preishuber	Risikomanagement
05.07.2010	O. Huter, F. Preishuber	Risikomanagement, Fehlermanagement
12.07.2010	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement

Datum	ReferentIn	Titel
19.07.2010	A. Ramoni, L. Wildt	SLE + Schwangerschaft
23.08.2010	O. Huter, F. Preishuber	Risikomanagement
30.08.2010	H. Fluhr	Molekulare u. klin. Aspekte der normalen u. gestörten Implantation
06.09.2010	O. Huter, F. Preishuber	Risikomanagement
20.09.2010	A. Federspiel, Gewaltschutzzentrum E. Jennings, azw	Projekt Diagnose: Gewalt!
11.10.2010	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
18.10.2010	H. Stepan, Leipzig	Neue Aspekte der Diagnostik und Therapie der Präeklampsie
08.11.2010	Ch. Egarter, Wien	Vorstellung Leitlinien „Prostaglandine in der Geburtshilfe“
15.11.2010	R. Schramböck, Wien	Update Emend
22.11.2010	G. Windbichler, C. Brezinka	CTG-Score: pro/contra
29.11.2010	O. Huter, F. Preishuber	Risikomanagement
06.12.2010	O. Huter, F. Preishuber	Risikomanagement
13.12.2010	O. Huter, F. Preishuber	Fehlermanagement
20.12.2010	A. Hotter	Vorstellung der neuen Physiotherapie-dokumentation
	S. Soldat	Einführung SurgiNet

9.2. Fach-Fortbildungen

Datum, Thema	ReferentInnen	Titel
13.03.2010 „Der Mensch in der Medizin“ – Symposium zu Ehren von em.o.Univ.-Prof. Dr. Otto Dapunt anlässlich seines 80. Geburtstages Innsbruck	H. v. Staa, Landtagspräsident D. Balogh, Vizerektorin R. Stecher, Altbischof W. Söllner, Chefarzt Nürnberg P. Fritsch C. Marth O. Dapunt	
		

15.-17.04.2010
XIX. Wissenschaft-
liche Tagung der
AGO
Salzburg



Datum, Thema	ReferentInnen	Titel
08.05.2010 Sommerfortbildung Absam 	A. Ramoni	Wie sinnvoll ist die Eisen- und Vitaminsubstitution in der Schwangerschaft?
	F. Kraxner	Fibronektintest: Ein Marker zur Früherkennung von Frühgeburtsbestrebungen?
	M. Newesely-Meyer	Vorstellung des Projekts: Bestimmung der fetalen Blutgruppe aus dem maternalen Blut
	M. Scheier	Small for gestational age: Sonographische Kriterien, Schwangerenbetreuung, optimaler Zeitpunkt der Entbindung
	C. Brezinka	Hyperemesis gravidarum – Update
	E. Medicus, Hospiz Innsbruck	Palliative Care – ein Betreuungskonzept für die letzte Lebensphase
	M. Hubalek	Management der Nebenwirkungen der endokrinen Therapie des Mammakarzioms
24.04.2010 Newborn Life Support Kurs 	A. Zeimet	Neue Therapien in der gynäkologischen Onkologie der letzten 5 Jahre
		Von der Versorgung des gesunden Neugeborenen bis zur Reanimation des kritisch kranken Neugeborenen

Datum, Thema	ReferentInnen	Titel
15.04.2010 Mammakarzinom: Interdisziplinäres Management in Klinik und Praxis Innsbruck		
		
02.-05.06.2010 Jahrestagung der ÖGGG Zell am See		
		
23.06.2010 Beckenboden- gesundheit Innsbruck	F. Aigner	Wo ist was am Beckenboden?!
	G. Kiss	Formen und Ursachen der Blasenschwäche
	F. Aigner	Darmschwäche, häufiger, als man glaubt
	D. Mair	Was tun bei der Reizblase – kann man sie trainieren?
	H. Halasz	Wie viel soll der ältere Mensch trinken?
	J. Hager	Hilfe mein Kind wird nicht sauber!
	P. Rehder	Inkontinenz nach Operation wegen Prostatakrebs, bestehen Heilungschancen?
	S. Kropshofer	Senkungsbeschwerden
	H. Madersbacher	Wie kann man Inkontinenz vorbeugen?

Datum, Thema	ReferentInnen	Titel
23.06.2010 Post ASCO 2010 	H. Meerpohl	Ovarialkarzinom 1 st line
	J. Sehouli	Ovarialkarzinom 2 nd line
	S. Costa	Zervixkarzinom
	G. Emons	Korpuskarzinom
	M. Untch	Mammakarzinom, Neoadjuvante Ansätze
	J. Blohmer	Mammakarzinom, Adjuvante Therapie
	H. Lück	Metastasiertes Mamma-Ca
	D. Lüftner	Neue molekularbiologische Therapien
03.07.2010 Hormonelle Kontrazeption	L. Wildt	VTE-Risiko oraler Kontrazeptiva
	A. Mueck, Tübingen	Innovative Kontrazeption mit Estradiol
10.09.2010 Das hormon- sensitive Mamma- karzinom – Fortschritte und Ernüchterungen Symposium zur Pensionierung von Prof. Dr. Günter Daxenbichler Seefeld 	C. Marth	Historie der endokrinen Therapie
	L. Wildt	Östrogene im Leben der Frau
	W. Jonat, Kiel	Prävention des Mammakarzi- noms durch Beeinflussung des endokrinen Systems
	G. Daxenbichler	Hormone und die Brust – ein Paradigmenwechsel tut Not

Datum, Thema	ReferentInnen	Titel
11.-14.09.2010 First International Symposium of the Journal: Hormone Molecular Biology And Clinical Investigation Seefeld		
25.09.2010 Schwangerschaft&TOD	J. Marclay, Innsbruck	Der intrauterine und früh-kindliche Tod. Sicht in verschiedenen Kulturen
	A. Kayir, Istanbul	Womanhood in Turkey – cultural, traditional and religious aspects
	M. Scheier	Später Schwangerschaftsabbruch aus der Sicht des Arztes
	S. Rinofner-Kreidl, Graz	Beurteilung des Schwangerschaftsabbruches und des Fetocids aus ethischer Perspektive
	K. Leithner-Dziubas, Wien	Früher Verlust. Psychische Folgen nach pränataler Diagnose aus psychoanalytischer Sicht
	I. Schneitter	Umgang mit ambivalenten Entscheidungen im Rahmen der Pränataldiagnostik
28.-30.10.2010 14. Onkologischer Alpengipfel Loas	G. Daxenbichler	Neue Vorstellungen zur hormonellen Regulation der Brust und seines Karzinoms
	G. Pristauz, Graz	Die Rolle des Androgenrezeptors beim Mammakarzinom. Eine neue Möglichkeit der endokrinen Therapie?

Datum, Thema	ReferentInnen	Titel
	R. Reitsamer, Salzburg	Schlafende Tumorzelle – tickende Zeitbombe gezündet durch Östradiol
	M. Pfeifer, Heidelberg	Epigenetische und transkriptionelle Regulation des humanen L1CAM Gens in Endometrialkarzinomen
	B. Baldini	„Von Liebe, Sex und anderen Irrtümern...“
	T. Fehm, Tübingen	Hormonabhängigkeit zirkulierender Tumorzellen
	A. Günthert, Bern	GnRH System bei gynäkologischen Tumoren
	M. Nap, Heerlen	The possible role of tissue associated macrophages in the transport of tumormarkers to the blood in patients with cancer
	L. Wildt	Erniedrigte Inzidenz des Ovarialkarzinoms bei Pillen Anwenderinnen: Ist die derzeitige Theorie (Verletzung durch Ovulation) haltbar oder kann man einen Einfluss der Hormone annehmen?
	E. Petru, Graz	Hormone – deren Einfluss auf Inzidenz und Verhalten von Tumoren in der Schwangerschaft
	J. Zschoke, Innsbruck	BRCA 1&2 in hormoneller Interaktion aus der Sicht des Genetikern
	A. Meindl, München	BRCA3-Crosstalk: BRCA und Östrogenrezeptorpathway
	A. Kloss-Brandstätter, Innsbruck	MP1 – p14 – genetische Risikofaktoren für das Mammakarzinom

Datum, Thema	ReferentInnen	Titel
30.10.2010 3. Brustkrebs- Akademie Diplompatientin Bozen 	G. Pfeiler, Wien	Metabolische Faktoren / Insulin Signalling System und Mammakarzinom
	H. Fiegl	DNA Methylierung und Hormonrezeptoren beim Mammakarzinom
		Wissensoffensive für Frauen mit und ohne Brustkrebs
23.11.2010 Präsentation der neuen TAKO- Empfehlungen 	E. Gunsilius	Lymphome
	M. Hubalek	Mammakarzinom
	A. Zabernigg	Lungenkarzinom
	E. Wöll	Sarkome
	E. Medicus	Palliative Care
27.11.2010 Winter- fortbildung Gynäkologie im Senium – Geburtshilfe Längsfeld 	C. Marth	Gynäkologische Onkologie im Senium
	E. Petersen, Freiburg	Erkrankungen der Vulva und Vagina im Senium
	H. Concin, Bregenz	Update Osteoporose
	S. Kropshofer	Urogynäkologie im Senium
	T. Fischer, Landshut	Risiken und Management der Schwangerschaft jenseits des 40. Lebensjahres
	I. Utz	Alloimmunisierung in der Schwangerschaft
	M. Scheier	Der 20 Wochen Schall – normale und pathologische Befunde

Datum, Thema	ReferentInnen	Titel
	I. Strobl	Zervixmessung – Zervixinsuffizienz – Cerclage
	S. Fessler	Fallbericht: Laparoskopische Cerclage
	A. Ramoni	Neue Toxoplasmose Leitlinien
	C. Breymann, Zürich	Behandlung von Eisenmangel in Gynäkologie und Geburtshilfe

**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:

Mag. Thomas Spielmann

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



Herbert Wötzer

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



10. Pressespiegel

Datum	Titel	Medium
Jänner	Bilder als Aufheller des Krankenhausalltags	MEDICS
Jänner	Begleiterinnen für Frauen in schwierigen Zeiten	Medicus
Jänner	Professionelle Hilfe bei der Diagnose Brustkrebs	Gesund leben
Jänner	Wenn Lebensanfang und Lebensende zusammenfallen	MEDICS
29. Jänner	Kosmetik für die Seele	Tiroler Tageszeitung
30. Jänner	Kosmetikseminar für Chemo-Patientinnen	Tiroler Tageszeitung
Feber	Schwanger trotz Krebs	fratz&co
Februar	Ausgleich des Hormonspiegels	Gesund in Tirol
Februar	Zwischen Kindheit und Erwachsensein	Gesund in Tirol
5. Februar	Frohes Warten – früher Tod	tilak.at
12. Februar	Erste „Brustschwwestern“ Österreichs ausgebildet	Tiroler Tageszeitung
17. Feber	Laser Zwillingschwangerschaften – Interview Kanzler Faymann	ORF Bezirksblätter
20. Feber	Verhütungsring: Sehr bequem und sicher	Weekend Magazin
10. März	Qualitätsbescheinigung für Brustgesundheitszentrum Brixen-Meran	provinz.bz.it
11. März	Qualitätsbescheinigung für Brustgesundheitszentrum Brixen-Meran	frauen-arbeit.bz.it
17. März	Wer im Körper die Fäden zieht	Tiroler Tageszeitung
April	Mit guten Ideen punkten	Hallo
April	Angriff auf die Weiblichkeit; Diagnose Brustkrebs	Mini Med

Datum	Titel	Medium
April	Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Innsbruck	Hallo Baby
1. April	HYPO – SeniorInnen besuchen TILAK	tilak.at
6. April	Frauen stehen auf Uni-Klinik „Breast Care Nurses“ zur Seite	Tiroler Tageszeitung
6. April	BCN – Mehr Betreuung von Brustkrebspatientinnen	tirol.orf.at
7. April	Urteil bringt neue Hoffnung für unfruchtbare Paare	Tiroler Tageszeitung
7. April	Breast Care Nurses	ORF Radio Tirol ORF Tirol Heute
10. April	Breast Care Nurses	ORF Radio Tirol
11. April	Qualitätsbescheinigung für Brustgesundheitszentrum Brixen-Meran	Provinz Bozen
16. April	Baby des Tages: Luca Thien-An ist das Gottesgeschenk	Tiroler Tageszeitung
21. April	Der Sexualität noch nicht gewachsen	Tiroler Tageszeitung
22. April	Wenn die Sexualhormone vor Freude tanzen	tt.com
22. April	Verein Multikulturell besucht zum wiederholten Mal die TILAK	tilak.at
30. April	Baby des Tages: Johannes ist der Stolz der Familie	Tiroler Tageszeitung
Mai	Die Symptome des Wechsels	Welt der Frau
Mai	Wunschkind	Tirolerin
3. Mai	Brauchen eine andere Fehlerkultur	Tiroler Tageszeitung
5. Mai	Unerfüllter Kinderwunsch – Infoabend	Tiroler Tageszeitung
6. Mai	Erste TILAK – Führung für Ehrenamtliche	tilak.at
9. Mai	Baby des Tages: Frisch gebackenes Mutterglück	Tiroler Tageszeitung

Datum	Titel	Medium
9. Mai	Muttertag auf der Mutter-Kind-Station	Tiroler Tageszeitung
11. Mai	Pionierarbeit führte zu brutalem Mobbing	Tiroler Tageszeitung
12. Mai	Schluss mit den Verhütungsmythen	Bezirksblatt
12. Mai	TILAK: Die Nachwuchsbauern kommen!	tilak.at
21. Mai	Forum Land bei TILAK	tilak.at
Juni	Ausgleich des Hormonspiegels	Gesund in Tirol
4. Juni	Auszeichnung für Gynäkologin	Tiroler Tageszeitung
7. Juni	V. Mattle – Hugo Husslein-Preis	tirol.orf.at
13. Juni	Listerien – Schwangere	Tiroler Tageszeitung
17. Juni	Beliebteste ÄrztInnen – Prof. Taucher	News
18. Juni	Baby des Tages: Riesenfreude über Familienzuwachs	Tiroler Tageszeitung
22. Juni	Beckenbodenzentrum, S. Kropshofer	ORF Tirol Heute
29. Juni	Promis machen es vor: Zahl der Kaiserschnitte steigt, S. Fessler	Tiroler Tageszeitung
Juli	Hohe Auszeichnung für Tiroler Gynäkologin	Mitteilungen der Ärztekammer
2. August	Baby des Tages: Klein Benjamin ist der dritte im Bunde	Tiroler Tageszeitung
September	In den richtigen Händen – Brustchirurgie	Echo
6. September	Baby des Tages: Esther ist jetzt die große Schwester	Tiroler Tageszeitung
9. September	Eine Klinik für die klassischen „frauenspezifischen Probleme“	Tiroler Woche

Datum	Titel	Medium
15. September	Ärztetkongress mit Wissenschaftlern aus aller Welt	seefeld.com
20. September	Interview Brustkrebsmonat Laner	Radio 2000
29. September	Interview Laner/Sigmund	RAI Sender BZ
30. September	mamazone macht gegen Brustkrebs mobil	suedtirolnews.it
Oktober	Bewährt bei SCLC, Ovarial- und Zervixkarzinom	Krebs:hilfe!
Oktober	Regelmäßiger Besuch an der TILAK	Hallo
Oktober	Wir sind TILAK: Ein Blick in die Küche	Hallo
Oktober	Mamazone	RTTR
Oktober	Mamazone	Video 33 SDF
Oktober	Mamazone	TCA
3. Oktober	Späte Geburt: Zu wenig Aufklärung über Risiko	Tiroler Tageszeitung tt.com
3. Oktober	Mamazone	AA Vivi BZ
5. Oktober	Kindewunsch unerfüllt? Was getan werden kann	Krone
13. Oktober	Brustzentrum EU-zertifiziert	Tiroler Tageszeitung
13. Oktober	Brustzentrum EU-zertifiziert	Dolomiten
13. Oktober	Besuch an der TILAK: Verein d. öffentlichen Funktionäre und Mandatare	tilak.at
13. Oktober	Infoabend Kinderwunsch in Innsbruck	Medical Tribune
15. Oktober	Baby des Tages: 2460 Gramm pures Babyglück	Tiroler Tageszeitung
15. Oktober	„Mamazone“ si mobilita nella lotta contro il tumore al seno Mamazone mobilisiert im Kampf gegen den Brustkrebs	Corriere Alto Adige
15. Oktober	Mehr Wissen – Brustkrebs-akademie	Die Südtiroler Frau

Datum	Titel	Medium
16. Oktober	3. Brustkrebs-Akademie Diplompatientin	Corriere Alto Adige
17. Oktober	3. Brustkrebs-Akademie Diplompatientin	ALTO ADIGE
20. Oktober	Mamazone	Gesundheitsmagazin RAI Sender BZ
20. Oktober	EU-Zertifikat für Brustgesund- heitszentrum	Medical Tribune
20. Oktober	Die Südtiroler Brustkrebsinitiative „mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs“ organisiert heuer zum dritten Mal die Brustkrebsakademie „Diplom- patientin“ für gesunde und an Brustkrebs erkrankte Frauen	stol.it
21. Oktober	Für gesunde und betroffene Frauen Dolomiten	
22. Oktober	3. Brustkrebs-Akademie Diplompatientin	Dolomiten Was & Wo
22. Oktober	3. Brustkrebs-Akademie Diplompatientin	Corriere Alto Adige
23. Oktober	Venerdì 29 un incontro tra e con gli esperti	Corriere Alto Adige
24. Oktober	3. Brustkrebs-Akademie Diplompatientin	Alto Adige
24. Oktober	Wissensoffensive gegen Brustkrebs	ZETT
25. Oktober	Klinik-Ambulanzen platzen aus allen Nähten – Migrantinnen können oft nur abends kommen	t.com
27. Oktober	Mamazone	ORF/Südtirol Heute
27. Oktober	3. Brustkrebs-Akademie Diplompatientin	kultur.bz.it
27. Oktober	Brustkrebs-Wissen für Patientinnen und Ärzte	Dolomiten Was & Wo

Datum	Titel	Medium
28. Oktober	Baby des Tages: Victoria wollte nicht mehr länger warten	Tiroler Tageszeitung
28. Oktober	Verlust eines Kindes, A. Ramonie	ORF, Tirol Heute
29. Oktober	Wissen gegen Brustkrebs	Dolomiten Was & Wo.
30. Oktober	Mamazone	RAI Sender BZ Tages- schau (1. Bericht)
30. Oktober	Mamazone	RAI TG 3
30. Oktober	Prevenzione tumori al seno oggi argomento a Greenwich	Alto Adige/Vivi Bolzano
31. Oktober	Brustkrebs: Neue Trends in der Diagnose und Therapie	ZETT
31. Oktober	Tumori al seno, quattrocento casi ogni anno Brustkrebs, vier Fälle pro Jahr	Corriere dell' Alto Adige
November	Internationaler Brustkrebsmonat Oktober „mamazone“ machte gegen Brustkrebs mobil	Gesundheit & Schönheit
2. November	Laute Stimme für ein Tabu-Thema	Dolomiten
4. November	Sandra Bortolin interviewt Erika Laner/Mamazone	RAI 3 Regione Mattina Live 7:30
6./7. November	Die Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Innsbruck-AGO-Studienzentrale sucht StudienkoordinatorIn	Standard
11. November	Baby des Tages: Ein Sonntagskind namens Johanna	Tiroler Tageszeitung
14. November	Babyglück trotz HIV	Tiroler Tageszeitung
14. November	Im Kampf gegen den Brustkrebs	Krone
19. November	Mehrlingsgeburten	Tiroler Tageszeitung
19. November	Baby des Tages: Das Sonntagskind Anna-Maria	Tiroler Tageszeitung
6. Dezember	Bauingenieursexkursion zur TILAK	tilak.at
7. Dezember	Drug development, IGCS 2010, Ovary and gynaecology Arznei- mittelentwicklung, IGCS 2010, Eierstock und Gynäkologie	ecancer.tv

Obige Liste stellt nur einen Auszug der Pressemeldungen dar.



Abb. 1: v.l.: Pichler Barbara, Gynä - Kratzer Kathrin, Gynä - OA Dr. Michael Hubalek, Leiter BrustGesundheitZentrum - Albin Karin, Gynä

Begleiterinnen für Frauen in schwierigen Zeiten

*Erstmalig in Österreich stehen an der Innsbrucker Frauenklinik drei „Breast Care Nurses“
Brustkreispatientinnen zur Seite.*

In Österreich erkranken jährlich 4.600 Frauen an Brustkrebs, allein in Tirol sind dies 340 Neuerkrankungen pro Jahr. Somit erkrankt jede 9. Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs, davon sind 28% unter 50 Jahre alt. Diagnose Brustkrebs ist für betroffene Frauen wie auch für ihre Angehörigen ein großer Schock. Gerade in dieser Zeit sollen sie sich so gut wie möglich betreut wissen und kompetente Ansprechpersonen vorfinden.

Seit kurzem ergänzen am BrustGesundheitZentrum der Frauenklinik Innsbruck speziell ausgebildete „Breast Care Nurses“ das multidisziplinäre Team. In einem einjährigen berufsbegleitenden Lehrgang – erstmalig für ganz Österreich in Innsbruck durchgeführt – haben Karin Albin, Kathrin Kratzer und Barbara Pichler nicht nur vertiefte medizinische Grundlagen, sondern auch soziale, psychologische und kommunikative Kompetenzen erworben. Breast Care Nurses sind im angloamerikanischen Raum bereits etabliert und werden von der EUSOMA (European Society of Mastology) für alle zertifizierten Brustzentren gefordert.

Breast Care Nurses spielen eine zentrale Rolle in der Betreuung von Brustkreispatientinnen. Sie begleiten die Frauen und ihre Angehörigen von der Diagnosestellung und Therapieplanung, während des gesamten Behandlungsablaufs, bis zu den ambulanten Nachkontrollen. Dabei bieten sie in der schwierigen Zeit informelle, emotionale und praktische Unterstützung. Ergänzend zum Arztgespräch klären sie über die Erkrankung und medizinische Interventionen auf, und helfen den Betroffenen so, Entscheidungen zu treffen. Als direkte Ansprechpartnerinnen sind sie für die Frauen die ersten Fragen aufzuheben. Weiterhin bieten sie Unterstützung in organisatorischen Dingen und setzen pflegerische Maßnahmen,

„Die Tätigkeit der Breast Care Nurses am BrustGesundheitZentrum Tirol ist ein weiterer wichtiger Schritt für die Qualität der Betreuung und verbessert die Zufriedenheit der Patientinnen.“ stellt der gynäkologische Leiter OA Dr. Michael Hubalek erfreut fest.

Mag. Franz Prochazka

Wie war das doch gleich?

221

Brustkrebsrisiko

Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, hängt von Ernährungsfaktoren, hormonellen Faktoren und Erbfaktoren ab. So findet sich bei Frauen mit hohem Fettkörper und solchen mit Übergewicht häufiger Brustkrebs. Ähnliches gilt für Frauen mit frühem Beginn der Regelblutung, sowie für solche mit spätem Eintritt der Wechseljahre. Außerdem haben Frauen, die erst im fortgeschrittenen Lebensalter ihr erstes Kind gebären, ein gesteigertes Erkrankungsrisiko. Das höchste Erkrankungsrisiko weisen aber Frauen auf, in deren Familie (Mutter, Schwester etc.) Brustkrebs aufgetreten ist.

Die Häufigkeit der Erkrankung steigt mit zunehmendem Lebensalter an und erreicht ein Maximum zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr. In den letzten Jahren ist es bei jüngeren Frauen zu einem Anstieg der Erkrankungszahlen gekommen.

Schwanger trotz Krebs

Eine Krebstherapie muss oft schnell begonnen werden und zieht nicht selten Unfruchtbarkeit nach sich. Seit Kurzem gibt es eine neue Methode, die helfen kann, dennoch schwanger zu werden. Text: Heide Fiegl

www.fratz.at

Hrau Elisabeth M. ist 23 Jahre alt und seit zwei Jahren glücklich verheiratet. Sie ist vor Kurzem mit ihrem Mann in eine Gartenwohnung in einem ruhigen Stadtteil übersiedelt. Da bis zwei Monate sind bereits für den geplanten Nachwuchs reif, denkt das Paar wärmlich sich unbedingt Kindes. Vor einigen Stunden ist ihm Welt jedoch aus den Fugen geraten. Auf Drängen ihres Mannes hatte Elisabeth M. einen Arzt aufgesucht. Sie sei zu blasse, zu müde und zu oft krank, war ihr Partner besorgt. Nie hätte sie sich träumen lassen, dass hinter diesen harmlosen und eigentlich untypischen Symptomen Krebs, nämlich akute Leukämie, lauern könnte. Heute bedeutet diese Diagnose, dank moderner Therapien, keineswegs mehr ein Todesurteil. Darüber hinaus ist es sogar möglich, Frau Heide wie Elisabeth M. nach überstandener Krankheit Kinder bekommen können – und das, obwohl die notwendige Behandlung die Keelen in den Eierstock nachteilig ansetzen kann.

Durch Kryokonservierung Chemo sofort möglich

Machbar wird dies durch die sogenannte Kryo- oder Gelenkonservierung von Eizstockgewebe, erklärt Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt von der Innsbrucker Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin gegenüber *fratz*. Mittels eines minimalinvasiven Eingriffs, einer Laparoskopie (Bauchspiegelung), wird das Gewebe entnommen, eingefroren und der Patientin nach überstandener Krankheit wieder eingesetzt. Auf diese Weise können

bei Patientinnen, die sich einer Chemotherapie oder Bestrahlung unterziehen müssen, Hormonproduktion und Fruchtbarkeit wiederhergestellt werden.

Ein weiterer großer Vorteil dieser auch relativ unbekannten Methode liegt im sehr frühen Vorgehen: Bei akut erkrankten Frauen wie Elisabeth M. drängt die Zeit, es sollte sofort mit Bestrahlung oder Chemotherapie begonnen werden. Die Methode der Kryokonservierung macht dies möglich: Nach der Entnahme von Eizstockgewebe kann die Patientin theoretisch gleich am nächsten Tag mit der Krebsbehandlung starten.

Wiel bekannter ist natürlich die Methode, Eizellen und Embryonen, also befruchtete Eizellen, einzufrieren“, führt Wildt fort, der zu den führenden Kinderwunschspezialisten im deutschen Sprachraum zählt. „Auch gerade bei akuten, lebensbedrohlichen Krankheiten fehlt es oft an den dafür notwendigen zwei bis drei Wochen, um sich Frieren zu gewinnen“, betont der Experte den Zeitfaktor. „So eine Verzögerung kann man sich bei vielen Tumorerkrankungen nicht leisten, ein gutes Gefühl hat naturgemäß keiner dabei. Zudem ist die Situation nicht ganz unkompliziert, wenn man Embryonen einfriert, da es sein kann, dass z. B. ein Partner stirbt oder die Frau sich trennt.“

Die Kryokonservierung von Eizstockgewebe macht die Patientin von solchen Faktoren unabhängig. Bei Männern ist das Einfrieren von Spermien bereits seit Jahrzehnten populär, obwohl Professor Wildt es wohl als einen großen Erfolg an, dass diese Methode nun auch Frauen zur Verfügung steht.



Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt, Leiter der Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Department Frauenheilkunde

„Werden Frauen mit der Diagnose Krebs konfrontiert, denken viele verständlicherweise noch gar nicht daran, dass sich das Ganze auch auf die Familienplanung auswirken kann. Diese Tatsache einzubeziehen ist jedoch wichtig, weil die Überlebenschancen bei akuten Tumorerkrankungen inzwischen sehr hoch ist, die meisten Frauen nach einer erfolgreichen Therapie aber unfruchtbar bzw. eingeschränkt fruchtbar sind, weiß Wildt um die Problematik. Angesprochen auf eine Altersbeschränkung betont der Wissenschaftler: „Gedacht ist das Verfahren vor allem für jüngere Frauen. Doch es ist unter Umständen auch möglich, Eierstockgewebe von Mädchen auch vor der Pubertät zu konservieren. Würde eine 40-jährige mit einer Tumordiagnose kommen, so würde ich nicht zu einer Kryokonservierung raten, aber auch nicht ablehnen.“ Kurz gesagt: Der Dialog ergibt sich im Prinzip für jede Frau, die einen normalen Zyklus hat und sich einer Behandlung unterziehen muss, die das Eierstockgewebe schädigt. Das gilt nicht nur für Krebserkrankungen, sondern auch bei bestimmten Autoimmunerkrankungen. Der Fall sein, deren Behandlung durch Zytostatika, also zellabtötende Medikamente, erfolgt“, sagt der Mediziner hierzu.

Eingefrorene Zellen funktionieren wieder normal

Das entnommene Gewebe wird in flüssigem Stickstoff bei minus 196 Grad Celsius gelagert. „Nach Erhärtung hat man bereits im Gefäßgefäß Eizellen und Embryonen, und zwar über eine Zeitspanne von mehr

als zehn Jahren“, sagt Wildt. Ob es für die Haltbarkeit nach oben hin eine Grenze gibt, wisse man nicht, doch annehmen sei es nicht. Werden die Zellen der Patientin nach einigen Jahren reimplantiert, so geht die Medizin davon aus, dass ein Teil die volle Lebendfähigkeit wiedererlangt, wobei es natürlich hierfür – wie bei anderen Methoden auch – keine Garantie gibt. Versuche mit verschiedenen Zellarten hätten gezeigt, dass ein Großteil der eingefrorenen Zellen nach dem Auftauen wieder normal funktionstüchtig ist. Wildt sieht die Methode als Chance für betroffene Frauen, auch unter Zeitdruck die Weichen für ein Leben mit Kind stellen zu können.

Zur Kryokonservierung wird inzwischen etwa die Hälfte des Eierstockgewebes vor dem ersten bzw. späteren von dem zweiten Chemotherapiezyklus entnommen. Allerdings glaube man mit mehreren eierstockgroßen Stücken das Auslangen finden zu können, doch die Erfahrung hat gezeigt, dass die heutigen Chemotherapien bei auf wenige Ausnahmen die Funktion der Eierstöcke komplett zerstören.

Wenngleich sich durch den Fruchtbarkeitsverlust dank Kryokonservierung neue Chancen für Betroffene auftun, gibt es auch eine Kehrseite der Medaille, die der Mediziner nicht verschweigt: „Es ist nicht auszuschließen, dass sich in bestimmten Fällen im entnommenen Eierstockgewebe Tumorzellen befinden, die bei einer Reimplantation wieder in den Körper der Patientin eingepflanzt werden. Dazu laufen derzeit Forschungsprojekte“, sagt Wildt. Hierbei wird im Eierstock-

info fratz

Andere Methoden für Krebspatientinnen mit Kinderwunsch

Neben der Kryokonservierung von Eierstockgewebe wird eine medikamentöse Behandlung angeboten, die bei einer Chemotherapie oder Bestrahlung die Eierstöcke schützen soll. Es handelt sich dabei um eine Hormontherapie, die laut Wildt gerade bei Krebserkrankungen, jedoch weniger effektiv zu sein scheint.

Bei einer Bestrahlung des Beckens können die Eierstöcke bestrahlt werden. Die Organe wölben sich von den Strahlen ab und können sich nach Angaben des Mediziners aber als „schützend“.

Wird der Patientin bei der Krebsbehandlung noch ein gewisser Zellschutz, so können Eierstocke konserviert werden. Gibt es einen hohen Pubertät ist es möglich, Embryonen zu erzeugen, zu lagern und nach erfolgreicher Krebsbehandlung einzupflanzen.

Weitere Infos:

Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in Innsbruck
Anschloß: 48, 6010 Innsbruck
Tel: 0531/304-23276
www.kinderwunsch-zentrum.at

gewebe nach Markern für Tumorzellen gesucht. Zudem arbeitet man daran, die Eierstockzellen im Reagenzglas helfen zu lassen.

In Österreich wird die Kryokonservierung von Eierstockgewebe derzeit ausschließlich an der Innsbrucker Universitätsklinik durchgeführt. Das Angebot besteht bereits seit 2003. Weltweit gibt es, laut Wildt, acht erfolgreich umgesetzte Schwangerschaften. Die Befruchtung erfolgte teils auf natürlichem, teils auch auf künstlichem Wege. „Es ist eine Behandlung ohne Erfolgsgarantie“, hebt Wildt hervor. Aber: „Frauen erhalten hier eine Option für die Zukunft.“

SEHR BEQUEM UND SICHER



„Immer mehr Frauen fragen nach innovativen Verhütungsalternativen zur Pille.“

Dr. Stephanie Frieß
Universitätsklinik Innsbruck

Immer mehr Frauen fragen nach dem Verhütungsring. Mit dieser effizienten Methode muss die Frau nur 1 x im Monat an Verhütung denken.

Nur 1 x im Monat. Univ.-Prof. Dr. Fegarter, AKH Wien: „Mit dem Verhütungsring muss die Frau nur 1 x im Monat an Verhütung denken und ist ebenso sicher vor einer Schwangerschaft geschützt wie mit der Pille. Der Vaginalring gibt drei Wochen lang kontinuierlich eine geringe Menge an Hormonen ab und verhindert so den Eisprung. Nach einer ringfreien Woche, in der die Regelblutung ein-

tritt, wird ein neuer Ring eingesetzt. Der Schutz besteht für den gesamten Monat. Der Ring ist einfach zu handhaben, die Frau kann ihn selbst einsetzen und entfernen. In meiner Praxis fragen mich immer mehr Frauen nach dem Vaginalring – ein Zeichen für die hohe Zufriedenheit.“

Beratung. Der Verhütungsring ist ein rezeptpflichtiges Arzneimittel und kann, wie jedes Medikament, uner-

wünschte Nebenwirkungen haben. Lassen Sie sich von Ihrer/m Frauenärztin/arzt beraten! – Mit freundlicher Unterstützung von AIESCA Pharma.



Februar 2010 Weekend Magazin

Erste „Brustschwestern“ Österreichs ausgebildet

Am Innsbrucker AZW schließen heute die ersten auf Brustkrebs spezialisierten Krankenschwestern ihre Ausbildung ab.

Von Kathrin Siller

Innsbruck – Acht Monate lang haben sich 19 Krankenschwestern auf den heutigen Tag vorbereitet: Sie schließen nämlich ihre Ausbildung zu Österreichs ersten „Breast Care Nurses“ („Brustschwestern“) ab. Es handelt sich dabei um ein neues Berufsbild, das bereits in zahlreichen europäischen Ländern etabliert ist. Breast Care Nurses sind speziell für die Betreuung von Brustkrebs-Patientinnen trainiert. „Die Ausbildung am AZW in Innsbruck erfolgte nach EU-weit geltenden Kriterien“, erklärt Ausbildungsleiter Harald Tamerl.

Dementsprechend spezialisierte Krankenschwestern werden immer wichtiger, ist doch das Mammakarzinom die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, Tendenz steigend: 4600 Frauen erkranken in Österreich jährlich an Brustkrebs, in Tirol sind es 340 Neuerkrankungen pro Jahr.

Ein interdisziplinäres Team von Experten unterrichtete die diplomierten Kranken-



Harald Tamerl (Mitte) leitete die Ausbildung zur Breast Care Nurse, die u. a. von Karin Alber (l.) und Evelin Marcher (r.) absolviert wurde. Foto: Siller

schwestern: Pflegefachleiter, Onkologen, die führende deutsche Breast Care Nurse Sara Marquard, Hospizleiter, der Innsbrucker Gynäkologin Univ.-Prof. Christian Marth.

„Es war beeindruckend“, freut sich die Innsbrucker Schwester Karin Alber. „Bereits nach kurzer Zeit habe ich ganz anders gearbeitet. Ich konnte den Patientinnen mehr erklären, sie besser beraten. Ich wusste von neuen

Studien, lernte, wie man mit Angehörigen spricht. Oft sind eben wir Krankenschwestern das Sprachrohr, denen sich Patientinnen anvertrauen.“

Evelin Marcher kam für die Ausbildung extra aus Klagenfurt. Sie profitierte besonders vom Austausch mit den anderen. „Die gesamte Ausbildung ist darauf angelegt, dass wir die Lebensqualität der Patientinnen verbessern können“, fasst sie zusammen.

Wer im Körper die Fäden zieht

Hormone sind die unsichtbaren Arbeiter, die den Körper auf Trab halten. Der Innsbrucker Arzt Ludwig Wülfel gibt einen Einblick in die Welt der weiblichen Geschlechtshormone und erklärt, was passiert, wenn sie aus dem Lot geraten.

Von Kathrin Stiller

Inszenierte – Das wie sich leben und aufbauen, verändern wir dem Hormon. Gesteuert durch den Körper (eigentlich die Hypothalamus-Hypophysen-Achse) steuert das Hormon die Fortpflanzung und die Fortpflanzung. Das Hormon steuert die Fortpflanzung und die Fortpflanzung. Das Hormon steuert die Fortpflanzung und die Fortpflanzung.

Hormone spielen eine zentrale Rolle bei der Regulation der Fortpflanzung, z.B. bei der Fortpflanzung. Hormone spielen eine zentrale Rolle bei der Regulation der Fortpflanzung, z.B. bei der Fortpflanzung.

Hormontherapien – Hormontherapien sind heute nur Frauen mit Wechseljahrsbeschwerden.

von Prof. Ludwig Wülfel

Wenn im Hormon gestört wird, die Hypophysenhormone (HGH, GH, GH, GH) steuern, die die Hormonproduktion steuern, die die Hormonproduktion steuern, die die Hormonproduktion steuern.

Die Hormonproduktion ist gestört, die Hormonproduktion ist gestört, die Hormonproduktion ist gestört, die Hormonproduktion ist gestört.

Die Hormonproduktion ist gestört, die Hormonproduktion ist gestört, die Hormonproduktion ist gestört, die Hormonproduktion ist gestört.

Häufig sind aber hormonelle Defekte die Ursache für Fruchtbarkeitsstörungen. In

etwa einer halben Dosis Hormone, die die Fortpflanzung steuern, die die Fortpflanzung steuern, die die Fortpflanzung steuern.

Nach der Hormontherapie, die die Fortpflanzung steuern, die die Fortpflanzung steuern, die die Fortpflanzung steuern.

Die Hormontherapie ist gestört, die Hormontherapie ist gestört, die Hormontherapie ist gestört, die Hormontherapie ist gestört.

Hormontherapie ist gestört, die Hormontherapie ist gestört, die Hormontherapie ist gestört, die Hormontherapie ist gestört.

Hormontherapie ist gestört, die Hormontherapie ist gestört, die Hormontherapie ist gestört, die Hormontherapie ist gestört.



Geschlechtshormone werden in der Hypophyse produziert und werden über den Körper verteilt.

Prof. Wülfel

17. März 2010 TT

Urteil bringt neue Hoffnung für unfruchtbare Paare

Zwei Methoden der künstlichen Befruchtung, die bisher in Österreich verboten waren, könnten aufgrund eines Gerichtsurteils in Zukunft gestattet werden.

Von Christian Wille

Innsbruck – Eine weibliche Halbinde paart zwei homosexuellen Paaren, die für die Erfüllung ihres Kinderwunsches einen jahrelangen Rechtskampf in Kauf nehmen, und nutzt seinen Körper als Surrogat. Das von dem Verfassungsgerichtsurteil vom 27. Juni 2010 ermöglichte so werden. Jedoch ist es nicht sicher, ob zwei Verurteilte jemals Kinder bekommen werden. Über eine Entscheidung darüber hat nun der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg entschieden. Und während die österreichische Regierung die künstliche Befruchtung in Form von Eizellen- und Spermien-Donation in Zukunft gestatten will, ist die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte von großer Bedeutung.

„Zunächst der halbinde Frau konnte keine Kinder bekommen, weil die Eizellen aufgrund der Mangelbildung nicht befruchtbar sind. Das Paar befruchtete daher die Eizellen künstlich, die in der Gebärmutter der Frau im Reagenzglas zu einem Embryo heranreifen. Dieser ist in einer In-vitro-Fertilisation in Österreich nicht zulässig, weil der Samen des Partners der befruchteten Frau gesteuert. Das ist nicht biologisch und ist ein Verstoß gegen die Würde des Menschen. Das macht es für einen Österreichler, der die Sperma im Reagenzglas selbst in die Gebärmutter bringt“, heißt es im Urteil.

„Das ist nicht biologisch. Was macht es für einen Unterschied, ob das Spermium im Reagenzglas oder in der Gebärmutter kommt?“

Das ist die Frage, die das Gericht stellt.

„Das ist eine Frage, die nicht nur die Wissenschaftler, sondern auch die Ärzte beantworten müssen. Das ist eine Frage, die nicht nur die Wissenschaftler, sondern auch die Ärzte beantworten müssen. Das ist eine Frage, die nicht nur die Wissenschaftler, sondern auch die Ärzte beantworten müssen.“



Im Reagenzglas ist die Eizelle befruchtet und wird dem Samen des Partners des befruchteten Paares zugeführt.

„Das ist nicht biologisch. Was macht es für einen Unterschied, ob das Spermium im Reagenzglas oder in der Gebärmutter kommt?“

Das ist die Frage, die das Gericht stellt.

„Das ist eine Frage, die nicht nur die Wissenschaftler, sondern auch die Ärzte beantworten müssen. Das ist eine Frage, die nicht nur die Wissenschaftler, sondern auch die Ärzte beantworten müssen.“

„Das ist nicht biologisch. Was macht es für einen Unterschied, ob das Spermium im Reagenzglas oder in der Gebärmutter kommt?“

Das ist die Frage, die das Gericht stellt.

„Das ist eine Frage, die nicht nur die Wissenschaftler, sondern auch die Ärzte beantworten müssen. Das ist eine Frage, die nicht nur die Wissenschaftler, sondern auch die Ärzte beantworten müssen.“

„Das ist nicht biologisch. Was macht es für einen Unterschied, ob das Spermium im Reagenzglas oder in der Gebärmutter kommt?“

Das ist die Frage, die das Gericht stellt.

„Das ist eine Frage, die nicht nur die Wissenschaftler, sondern auch die Ärzte beantworten müssen. Das ist eine Frage, die nicht nur die Wissenschaftler, sondern auch die Ärzte beantworten müssen.“

Baby des Tages



Truong und Harald Rechner mit Christina und Luca.

Luca Thien-An ist das Gottesgeschenk

Innsbruck – Baby Luca Thien-An heißt „das Gottesgeschenk“. Und das ist es für Truong und Harald Rechner. Luca ist in der Innsbrucker Klinik unter Wasser zur Welt gekommen, mit 2900 g und 46 cm. Schwester Christina kann sich am neuen Bruder kaum satt sehen. (srl)

7. April 2010 TT

16. April 2010 TT



Gabriele Mairhofer und Alois Auer mit Julian, Herwig und Renate Desch mit Magdalena. Foto: Kammrathbauer

Frisch gebackenes Mutterglück

Der allererste Muttertag: Zwei Neo-Mamas erzählen von der großen Neuheit in ihrem Leben.

Innsbruck – Auf der Geburtsstation der Innsbrucker Klinik sieht man fast nur freudestrahlende Gesichter. Kein Wunder, halten doch die frisch gebackenen Mamas ihre wenige Stunden oder Tage alten Babys im Arm und können vom Anblick ihres kleinen Lieblings gar nicht genug bekommen. „Ich muss ihn dauernd anschauen“, sagt Gabriele Mairhofer (34) mit einem Leuchten in den Augen. Ihr Julian kam ganz unkompliziert zur Welt. „Er hatte es fast ein bisschen eilig“, erzählt die stolze Mama. Und auch Papa Alois Auer (33) kann sich von seinem Sohnmännchen nur schwer trennen. Bei der Geburt des Kleinen war der Vater natürlich dabei. „Das

ist so unbeschreiblich, irgendwie noch immer fast unwirklich“, schildert er das Erlebte.

„Ich wollte den Kleinen unbedingt sofort sehen und hab mich auch gleich total in ihn verliebt. Er riecht so gut“, schwärmt die Mutter. Ein wenig eigenartig sei es schon, Julian jetzt plötzlich nicht mehr im Bauch zu spüren, erzählt sie. „Das war ein sehr schönes Gefühl, seine Bewegungen und Tritte zu spüren.“ Auf ihr erstes Kind hatten sich die beiden sehr gefreut. Eigentlich war es zwar erst für einen späteren Zeitpunkt geplant, aber jetzt ist es trotzdem perfekt, sind sie voll und ganz überzeugt. Riesiges Babyglück, sagt auch das Strahlen in ihren Augen.

Einen Tag vor dem 45. Geburtstag von Papa Herwig Desch kam Magdalena per Kaiserschnitt zur Welt. „Es hat mich überwältigt, das eigene Kind in den Armen zu halten“, erzählt die überglückliche Mutter Renate Desch. Von Freun-

dinnen kannte sie zwar die Berichte „von einem großartigen Muttergefühl, das mit nichts vergleichbar ist“. Ein dankbarer Blick auf Magdalena und die Erinnerung an die Geburt treiben ihr Tränen des Glücks in die Augen.

Dass Renate Desch mit 40 Jahren ihr erstes Baby zur Welt bringt, hat mehrere Gründe. Erst vor fünf Jahren begegnete sie ihrer großen Liebe.

Herwig Desch notierte alle Empfindungen zur Schwangerschaft seiner Frau in einem Tagebuch, begleitete sie zu jedem Arzttermin. Und stand ihr bei, als sich ab der 20. Schwangerschaftswoche schwere Probleme abzeichneten.

Als die stärkste emotionale Empfindung beschreibt er den Moment, als er Magdalena zum ersten Mal in den Armen hielt. Heiß und kalt ist ihm geworden und ein unendliches Glücksgefühl habe ihn durchströmt. Heute wird der erste Muttertag gefeiert. (stk, mazz)

9. Mai 2010 TT

Promis machen es vor: Zahl der Kaiserschnitte steigt

Tirol ist inzwischen an vierter Stelle bei der Quote an Kaiserschnitten.
Ob damit der Plafond erreicht ist – darüber scheiden sich die Geister.

Innsbruck – Kaiserschnitt ja oder nein – das ist vielfach nicht nur eine medizinische, sondern auch ideologische Diskussion. Und deren Zahl steigt. Im Österreichschnitt sind es 28% aller Entbindungen. Das zeigen die Daten des Gesundheitsministeriums aus 2008. In Tirol liegt die Quote bei 29,4 Prozent, im Jahr 2000 waren es noch 16 Prozent.

Die von der WHO propagierten 15% sind für den Oberarzt der Klinik Innsbruck Siegfried Fessler unrealistisch: „Hier fragt man sich, welche Säuglingssterblichkeit man akzeptiert. Tirol hat eine der niedrigsten. Man muss sich auch die Rechtsprechung anschauen. In Österreich darf nichts passieren. Geburtshilfe ist das meiste geklagte Gebiet.“

Sobald die erste Geburt ein Kaiserschnitt sei, seien weitere vorprogrammiert. „Außerdem nimmt die Zahl der Mehrlingsgeburten massiv zu. Und mit dem pränatalen Zentrum haben wir höhere Raten an Kaiserschnitten“, sagt Fessler. Hinzu kämen die Wunschkaiserschnitte. Den Plafond sieht Fessler hier erreicht.

Bernhard Auer, Fachgruppenobmann der Gynäkologen verweist dazu aber auf den jüngsten Kongress: Danach sei der Plafond noch lange nicht erreicht. „Die Operation Kaiserschnitt hat ihren Schrecken verloren. Und die Erwartungshaltung ist, dass nichts passieren darf, somit geht es Richtung Kaiserschnitt.“

Studien würden laut Gynäkologen Peter Hintermüller



Mehrlingsgeburten sollen eine der Ursachen für die hohe Zahl der Kaiserschnitte sein.

Andreas Rapp

ler jedoch zeigen, dass die natürliche Geburt die beste ist. Damit glaubt er an einen Rückgang. Nur die Zahl der Wunschkaiserschnitte von Frauen ist verantwortungsvollen Jobs mit engem Zeitplan vermutet er im Steigen. Zusätzlich weist Hintermüller auf Testimoniale hin: „Prominente entbinden bereits in der 36. Woche, damit sie keine Schwangerschaftsstreifen bekommen.“ Deren Kinder sind noch nicht reif, somit gilt der Satz von Auer hier nicht. „Unter dem Strich ist es egal, wie das Kind auf die Welt kommt: Hauptsache gesund.“ (mfr)

Entbindungen in Tirol

Summe: Im Jahr 2000 wurden in Tirol 7003 Kinder entbunden, davon 16 Prozent mit einem Kaiserschnitt. Im Jahr 2008 waren es 7530 Kinder, von denen 27,3 Prozent per Kaiserschnitt entbunden wurden. Und im Jahr 2008 betraf dies 29,4 Prozent der 6786 Kinder.

LKH Innsbruck: Während es im Jahr noch 21,7% an Kaiserschnitten bei 2030 Entbindungen waren, stieg der Prozentsatz bis zum Jahr 2008 auf 38,7 Prozent von 1856.

BSRV Sanatorium Innsbruck: Von 205 Geburten wurden 39,9% per Kaiserschnitt im Jahr 2008 auf die Welt geholt.

BKH Reutte: Vor zehn Jahren lag die Zahl der Entbindungen bei 688, die Kaiserschnittquote bei 14,5%. Im Jahr 2008 stieg sie auf 31,5%.

BKH Schwaz: Hier stieg der Anteil der Kaiserschnitte von 12,7 Prozent im Jahr 2000 auf 36 Prozent im Jahr 2008. Geboren wurden hier 726 bzw. 683 Kinder.

Baby des Tages



Der kleine Benjamin mit Mama Karoline und Papa Oliver.

Klein Benjamin ist der dritte im Bunde

Innsbruck – Familienzuwachs bekam Familie Schwitzer aus Hötting. Der jüngste Spross Benjamin erblickte am 30. Juli in der Innsbrucker Klinik das Licht der Welt. Mama Karoline ist wohllauf und Papa Oliver freut sich über den Junior, mit dem er bald einmal Fußball schauen gehen will. Und auch Julia und Florian sind gespannt auf ihren Bruder. (zfp)

Baby des Tages



Elisabeth Kamleitner mit Esther und Baby Tobias.

Esther ist jetzt die große Schwester

Innsbruck – Tobias Kamleitner hat in der Klinik Innsbruck das Licht der Welt erblickt, mit 3375 g und 49 cm. Schwester Esther freute sich, dass ihr Bruder bei ihrer Geburtstagsfeier schon dabei sein konnte. Sie ist am 1. September zwei Jahre alt geworden und mächtig stolz auf ihren kleinen „Buda“, erzählen die glücklichen Eltern Elisabeth und Harald Kamleitner.

2. August 2010 TT

6. September 2010 TT

Editorial

Gynäkologische Tumore in der Palliativsituation

Metastasierte Ovarial- und Zervixkarzinome sind nach wie vor mit schlechter Prognose assoziiert. Dennoch kann in einer gezielten Therapie auch in der Palliativsituation gelingen, die Erkrankung zu stabilisieren, ohne dabei die Lebensqualität zu beeinträchtigen.

Ein Chemotherapeutikum der ersten Wahl zur Behandlung des fortgeschrittenen Ovarial- und Zervixkarzinoms ist Topotecan eine Substanz, die seit vielen Jahren eingesetzt wird. Die Wirksamkeit von Topotecan in der gynäkologischen Palliativsituation konnte in zahlreichen klinischen Studien umfassend dokumentiert werden. Randomisierten Studien suchen die gute Verträglichkeit von Topotecan im klinischen Alltag.



Durch den jahrelangen Einsatz von Topotecan verfügen wir aber auch über umfangreiche Erfahrung mit der Verträglichkeit dieser Substanz. Die Nebenwirkungen von Topotecan sind vorhersehbar und daher in der Regel gut beherrschbar. In Österreich wird Topotecan entsprechend der Zulassung als 30-minütige Infusion an den Tagen 1 bis 5 alle drei Wochen verabreicht. International setzt sich jedoch immer mehr ein alternativer, patientenfreundlicherer Dosierungsschema durch. Diese wöchentliche Gabe ist für die Compliance der Patientinnen in der Palliativsituation besonders hilfreich.

Aufgrund der Kombination von guter Verträglichkeit mit exzellenter Wirksamkeit ist Topotecan ein wichtiger Zytostatikum in der Behandlung des Ovarial- und Zervixkarzinoms. Vor allem in der Palliativsituation, wenn eine Kuration nicht mehr möglich ist, wird die gute Verträglichkeit für die Patientinnen wiederergründet wichtig. Besonders zu bedenken ist auch die gute Lipoingängigkeit von Topotecan.

Univ.-Prof. Dr. Christiane Marth
Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Innsbruck
Beratungsmittglied der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie (AGO)

10.

Oktober 2010 krebs:hilfe



UMIT-Skandal, Warnungen zu Mängeln wurden unter den Tisch gekehrt.

Seite 2

Sonntag, 3. Oktober 2010 06:10 Uhr | Sonntag | Nummer 272

Preis: monat 6,90 € / Ausland 6,10 €



Zu früher Start ins Leben

Die Geburtenzahl geht in Tirol zurück, die Zahl der Frühgeborenen steigt hingegen stark. Allein im Vorjahr kamen 2448 Babys zu früh auf die Welt. An der Klinik Innsbruck muss jetzt die Neonatologie ausgebaut werden.

33 Werte dazu auf Seite 6



IN WETTER

Föhnig. Es scheint meist die Sonne bei Temperaturnoten bis zu 21 Grad. **Seite 42**

Klein (R) aus Zill

Wie viel Einkommen einer verdient hat

IN WIEN WÄHLT

Kampf um Wien. Am kommenden Sonntag wählt Wien. Der Wahlkampf wurde zum ungelichen Machi-König gegen Strache. **Seite 34**



3. Oktober 2010 Tiroler Tageszeitung am Sonntag

Tirol

„Meine Kinderwelt hat nach dem Geruch der Wälder und den Händen der Großmutter geschmeckt.“
Ernst Engelmann



4806 Paare und 5595 Versuche, schwanger zu werden, zeigt die Statistik des Bundesinstituts für Gesundheitswesen. Foto: iStockphoto

Fünftel bleibt kinderlos

Von Brigitte Wimmerl

Innsbruck/Wien – Rund 20 Prozent aller Eltern bleiben in Österreich ungewollt kinderlos, zeigt die Statistik des Bundesinstituts für Gesundheitswesen (BfG). Die Ursachen hierfür liegen laut ÖHIG zu 60 Prozent beim Mann, zu 26 Prozent bei der Frau und zu 12 Prozent bei beiden. 4806 Paare versuchten 2009 in Österreich, mit In-vitro-Fertilisation (IVF) doch noch Eltern zu werden.

Die Kosten für die Behandlung werden zu 70 Prozent vom Bund durch den IVF-Fonds übernommen. Dass es den Zuschuss aber nur für vier

Versuche gibt, kritisiert der Tiroler Reproduktionsmediziner Josef Zech. „Damit geraten die Frauen unter unheimlichen

„Weil es nur für vier Versuche Geld gibt, geraten Frauen unter Druck.“

innat Zech

Druck.“ Forderungen, wonach wie in den skandinavischen Ländern nur mehr ein Embryo in die Gebärmutter transferiert werden darf, unterstützt Zech nicht. „So werden die Paare in fragestellige Kliniken u. a. in Tschechien getrieben, wo man den Embryotransfer überhaupt nicht kontrolliert“, wenn Zech, der in seiner Klinik meistens einen Embryo und manchmal zwei Embryonen transferiert. Da diese Versuchszahl in Österreich nicht verbindend festgelegt ist, will das Gesundheitsministerium mit der Leitlinie „junger“ normalisieren.

Weiter geht's für Österreich!
Siehe Seite 21

Späte Geburt: Zu

Ältere Mütter, mehr Mehrlinge und Frühchen in Tirol: Nach Engpässen wird die Neonatologie an der Klinik Innsbruck ausgebaut.

Von L. Fischer und R. Wimmerl

Innsbruck – 435 Gramm Geburtsgewicht, ein eiserner Lebenswille, ein engagiertes Ärzte- und Pflegepersonal und die ständige Angst der Eltern, dass bleibende Schäden nicht ausgeschlossen sind.

Obwohl sich die Überlebenschancen selbst von ganz kleinen Frühchen in den letzten Jahren deutlich erhöht haben, lag die Sterberrate bei Kindern, die in der 24. Schwangerschaftswoche geboren wurden, 2007 bei 40 Prozent, „in der 28. Woche aber bereits unter 10 Prozent“, erzählt Ursula Kiechl-Kohlendorfer und Oberärztin Angela Karmann von der Gynäkologie einerseits die steigende Zahl der Mehrlingsgeburten durch künstliche Befruchtungen, andererseits aber auch das höhere Alter der Mütter, „immer mehr wollen sich ihren Kinderwunsch immer später erfüllen, und das bei erhöhtem Risiko“, weiß Karmann.

Was international schon länger zu beobachten ist, gilt auch für Tirol: Bei sinkenden Geburtenzahlen steigt die Zahl jener Babys, die zu früh auf

die Welt kommen (siehe Foto-Kasten rechts). Rund 20 Prozent der Geburten werden dabei aus medizinischen Gründen von Ärzten eingeleitet – in der Mehrzahl gibt es einen vorzeitigen Blasensprung oder aber das Baby „will einfach raus“.

Ein Grund für die steigenden Frühgeburten sind laut Kiechl-Kohlendorfer und Oberärztin Angela Karmann von der Gynäkologie einerseits die steigende Zahl der Mehrlingsgeburten durch künstliche Befruchtungen, andererseits aber auch das höhere Alter der Mütter, „immer mehr wollen sich ihren Kinderwunsch immer später erfüllen, und das bei erhöhtem Risiko“, weiß Karmann.

Eine Situation mit Folgen: Allein im vergangenen Jahr mussten neun Tirolesinnen ins KH Rosenheim ausweichen,

weil die Innsbrucker Neonatologie aus allen Nähten platze. Längere Aufenthaltszeiten, unter denen viele Eltern litten. Dabei ist die Neonatologie bereits in einem ersten Ausbauschritt deutlich erweitert worden. Jetzt folgt ein zweiter. Das betrifft sowohl die Neonatologische Normalisation als auch die Neonatologische Intensivstation. Und: Es kommen etwa fünf weitere Regelbetten für Eltern dazu, damit diese bei ihren Kindern übernachten können.

Die Intensivstation wird zudem frühlich enger an die Frauenklinik gedrückt. „Damit werden die Wege für die Fräuleinbären kürzer, eines vom Kaisersaal auf die Intensiv“, erklärt Pressesprecher Johannes Schwaiblmair. Die Vorbereitungsarbeiten für den Abschied der alten Kinderklinik beginnen heuer im November. Fertigstel-



Die Zahl der Mehrlingsgeburten steigt auch in Tirol – ein Grund: Immer mehr Frauen werden nach einer künstlichen Befruchtung schwanger. Die Risiko für eine Frühgeburt. Foto: iStockphoto

3. Oktober 2010 Tiroler Tageszeitung am Sonntag

Stadt entscheidet über Geld für Opfer

Nach dem Brand des Theaters Mühlbach in Tirolen am Zug. Man will hier den Empfehlungen des Landes folgen, damit können sie auch Entschädigungen für Opfer geben. Seite 10



Hundehalter auf die Schulbank

Anlässlich des Welttierschutztags am 4. Oktober kritisiert Inge Iseng die zunehmende Gefährdung von Tieren im Umgang mit Tieren. Die Hundehalter sollten einen Kurs besuchen. Seite 12

wenig Aufklärung über Risiko



Etwa 40 Prozent der sehr kleinen Frühchen, also unter 1000 g und unter 28 Wochen, brauchen eine längere medizinische Nachsorge. Spezialistin auf Frühgeburten und Risikoschwangerschaft: Prof. Ursula Kiechl-Kohlendorfer (li.) und Oberärztin Angela Ramoni. Foto: S. Krenn

lung des gesamten Kinder- und Herzentrums ist für 2015 geplant.

Mit einer zweiten Station, mehr Betten und Personal läuft man, künftig weniger Transfers in andere Kliniken machen zu müssen. Generell könne man die Überweisung in eine andere Klinik aber auch in Zukunft nie ausschließen.

Dass die Mehrlingsgeburten der steigenden Zahl von In-vitro-Fertilisationen zuzuschreiben sind und damit mehr Frühgeburten riskiert werden, ist laut Innsbrucker Reproduktionsmediziner Josef Zech falsch:

„Der Hauptgrund sind die stimulierenden Hormontherapien, die von vielen, viel zu wenig in dieser Materie ausgebildeten rheinbergelassenen Gynäkologen gemacht werden“, sagt Zech.

Dass Frauen, deren Kinderwunsch groß ist, „natürlich so viele Embryonen wie möglich befruchten vom Arzt einfordern, ist klar“, so Zech. „Meist müssen wir aber die Eltern hier richtig warnen und ihnen klarmachen, dass Zwillingen nicht nur süß sind. Das ist jahrelange beschwerliche Arbeit und die Risiken bei Mehrlingsgeburten

dürfen nicht vergessen werden“. Hier – also bei der Nachsorge ehemaliger Frühgeburten – setzt Kiechl-Kohlendorfer in Österreich noch Lücken. Je jünger und unreifer ein Kind, desto höher sei das Risiko für gesundheitliche Spätschäden. Für viele Familien geht der Kampf nach Entlassung des Babys von der Immunisation weiter. So hat sich in Studien gezeigt, dass auch relativ spät – also etwa in den Wochen 33 bis 35 – Geborene ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme hätten. Häufig sind etwa Lungenfunktionsstörungen betroffen,

das Risiko für Infektionen steigt. Auch die Gehirnentwicklung erleidet mitunter Schäden. So fällt in die Phase zwischen der 23. Schwangerschaftswoche und dem errechneten Geburtstermin ein wichtiger Teil dieser Entwicklung.

Als mögliche Spätschäden gelten Lernstörungen, Konzentrationschwächen oder auch Störungen der Motorik bis hin zu Intelligenzdefiziten. An der Tiroler setzt man seit 2003 auf eine standardisierte Nachbetreuung bis zum Schuleintritt: „Zum Glück hat sich gezeigt, dass sich

Geburten

Frühgeburten Jede Geburt vor Beendigung der 37. Schwangerschaftswoche gilt als Frühgeburt. 1990 waren es 1780 Babys, die in Tirol zu früh auf die Welt gekommen sind. Im Vergleich: Im Jahr 2009 waren es 2448 Babys.

Geburten 1991 war eine Tirolerin im Schnitt 29 Jahre bei ihrer ersten Geburt, 2009 fast 29. Fast verdoppelt hat sich gegenüber 1999 die Zahl jener Frauen, die zwischen 35 und 40 ihr erstes Kind bekommen (1176 im Jahr 2009).

Ab der 23. Woche haben Kinder heute mehr Chancen zu überleben – selbst Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1000 Gramm. Frühgeborene haben generell ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme und werden oft lebens lang betreut – jeder Tag im Mutterleib ist ein Gewinn.



doch relativ viele ehemalige Frühchen sowohl motorisch als auch kognitiv gut und altersentsprechend entwickeln“, so Kiechl-Kohlendorfer.

3. Oktober 2010 Tiroler Tageszeitung am Sonntag

Brustkrebsakademie: Hochkarätige Referenten

Mehr Wissen

„Die letzten Vorbereitungen für die 3. Brustkrebsakademie „Diplompatientin“ am 30. Oktober in der Eurac laufen auf Hochtouren. Gesunde Frauen und an Brustkrebs erkrankte Frauen sind eingeladen, sich bei dieser einmaligen Wissensakademie rund um das Thema die neuesten Informationen aus erster Hand zu holen.



Die Frauen Rosa Schuch, die dritte Gastgeberin der „Diplompatientin“, Prof. Christian Marth, Martina Ladurner und Erika Langer (v. l.).

Leiter der Onkologie des Policlinico S. Orsola, und aus Mailand der ärztliche Leiter des Brustzentrums in Bozzen, Wolfgang Gatzemeier. Aus Heggensberg kommt der Leiter der plastischen Chirurgie Prof. Lukas Prantl. Sabrina Metzner vertritt die Deutsche Sporthochschule Köln, die Psychologin Anne Übergangenberger arbeitet an der Uniklinik Innsbruck. Wieder mit dabei ist der Vorstand der Uniklinik für Frauenheilkunde Innsbruck, Prof. Christian Marth, und aus Südtirol referieren Florian Vogl, Oberarzt an der Gynäkologie in Meran, und Alexander Gardetti, Leiter der Abteilung plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie.

Sie alle werden bei der Diplompatientin neueste Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Brustkrebsforschung in Sachen Behandlung, Therapie und Nachsorge in einer patientenorientierten Sprache präsentieren.

Die Tagung beginnt um 9 Uhr und dauert bis 18 Uhr; die Teilnahme ist kostenlos. Eine Anmeldung ist aber erwünscht unter info@mamazine.it oder 335-6306353.

mamazine
FÜR FRAUEN MIT UND OHNE BRUSTKREBS

VERSTEHEN | HANDELN | WEITERSAGEN

PROJEKT DIPLOMPATIENTIN

3. Brustkrebs-Akademie Diplompatientin

Eine Wissensoffensive für Frauen mit und ohne Brustkrebs

Samstag, 30. Oktober 2010, 9.00 bis 18.00 Uhr
EURAC – Europäische Akademie, Dramaturgie 1, Bozen

Anmeldungen (kostenlos) 22. Oktober | Die Teilnahme ist kostenlos
Telefon: +39 0471 4706353 | info@mamazine.it | www.diplompatientin.it

amadeo eventis **Frau**

15. Oktober 2010 Die Südtiroler Frau

Baby des Tages



Margret Thaler ist stolz auf ihre süße Tochter Johanna. Foto: Dolomiten

2460 Gramm pures Babyglück

Innsbruck – Überraschend schnell wollte Johanna Thaler am 12. Oktober in den frühen Morgenstunden in der Innsbrucker Klinik das Licht der Welt erblicken. Mama Margret – Mitarbeiterin im Aboservice der *Tiroler Tageszeitung* – und Papa Gabriel Thaler aus Arzl freuen sich über ihr erstes Kind. (zfp)

15. Oktober 2010 TT

Ottobre: mese della prevenzione,
Sabato 30 il convegno "paziente diplomata"

"Mamazone" si mobilita nella lotta contro il tumore al seno

Coerenza, competenza, collaborazione - non questo motto l'associazione alfasudina "mamazone" - Donne e ricerca contro il tumore al seno? Inizia il mese della prevenzione del carcinoma mammario.

Anche quest'anno nel mese di ottobre noi di mamazone Alto Adige vogliamo sensibilizzare e informare sia donne sane sia donne affette dal carcinoma della mammella sottobosno Martina Ladurner, Erika Laner e Ursula Goldmann-Pesch. Il tumore al seno rimane la causa di morte più frequente nelle donne. In Europa e nei paesi dell'America settentrionale il numero delle persone affette da carcinoma della mammella è in continuo aumento. Ma nel contempo diminuisce la mortalità grazie a una diagnosi precoce e a precisi standard qualitativi e a terapie con farmaci di ultima generazione.

"Mamazone" nel mese della prevenzione contro il tumore al seno lancia nuovamente la richiesta di un programma di screening mammografico già a partire dai 40 anni di età perché sempre più donne giovani si devono confrontare con la diagnosi di cancro della mammella. Inoltre, "mamazone" richiede terapie conformi a precisi standard qualitativi e un follow-up a misura della paziente.

Con la conferenza sul tumore al seno "paziente diplomata", giunta quest'anno alla terza edizione e in programma a Bolzano sabato 30 ottobre presso l'Eurac, "mamazone" sostiene tutte le donne in cura e di visitare pazienti informate e attive. Nove relazioni illustrate, in un linguaggio semplice alla portata anche dei non esperti in materia, i progressi nella ricerca e le terapie moderne. La novità di quest'anno è l'incontro fra esperti organizzati da "mamazone" in una prima della paziente diplomata. Illustrati relatori provenienti dall'Italia e dall'estero presenteranno i più recenti aggiornamenti e risultati raggiunti in materia di diagnostica e terapia del carcinoma della mammella.

In questo modo "mamazone" Alto Adige afferma il suo ruolo di competenza con iniziativa indipendente di pazienti affette di tumore al seno.

CAPIRE | AGIRE | PASSARE PAROLA

PROJEKT DIPLOPATIENTIN

3^a Conferenza sul tumore al seno DIPLOPATIENTIN*

„Paziente diplomata“ - un seminario per donne con e senza tumore al seno

Sabato, 30 ottobre 2010, ore 9.00 - 18.00
EURAC - Viale Druso 1, Bolzano

Iscrizione entro il 22 ottobre - La partecipazione è gratuita
Telefono: +39 0461 836030 - info@mamazone.it

15. Oktober 2010 Corriere Alto Adige

Für gesunde und betroffene Frauen

BRUSTKREBS: „mamazone“ lädt zu „Diplompatientin“ und Expertentagung über neue Erkenntnisse zum Mammakarzinom

BOZEN „Durch Sensibilisierung und eine Wissensoffensive macht Mamazone auch in diesem Oktober gegen Brustkrebs mobil“, betonen Martina Ladurner, Erika Laner und Ursula Goldmann-Pesch von „mamazone“ Südtirol. So findet am 30. Oktober die Brustkrebs-Akademie statt, und am Vorabend gibt es eine Fachtagung.

Brustkrebs ist die häufigste Krebskrankheit bei Frauen. In Europa und Nordamerika rufen die Zahl der Betroffenen in den letzten Jahrzehnten an. Gleiches gilt es jedoch, die Verfügbarkeit an Brustkrebs zu senken. Grundlage dafür ist eine qualitätsgesicherte Früherkennung und die Behandlung mit modernen Medikamenten.

Mit der ältesten Wissensinitiative „Diplompatientin“ unterstützt „mamazone“ die Patientinnen dabei, von einer

Ein Team im Kampf gegen Brustkrebs (von links) Primar Herbert Hudelger, Erika Laner, Ursula Goldmann-Pesch und Martina Ladurner mit „mamazone“ Südtirol, Oberärztin Sonja Pader und Primar Arthur Scherer.

hundert Patientinnen zu werden. In zwei Fachworkshops werden bei der Brustkrebs-Akademie am 30. Oktober in der Eura:

aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und neue Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Neue in diesem Jahr ist die „mamazone“-Expertentagung

am 29. Oktober, also am Vorabend der „Diplompatientin“. Besondere Relevanz aus dem In- und Ausland stellen dem Fachpublikum und interessierten Laien Entwicklungen und Ergebnisse in Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms vor.

Damit erweitert „mamazone“ die Idee der „Diplompatientin“ auf ein Fachpublikum; zudem unterstützt die Tagung, dass die Patientinnen Initiative „mamazone“ auf diesem Gebiet auch eine Experten-Akademie.

Die Teilnahme an den Tagungen am 29. (ab 18 Uhr) und 30. Oktober (ab 9 Uhr) an der Eura: in Bozen ist kostenlos (Übernachtung etwa € 30-50 €).
- info@mamazone.it, Programm im Internet: www.mamazone.it

21. Oktober 2010 Dolomiten

mamazone e il mese della prevenzione del tumore al seno

Venerdì 29 un incontro tra e con gli esperti

Coerenza, competenza, collaborazione. Con questo motto l'associazione italiana "mamazone - donne e ricerca contro il tumore al seno" vuole sensibilizzare alle donne sane che donne affette dal carcinoma della mammella nonché informare il settore medico delle nuove tendenze nella diagnosi e terapia del cancro femminile più diffuso.

Nell'ambito della conferenza sul tumore al seno "patiente di primizia", in programma sabato 30 ottobre, "mamazone - donne e ricerca contro il tumore al seno" organizza per venerdì 29 ottobre, sempre all'Eurac di Bolzano, un incontro tra esperti per valutare le nuove tendenze nella diagnosi e nella terapia del carcinoma mammario.

Personal relatori presenteranno ai medici e agli interessati le testate più recenti aggiornamenti e risultati raggiunti in materia di diagnosi e terapia del carcinoma della mammella. Il convegno funge da forum, nel quale medico e pubblico possono dialogare tra loro e scambiarsi informazioni a livello scientifico. Il dottor Claudio Zamagni, direttore del Soc oncologia medica "Adda" del policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, parlerà della "terapia pre-operatoria (preooperatoria) del carcinoma mammario". Il professor Christian Muth, responsabile del reparto di ginecologia della clinica universitaria di Innsbruck, parlerà della "terapia operatoria del carcinoma mammario". Il professor Lukas Pinter, capodivisione del reparto di chirurgia plastica presso l'università di Ratisbona, parlerà delle "opportunità e rischi connessi al trapianto di tessuto adiposo". Questo due iniziative confermano l'importante ruolo di "mamazone" Aldo Adige nel realizzare progetti indipendenti a favore di pazienti affette da tumore al seno.

Informazioni

mamazone - donne e ricerca contro il tumore al seno

(0471) 500000 - www.mamazone.it - info@mamazone.it



Da sin. Prof. Dr. Claudio Zamagni, responsabile del reparto di oncologia medica, Soc oncologia medica "Adda" di Bologna, Prof. Dr. Lukas Pinter, capodivisione del reparto di chirurgia plastica presso l'università di Ratisbona, Prof. Dr. Christian Muth, responsabile del reparto di ginecologia della clinica universitaria di Innsbruck.

23. Oktober 2010 Corriere Alto Adige

Wissensoffensive gegen Brustkrebs

SÜDTIROL - Bereits in der 3. Auflage lädt „mamazone - Frauen und Forschung gegen Brustkrebs“ zur Brustkrebs-Akademie „Diplompatientin“. Durch diese geballte Wissensoffensive macht mamazone einmal mehr gegen Brustkrebs mobil. In neun Fachvorträgen werden bei der Brustkrebs-Akademie „Diplompatientin“ am 30. Oktober in der Eurac in Bozen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und neue Behandlungsmöglichkeiten in einer einfachen, verständlichen Sprache vorgestellt. Beispielsweise werden u.a. neue Techniken des Brustwiederbaus und die ästhetischen Aspekte in der rekonstruktiven Chirurgie, die Rolle der Komplementärmedizin in der onkologischen Behandlung, die Bedeu-



Die beiden Südtiroler „mamazone“ bzw. Organisatorinnen der Brustkrebs-Akademie „Diplompatientin“, Martina Ladamer (l.) und Erika Lamer.

tung von Sport nach Brustkrebs und die Bedeutung von klinischen Studien in der Krebstherapie. Die Teilnahme an der Tagung ist kostenlos; eine Anmeldung ist allerdings erwünscht, unter Tel. 335/5906353 oder info@mamazone.it. Das Programm gibt's unter www.mamazone.it.

VERSTEHEN | HANDELN | WEITERSAGEN

PROJEKT DIPLOMPATIENTIN

3. Brustkrebs-Akademie Diplompatientin

Eine Wissensoffensive für Frauen mit und ohne Brustkrebs

Samstag, 30. Oktober 2010, 9.00 bis 18.00 Uhr

EURAC - Europäische Akademie, Drausallée 1, Bozen

Anmeldungen innerhalb 22. Oktober - Die Teilnahme ist kostenlos

Telefon: +39 335 6306253 - info@mamazone.it - www.mamazone.it

Partner:

Frau

24. Oktober 2010 Zett

Baby des Tages



Mama Astrid Guller mit ihrem Sohnschein Victoria. Foto: Dolomiten

Victoria wollte nicht mehr länger warten

Innsbruck, Längenfeld – Fröhlich hatte es die kleine Victoria Guller, das Licht der Welt zu erblicken. Drei Wochen vor dem errechneten Termin überraschte die Erstgeborene Mama Astrid Guller und Papa Frank Hausegger aus Ötztal am 22. Oktober in der Innsbrucker Klinik. 2165 Gramm und 47 Zentimeter wurden als Daten in den Mutter-Kind-Pass eingetragen. (zlp)

28. Oktober 2010 TT

GESUNDHEIT

Brustkrebs-Wissen für Patientinnen und Ärzte



BOZEN. In neuen Fachvormägen werden bei der Brustkrebs-Akademie „Diplompatientin“ am Samstag, 30. Oktober wissenschaftliche Erkenntnisse und neue Behandlungsmöglichkeiten in einer einfachen patienten-nahen Sprache vorgetragen. Die Tagung richtet sich an gesunde und betroffene Frauen und dauert von 9 bis 18 Uhr. Tags zuvor, am Freitag, 29. Oktober, referieren Experten aus dem In- und Ausland für das interessierte Fachpublikum von 18 bis 20 Uhr zum Thema. Veranstaltungsort ist die Europäische Akademie in Bozen. Weitere Infos und Anmeldung: www.mamazone.it. Im Bild: Martina Ladurner (links) und Erika Laner von mamazone Südtirol.

27. Oktober 2010
Dolomiten

GESUNDHEIT

Wissen gegen Brustkrebs



BOZEN. Heute Abend (18 bis 20 Uhr) findet in der Europa-akademie die Expertentagung von „mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs“ statt. Morgen (ab 9 Uhr) gibt es unter dem Titel die „Diplompatientin“ neuen Fachvorträge über die neuesten Ergebnisse aus der Brustkrebs-Forschung. Interessierte können sich noch anmelden (335/66 06 35 3); alle Infos unter www.mamazone.it. (Im Bild: Martina Ladurner und Erika Laner von mamazone Südtirol).

29. Oktober 2010
Dolomiten

Prevenzione tumori al seno oggi argomento a Greenwich

BOLZANO. Quando si parla di tumore al seno, se si parla di prevenzione e sensibilizzazione si fa sempre una cosa buona. E si può fare anche attraverso le onde radiofoniche, come nel caso oggi di „Greenwich“, il programma radio della Rai bolzanina condotto da Carmela Marsibilo, sulle frequenze di Radiolus regionale (per Bolzano 92.3 e 98 mhz), con inizio alle ore 14.15. Oggi infatti „Greenwich“ andrà in onda dall'Eurise di Ponte Druso, mentre è in corso il convegno tematico, organizzato dalla locale associazione Mamazone - Donne e ricerca contro il tumore al seno, sodalizio particolarmente attivo proprio in termini di sostegno alle donne e di lavoro di prevenzione e sensibilizzazione. Nel corso del programma, con esperti italiani e stranieri si parlerà di prevenzione, sperimentazione clinica e delle nuove tecniche terapeutiche.

30. Oktober 2010
Alto Adige Vivi Bolzano

mamazone: Wissensoffensive und Expertengespräche in der Eurac / Brustkrebs: Neue Trends

Die neue Möglichkeiten der Früherkennung und Behandlung von Brustkrebs ging es bei einer zweitägigen Veranstaltung der Initiative „mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs“.

Felix Brugger

EURAC – Die Wissensoffensive für Frauen mit und ohne Brustkrebs ist ein Beitrag von mamazone in Südtirol im Brustkrebswochen Oktober. Interessierte und Betroffene aus dem ganzen Land, aber auch aus Nordtirol und Oberitalien fanden sich gestern zur mittlerweile dritten Auflage der „Brustkrebs-Akademie Diplompatientinnen“ an der Eurac in Bozen ein.

„Die Frauen verstecken sich nicht mehr hinter dem Tabu“, sagte Erika Lauer, Ansprechpartnerin von mamazone in Südtirol. Die Frauen wollen von der Behandlung zur Handlung



Informierten über Brustkrebs: (v.l.): Prof. Christian Marth, Martina Ladner und Erika Lauer von mamazone, Dr. Claudia Zanagel und Prof. Lukas Prantl.

Patientin werden – vor „Diplompatientin“, die es wissen will und die auch Verantwortung für ihre Behandlung übernimmt.

„mamazone begleitet die Frauen auf diesem Weg“, sagte Martina Ladner, die Initiatorin der Südtiroler Organisation.

Denn es genüge nicht, Diagnostik und Diagnose und Therapie in Empfang zu nehmen. Jeder Krebs, jede Patientin sei anders, und die große Herausforderung bestehe darin, die richtige, auf die Patientin abgestimmte Behandlung zu finden.

31. Oktober 2010 Südtirol

Corriere dell'Alto Adige - Venerdì 29 Ottobre 2010

Bozen e Provincia

La salute delle donne Giornata informativa. L'obiettivo: ampliare lo screening offerto dalla Provincia anche alle quarantenni

Tumori al seno, quattrocento casi ogni anno

L'impegno dell'associazione «Mamazone». «La prevenzione è l'arma vincente»

BOZENO – L'area sanitaria di Bozen è uno degli epicentri di tumori al seno, quattrocento casi ogni anno. L'associazione «Mamazone» si batte per aumentare lo screening offerto dalla Provincia anche alle quarantenni.



Informazione: Christian Marth, Erika Lauer, Claudia Zanagel, Martina Ladner e Lukas Prantl.

«La prevenzione è l'arma vincente», sostiene Erika Lauer, presidente dell'associazione «Mamazone». L'obiettivo è ampliare lo screening offerto dalla Provincia anche alle quarantenni. L'associazione si batte per aumentare lo screening offerto dalla Provincia anche alle quarantenni.

La prevenzione è l'arma vincente, sostiene Erika Lauer, presidente dell'associazione «Mamazone». L'obiettivo è ampliare lo screening offerto dalla Provincia anche alle quarantenni.

La prevenzione è l'arma vincente, sostiene Erika Lauer, presidente dell'associazione «Mamazone». L'obiettivo è ampliare lo screening offerto dalla Provincia anche alle quarantenni.

La prevenzione è l'arma vincente, sostiene Erika Lauer, presidente dell'associazione «Mamazone». L'obiettivo è ampliare lo screening offerto dalla Provincia anche alle quarantenni.

La prevenzione è l'arma vincente, sostiene Erika Lauer, presidente dell'associazione «Mamazone». L'obiettivo è ampliare lo screening offerto dalla Provincia anche alle quarantenni.

80 Dieci anni fa, nel 2000, la Provincia di Bozen ha istituito lo screening per il tumore al seno. Da allora, il numero di diagnosi precoci è aumentato del 40 per cento.

Laner: „Frauen verstecken sich nicht mehr hinter dem Tabu“

in der Diagnose und Therapie



Die Tagung in der Kurze sind auf großes Interesse.

Die Bilanz ist positiv: Die Erkrankungsabfuhr sinkt, immer mehr Mammakarzinome werden früh erkannt und immer besser werden die Heilungschancen. Das beste Mittel gegen Brustkrebs ist und bleibt die Früherkennung.

An ein Fachpublikum richteten sich die Expertengespräche, die heute erstmals als ergänzendes Angebot ins Programm genommen wurden. Über die präoperative Therapie – etwa bei großen Tumoren – sprach Claudia Zamagel, Leiter der Onkologischen

Abteilung am Poliklinikum S. Orsola Malpighi (Bologna). Dass in Zukunft weniger und vielleicht gar nicht mehr operiert werden muss, stellte Professor Christian Marth, Vorstand für Frauenheilkunde an der Universitätsklinik Innsbruck, in Aussicht (siehe Interview rechts).

Über Eigenfetttransplantationen und den darin enthaltenen Stammzellen zur Brust-Wiederherstellung nach der OP sprach Professor Lukas Fenzl von der Plastischen Chirurgie an der Universitätsklinik Regensburg. Die Uni-Klinik Regensburg ist eine der Ersten, die diese Methode in kontrollierten Studien anwendet. „Es fehlt aber noch die Langzeitüberwachung, und wir können auch noch nicht die Wechselwirkung zwischen diesen Zellen und eventuell noch vorhandenem „Tumorstellen“, räumte Fenzl ein.

Die Früherkennung von Brustkrebs

„In fünf Jahren weniger OPs“

Wie ist der neueste Stand in der Behandlung von Brustkrebs? Christian Marth: Demnach ist es so, dass praktisch immer operiert werden muss, und es funktioniert auch sehr gut. In den meisten Fällen folgt der Operation die Behandlung, aber in einigen Fällen wird schon vor der OP behandelt.

Bei der Tagung war von neuen Behandlungsmethoden die Rede...

Marth: Wir hoffen, dass in Zukunft nicht mehr operiert werden muss und der Tumor nur noch medikamentös, eventuell in Kombination mit Bestra-



lung, behandelt werden kann. Es gibt auch Entwicklungen in Richtung Ultraschallbehandlung, mit der der Tumor gezielt zerstört werden kann.

Was ist es sonst?

Marth: In fünf Jahren könnten wir soweit sein, dass nicht mehr so oft operiert werden muss. Dies hängt davon ab, ob der Tumor auf bestimmte Medikamente anspricht. Er muss genau untersucht werden, um herauszufinden, auf was er reagiert. Denn jeder Tumor ist anders. Ich hoffe, dass die Medikamente so gut eingeordnet werden können, dass der Krebs ganz verschwindet. (et)

gesundheit & schönheit



Internationaler Brustkrebsmonat Oktober

„mamazone“ machte gegen Brustkrebs mobil

Der Monat Oktober steht jedes Jahr unter dem Zeichen des Brustkrebses. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Oktober als „Internationaler Brustkrebsmonat“ ausgerufen. Dieser Monat ist ein wichtiger Anlass, um die Öffentlichkeit über die Bedeutung der Früherkennung und der Prävention zu informieren. In diesem Monat werden viele Veranstaltungen durchgeführt, um das Bewusstsein für Brustkrebs zu erhöhen.

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In der vergangenen Woche haben die Frauen in der Region die Möglichkeit, an einer kostenlosen Brustuntersuchung teilzunehmen. Diese Untersuchungen sind ein wichtiger Schritt, um Brustkrebs frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die Teilnahme ist kostenlos und anonym.

Informationen zum Brustkrebs: www.breastcancer.org

Brustkrebs ist eine Krebserkrankung, bei der die Zellen in der Brust unkontrolliert wachsen und sich ausbreiten. Es gibt verschiedene Arten von Brustkrebs, die unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Behandlung hängt von der Art und dem Stadium des Tumors ab.

Brustkrebs ist eine Krebserkrankung, bei der die Zellen in der Brust unkontrolliert wachsen und sich ausbreiten. Es gibt verschiedene Arten von Brustkrebs, die unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Behandlung hängt von der Art und dem Stadium des Tumors ab.

Brustkrebs ist eine Krebserkrankung, bei der die Zellen in der Brust unkontrolliert wachsen und sich ausbreiten. Es gibt verschiedene Arten von Brustkrebs, die unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Behandlung hängt von der Art und dem Stadium des Tumors ab.

Informationen zum Brustkrebs: www.breastcancer.org

Brustkrebs ist eine Krebserkrankung, bei der die Zellen in der Brust unkontrolliert wachsen und sich ausbreiten. Es gibt verschiedene Arten von Brustkrebs, die unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Behandlung hängt von der Art und dem Stadium des Tumors ab.



Brustkrebs ist eine Krebserkrankung, bei der die Zellen in der Brust unkontrolliert wachsen und sich ausbreiten. Es gibt verschiedene Arten von Brustkrebs, die unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Behandlung hängt von der Art und dem Stadium des Tumors ab.

Brustkrebs ist eine Krebserkrankung, bei der die Zellen in der Brust unkontrolliert wachsen und sich ausbreiten. Es gibt verschiedene Arten von Brustkrebs, die unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Behandlung hängt von der Art und dem Stadium des Tumors ab.

Informationen zum Brustkrebs: www.breastcancer.org

Brustkrebs ist eine Krebserkrankung, bei der die Zellen in der Brust unkontrolliert wachsen und sich ausbreiten. Es gibt verschiedene Arten von Brustkrebs, die unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Behandlung hängt von der Art und dem Stadium des Tumors ab.

Brustkrebs ist eine Krebserkrankung, bei der die Zellen in der Brust unkontrolliert wachsen und sich ausbreiten. Es gibt verschiedene Arten von Brustkrebs, die unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Behandlung hängt von der Art und dem Stadium des Tumors ab.

Informationen zum Brustkrebs: www.breastcancer.org

Brustkrebs ist eine Krebserkrankung, bei der die Zellen in der Brust unkontrolliert wachsen und sich ausbreiten. Es gibt verschiedene Arten von Brustkrebs, die unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Behandlung hängt von der Art und dem Stadium des Tumors ab.

10

DREI FRAGEN AN

Professore
Lukasz Pruski



D^r. Eine neue Methode des Brust-Wieder-aufbaus ist die Eigenbrustrekonstruktion. Was ist damit gemeint?
Lidia Frazzini: Vorgezogen wird hier eine Brustumform, mit dieser neuen Technik. Eigenbrustrekonstruktion heißt, dass man aus dem eigenen Gewebe einen Brusttumor entfernt. Das ist eine Technik, die ich schon bei Brustkrebspatienten anzuwenden gelernt habe. Ich habe schon viele Frauen, die nach einer Mastektomie mit Eigenbrustrekonstruktion eine Brust bekommen haben. Ich habe schon viele Frauen, die nach einer Mastektomie mit Eigenbrustrekonstruktion eine Brust bekommen haben.

[illegible]

„Ja. Wir legen damit auch die Umkleehaube!“
 Ingrid: In diesem Zusammenhang
 war das ja alles anders, und
 wir sind auch erst mal noch
 ein bisschen. Tausend Jahre
 weiter. 30

Laute Stimme für ein Tabu-Thema

HAMAZONE: BrainRebs-Akademie und Expertengespräche über neue Trends in Diagnose und Therapie - Sensibilisieren und informieren



Kämpfer gegen das Bush-Kriegs-Verbrechen: Christine Hefli, Martina Lachner, Inka Lenz, Claudia Zampieri und Inken Pfeil

[illegible]

zum die richtige, auf die entsprechende Behandlung im Bundesrat. Minister Lathmann die Initiative von „politischen“ in Zukunft.

In den Vorträgen ging es vorwiegend nach Bräuninger, bei kleineren Inhalten in der Kombination jedoch auch der Konjugationsmechanismen in der Verfallschaltung. Konjugationsmechanismen in verfallenden, brennenden, verfallenden Substraten sind ebenfalls ein Thema, das, obwohl ich mich von der Kombination zu entfernen, sagte Professor Krumm.

Brustkrebs-Behandlung
wird nicht bald ohne OP

Demnach werden heute auch Experimenten mit dem Prägen gewinnend. Sie stehen mit an der Spitze der

Das die polynesiatische Thematik, wenn bei großen Dimensionen, sprachlich ähnlich, fasziniert. Auch die Dekonstruktive Analyse von Polynesiern & Oswald hat mich (fasziniert). „Was ist aber nicht bei allen Polynesiern“

Thema der Zukunft der Kunst
Kunstschaffende, die soziale
Kunst ist, wie auch die Kunst
von Christo und Jochen

[illegible]

Babyglück trotz HIV

An der Innsbrucker Klinik bringen jedes Jahr rund zehn mit dem HI-Virus infizierte Mütter ein gesundes Kind zur Welt. Das Baby wird in den seltensten Fällen angesteckt.

Wesley Martin *Editor*

Insbruck – Vor einigen Jahren wären diese Kinder nie geboren wurden. Wenn eine Mutter HIV positiv war, war das ein medizinischer Grund, die Schwangerschaft abzubrechen", sagt Stephan Kriehuber, Oberarzt an der Innsbrucker Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe. Heute mehr den Kinderwunsch einer HIV-infizierten Frau in unseren Breiten nicht mehr einengen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind ebenfalls das ge-

liche Virus in sich trägt, wird bei entsprechender Infektion während der Schwangerschaft so häufig wie möglich geimpft, mit einem damit verbundenen erfreulichen Ergebnis: Jedes Jahr werden an die Klinik zwischen fünf und zehn HIV-infizierte Frauen während der Schwangerschaft betreut. „Auch das ist keineswegs ein Grund, das Virus.“

Es kommt nicht zu einer häufig zur Übertragung von der Mutter auf das geborene Kind. Das Kind wird zwar durch die Leberbahn mit Mütter-

len aus dem Blutkreislauf der Mutter umsonst, ein drugs fragend der Mütterchen wie ein Flitz-Krankheitsregere ausverhüllt. Selbst in Japan, wo es kaum nichtsmaßnahmen – send der Schwangerschaft, einen in Teilen Afrika oder Asien, in Übertragungsrisiko bei 25 bis 30 Prozent.

An der Innazurück werden die werden Mütter – wenn sie strukturiert in einer sozialen Therapie sind der IT-Schwangerschaft mit speziell

Daumen- und Ringfinger. Die anderen Finger sind gebeugt. Die Handflächen zeigen nach oben. Die Hände sind an den Seiten des Kopfes. Die Augen sind geschlossen. Die Lippen sind zusammengepresst. Die Haut ist blass. Die Brust ist flach. Der Bauch ist weich. Die Beine sind gespreizt. Die Füße sind nach außen gedreht. Die Hände sind an den Seiten des Kopfes. Die Augen sind geschlossen. Die Lippen sind zusammengepresst. Die Haut ist blass. Die Brust ist flach. Der Bauch ist weich. Die Beine sind gespreizt. Die Füße sind nach außen gedreht.

geruchhaft angenehme Äste aus den dünnen, leicht blauen Stämmen und die Frucht spielt wie möglich ein. „Der Kaiser geht sehr schnell Kneipstee.“ Den kommt das Baby Wochenlang Medizin verabreicht ist ein Jahr lang nicht kontrolliert.

Antworten werden es sich nicht mit dem anderen. Die Mutter kann ihr Kind normal bekommen, das sollen wir zeichnen.

Nach einer einjährigen Prüfungsphase ist das BrustGesundheitsZentrum der Innsbrucker Klinik jetzt von der EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists) zertifiziert worden.

Im Kampf gegen den Brustkrebs

Die Zertifizierung des BrustGesundheitsZentrums ist ein großer Erfolg und die Leiter Univ.-Prof. Dr. Christian March und Univ.-Prof. Dr. Werner Jaschke freuen sich unisono: „Wir haben jetzt nicht nur den objektiven Beleg, dass wir qualitativ hervorragende Arbeit leisten, wir haben auch gelernt, wo wir uns noch weiter verbessern können.“

Umfassende Evaluierungen

Ein Jahr lang ist das Zentrum von Prüfern auf Herz und Nieren untersucht worden, wobei eine ganze Reihe von Vorgaben erfüllt werden mussten. Dazu zählt zum Beispiel die Einführung von Breast Care Nurses, die seit einiger Zeit in der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und in der Univ.-Klinik für Viszeral-, Thorax und Transplantationschirurgie im Einsatz sind. Das Zentrum muss außerdem über ein großes Eingangsgebiet verfügen, um die geforderte Zahl von mindestens 150 Behandlungen von Neuentkrankungen pro Jahr erreichen zu können. Hintergrund ist, dass gleichbleibende Qualität nur durch ausreichende Praxis garantiert werden kann.

Interdisziplinäres Zentrum

Das BrustGesundheitsZentrum am Landeskrankenhaus Innsbruck – Universitätsklinik ist eine gemeinsame Einrichtung der Frauenheilkunde, Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Plastischen Chirurgie, Gefäßchirurgie, Onkologie und Psychoonkologie. Ziel des Zentrums ist es die Behandlung von Brustkrebs von der Vorstufe über die rechtzeitige Diagnose, die Behandlung und die Nachsorge zu optimieren. Allein in Österreich erkranken jedes Jahr 5.000 Frauen an Brustkrebs und stellt somit die häufigste der Krebserkrankungen von Frauen in der westlichen Welt dar.

Foto: P. Kofler

14. November 2010 Krone

Drug development, IGCS 2010, Ovary and gynaecology



Prof Christian Marth - Innsbruck Medical University, Austria

CA-125 in the follow up of patients with ovarian cancer

Professor Christian Marth discusses whether clinicians should continue to follow-up ovarian cancer patients using the CA-125 tumour marker. A recent study has shown that early treatment in response to a rise in this tumour marker does not increase patient survival.

Views: 907 Added: 07/12/2010 Comments: 0

00:04:11 29 Ratings ★★★★★

SHARE

<http://www.ecancermedicalscience.com/tv/video-by-category.asp?play=709&cid=2&scid=94&g>

CA-125 in the follow up of patients with ovarian cancer in German

Prof Christian Marth discusses whether clinicians should continue to follow-up ovarian cancer patients using the CA-125 tumour marker. A recent study has shown that early treatment in response to a rise in this tumour marker does not increase patient survival; however the patients in this study did not undergo surgery, which is known to increase survival. Prof Marth talks about the reliability of this marker, and explains the progress that has been made using treatment with trabectedin and pegylated liposomal doxorubicin to increase the platinum free interval in ovarian cancer patients and subsequently increase overall survival.

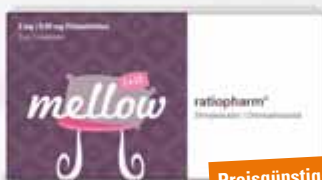
7. Dezember 2010 ecancer



ratiopharm zeigt **Mehrwert**. In der **Gynäkologie**.

Don't worry. Be *mellow*.

Sanft **verhüten** mit **ratiopharm**.



Preisgünstige
OP 6 x 21



- 2 mg **Chlormadinonacetat** /
0,03 mg **Ethinylestradiol**
- neu seit **Juni 2011**
- leichter **antiandrogener Effekt**

ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.

TEVA

Mehr
Gesundheit.
Für alle.

Fachkurzinformation siehe Seite 206

11. Adressen Gynäkologie/Geburtshilfe

Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

A-6020 Innsbruck • Anichstraße 35

frauenheilkunde@uki.at

www.frauenklinik.at

www.BrustGesundheitZentrum.at

Tel.: +43 (0)50 504-DW (zum Ortstarif)

Fax: +43 (0)50 504-23055

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

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

E-Mail: christian.marth@i-med.ac.at

DW: -230 50

Sekretariat: Ingrid Zeimet-Kirchmair

E-Mail: ingrid.kirchmair@uki.at

DW: -230 51

StudentInnensekretariat: Margit Bülttemeyer

E-Mail: margit.bueltemeyer@uki.at

DW: -257 50

Klinikmanager: Mag. Franz Preishuber

E-Mail: franz.preishuber@uki.at

DW: -231 05

Geschäftsführender Oberarzt: OA Dr. Otto Huter

E-Mail: otto.huter@uki.at

DW: -230 51

Pflegedienstleitung: DGuKS Elisabeth Schmid

E-Mail: elisabeth.schmid@uki.at

DW: -230 53

PDL-Stv. DGuKS Eva Triendl

E-Mail: eva.triendl@uki.at

DW: -230 53

Studienzentrale: AGO

DW: -241 62

Fax: -224 58

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

Studienzentrale: Mamma

Carmen Albertini, Dr.ⁱⁿ Justina Angerer, Bac. Hohenegg Ines, Dr.ⁱⁿ Johanna Ulmer

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

Fax: -230 72

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

ines.hohenegg@i-med.ac.at; johanna.ulmer@i-med.ac.at;

11.1 Ambulanzen

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

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

Ambulanzzeiten:

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

Akutfälle ohne Termin

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

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

11.2 Labore – Physikal. Therapie - Sozialberatung

Morphologisches Labor

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: elisabeth.mueller@i-med.ac.at

DW: -230 97

Labor für klinische Biochemie

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: heidelinde.fiegl@i-med.ac.at

DW: -231 13

Physikalische Therapie

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: alice.hotter@uki.at

DW: -241 13

Sozialberatung

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik (Station Gynäkologie 1)

E-Mail: sozialberatung.gyn@uki.at

DW: -814 65

E-Fax: +43 (0)50 504-67 241 62

11.3 Entbindungsabteilung

Kreißsaal

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: entbindungsabteilung@uki.at

DW: -231 04

Fax: -247 89

0.00 – 24.00 Uhr erreichbar

Geburtshilfestation

2. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: entbindungsabteilung@uki.at

DW: -231 04

Fax: -247 89

Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00, Väter ganztägig

11.4 Pflegestationen

Gynäkologie I (Sonderstation)

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

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

DW: -241 10

Besuchszeiten: übliche Tageszeit

Gynäkologie II (Operative Station)

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

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

DW: -241 20

Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00

Gynäkologie III (Onkologische Station)

6. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

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

DW: -241 50

Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00

Gynäkologie IV (Schwangere – Mamma)

6. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

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

DW: -241 60

Besuchszeiten: täglich 14.00 – 20.00

Mutter-Kind-Station (Wochenstation)

5. Stock, Frauen-Kopf-Klinik

E-Mail: muki.fkk@uki.at

DW: -241 30

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

11.5 Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Konsiliar-Liaisondienst der Frauenambulanz

Sie können uns erreichen

► **wenn Sie stationär sind:**

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

► **wenn Sie zuhause sind:**

an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie
Frauenambulanz
Schöpfstraße 23a, 1bk
Terminvereinbarungen Mo – Fr von 8:30 – 11:30
Tel.: +43 (0)50 504 – 26117
E-Mail: medpsych.ambulanz@uki.at

11.6 Psychoonkologische Ambulanz

Ort: Gebäude Frauen- und Kopfklinik, Eingangsbereich rechts
Terminvereinbarung von Mo – Fr: 9.00 – 11.00
Tel: +43 (0)50-504-23691
ag.psychoonkologie@uki.at
Sekretariat: Birgit Wolfsgruber

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes

Dr.ⁱⁿ Verena Meraner
Mo – Fr: von 8.00 – 16.30
Tel.: +43 (0)50-504-81534 oder durch Vermittlung über das onkologische Behandlungsteam

12. Adressen Endokrinologie

Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

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

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

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

Sekretariat: Monika Glaser

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

Ambulanz	Wochentag	Zeit	Telefon
Endokrinologische Ambulanz und IVF	Mo – Fr	nach Vereinbarung	-230 68
First-Love-Ambulanz	Di + Do	14.00 – 15.30	-230 68
Hormonambulanz (Abortus habituais)	Mo – Fr	nach Vereinbarung	-230 68
Hormonambulanz (Menopausensprechstunde)	Mo – Fr	nach Vereinbarung	-230 68
Spezialambulanzen	Mo – Fr	nach Vereinbarung	-230 68
• Kinderwunsch (IVF) • hormonelle Störungen • Wechseljahresbeschwerden • zyklusabhängige Erkrankungen • hormonelle Erkrankungen in der Schwangerschaft • Fehlgeburtsneigung • Transsexualität • spezielle Probleme der Empfängnisverhütung • verstärkte Behaarung, Hormonstörungen bei Kindern			

HARMONETTE – Dragees

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: 75 µg Gestoden und 20 µg Ethinylestradiol **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat 37,505 mg und Saccharose 19,660 mg je überzogener Tablette **Anwendungsgebiete:** Orale hormonale Kontrazeption. **Gegenanzeigen:** HARMONETTE ist kontraindiziert bei: • Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil von HARMONETTE • bestehenden oder vorausgegangenen arteriellen Thromboembolien; • bestehenden oder vorausgegangenen venösen Thromboembolien wie tiefe Venenthrombose, Lungenembolie; • ererbter oder erworbener Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose, • zerebrovaskulären oder koronaren Arterienerkrankungen, • angeborenen oder erworbenen Thrombophilien • Kopfschmerzen mit fokalen neurologischen Symptomen, wie Aura • unkontrollierter Hypertonie, • Herzklappenerkrankungen, • thrombogenen Herzrhythmusstörungen, • Diabetes mellitus mit Mikro- oder Makroangiopathie; • bestehendem oder vermutetem Mammakarzinom; • Endometriumkarzinom oder anderen bestehenden oder vermuteten estrogen-abhängigen Neoplasien; • Leber-Adenomen oder -Karzinomen oder bestehenden Lebererkrankungen, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben; • Genitalblutungen unklarer Genese. • Schwangerschaft • Stillzeit. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gestagene und Estrogene in fixer Kombination. **ATC-Code:** G03AA10. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon, Magnesiumstearat, Saccharose, Polyethylenglycol, Calciumcarbonat, Talk, Montanglycolwachs. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., 1210 Wien. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit.**

MINESSE 15 Mikrogramm/60 Mikrogramm Filmtabletten

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine hellgelbe Filmtablette (**wirkstoffhaltig**) enthält: Ethinylestradiol: 15 Mikrogramm, Gestoden: 60 Mikrogramm, **Sonstiger Bestandteil:** Lactose. Die weißen Filmtabletten sind wirkstofffrei (Placebo). **Sonstiger Bestandteil:** Lactose. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Hellgelbe Filmtabletten (wirkstoffhaltig): Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Polacrilin-Kalium, Opadry gelb YS-1-6386-G [Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172)], Macrogol 1450, Wachs E (Montanglycolwachs). Weiße Filmtabletten (Placebo): Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Polacrilin-Kalium, Opadry weiß Y-5-18024 – A [Hypromellose, Hydroxypropylcellulose, Titandioxid (E171), Macrogol 400], Macrogol 1500, Wachs E (Montanglycolwachs). **Anwendungsgebiete:** Orale hormonale Kontrazeption. **Gegenanzeigen:** Dieses Arzneimittel ist kontraindiziert bei: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile; bestehenden oder vorausgegangenen arteriellen Thromboembolien; bestehenden oder vorausgegangenen venösen Thromboembolien wie tiefe Venenthrombose; Lungenembolie; erbter oder erworbener Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose; zerebrovaskulären oder koronaren Arterienerkrankungen; unkontrollierter Hypertonie; Herzklappenerkrankungen; thrombogenen Herzrhythmusstörungen; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen wie Aura in der Anamnese; Diabetes mellitus mit Mikro- oder Makroangiopathie; bestehendem oder vermutetem Mammakarzinom; Endometriumkarzinom oder anderen bestehenden oder vermuteten estrogenabhängigen Neoplasien; Leber-Adenomen oder -Karzinomen oder bestehenden Lebererkrankungen, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben; Genitalblutungen unklarer Genese. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gestagene und Estrogene, fixe Kombination; **ATC-Code:** G03AA10 (Urogenitalsystem und Geschlechtshormone). **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., 1210 Wien. **Stand der Information:** Mai 2010. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

LOETTE – Filmtabletten

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 rosa Filmtablette enthält 0,100 mg Levonorgestrel und 0,020 mg Ethinylestradiol. Die weißen Filmtabletten sind wirkstofffrei (Placebo). **Anwendungsgebiete:** Behandlung von milder bis mittelschwerer Acne vulgaris bei postmenarchalen, prämenopausalen Frauen, die gleichzeitige Kontrazeption wünschen. Hormonale, orale Kontrazeption. **Gegenanzeigen:** LOETTE ist kontraindiziert bei: • bestehender oder vorausgegangener tiefer Venenthrombose • bestehender oder vorausgegangener Thromboembolie • Erkrankungen der cerebrovaskulären oder koronaren Gefäße • thrombogenen Valvulopathien • thrombogenen Rhythmusstörungen • angeborenen oder erworbenen Thrombophilien • Kopfschmerzen mit fokalen neurologischen Symptomen, wie Aura • schwerem Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen • unkontrolliertem Bluthochdruck • bestehendem oder Verdacht auf Brustkrebs, oder anderen östrogen-abhängigen Neoplasmen • Leberadenomen oder -karzinomen, oder bestehenden Lebererkrankungen, solange die Leberfunktion nicht wieder zu Normalwerten zurückgekehrt ist • nicht abgeklärten Genitalblutungen • Sichelzellanämie, Hyperlipoproteinämie • Gelbsucht oder Pruritus während einer früheren Schwangerschaft; Dubin-Johnson-Syndrom, Rotor-Syndrom • Herpes gestationis in der Anamnese; Otosklerose mit Verschlechterung in einer früheren Schwangerschaft • bestehender oder Verdacht auf Schwangerschaft • Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile von LOETTE **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gestagene und Estrogene in fixer Kombination **ATC-Code:** G03AA07. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Rosa Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose, Lactose Monohydrat, Polacrilin Kalium, Magnesiumstearat, Polyethylenglykol, Montanglycolwachs, Farbstoff bestehend aus Hydroxypropylmethylcellulose und Eisenoxid rot (E 172) und Titandioxid (E 171). Weiße Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose, Lactose Monohydrat, Magnesiumstearat, Polacrilin Kalium, Polyethylenglykol, Montanglycolwachs, Farbstoff bestehend aus Hydroxypropylmethylcellulose, Hydroxypropylcellulose, Titandioxid (E171), Polyethylenglykol. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., 1210 Wien. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Yondelis® 0,25 mg / 1 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche Yondelis 0,25 mg / 1 mg enthält 0,25 mg / 1 mg Trabectedin. 1ml rekonstituierte Lösung enthält 0,05 mg Trabectedin. Sonstige Bestandteile: Jede Durchstechflasche Yondelis 0,25 mg / 1 mg enthält 2 mg / 8 mg Kalium, 0,1 g / 0,4 g Sucrose. **Anwendungsgebiete:** Yondelis ist indiziert für die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Weichteilsarkom nach Versagen von Anthrazyklinen und Ifosamid, bzw. von Patienten, bei denen sich die Anwendung dieser Mittel nicht eignet. Die Wirksamkeitsdaten basieren vorwiegend auf Patienten mit Liposarkom und Leiomyosarkom. Yondelis in Kombination mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin (PLD) ist indiziert für die Behandlung von Patientinnen mit einem platin sensiblen Ovarialkarzinomrezidiv. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Trabectedin oder einen der sonstigen Bestandteile. Begleitende schwere oder unkontrollierte Infektion. Stillzeit. Kombinierte Anwendung mit Gelbfiebervakzin. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Sucrose. Kaliumdihydrogenphosphat. Phosphorsäure (zur pH-Anpassung). Kaliumhydroxid (zur pH-Anpassung). **Inhaber der Zulassung:** Pharma Mar, S.A., Avda. de los Reyes 1, Polígono Industrial La Mina, 28770 Colmenar Viejo (Madrid), Spanien. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastisches Mittel, ATC-Code: L01CX01. **Stand der Information:** Jänner 2010. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Mellow ratiopharm 0,03 mg/2 mg Filmtabletten

Zusammensetzung: Eine Filmtablette enthält 0,03 mg Ethinylestradiol und 2 mg Chlormadinonacetat. Sonstige Bestandteile: Eine Filmtablette enthält 75,27 mg Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Hormonale Kontrazeption. **Gegenanzeigen:** Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) dürfen nicht eingenommen werden, wenn die im Folgenden beschriebenen Erkrankungen bestehen. Die Einnahme von Mellow ratiopharm muss unverzüglich beendet werden, wenn eine dieser Erkrankungen während der Einnahme auftritt: Bestehende oder vorausgegangene arterielle oder venöse Thrombosen, z. B. Thrombose der tiefen Venen, Lungenembolie, Myokardinfarkt, Schlaganfall; ererbte oder erworbene Prädisposition für eine venöse oder arterielle Thrombose wie APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomocysteinämie, und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulant); Vorstadien oder erste Anzeichen einer Thrombose, Thrombophlebitis oder Symptome einer Embolie, zum Beispiel eine transitorisch ischämische Attacke, Angina pectoris; Geplante Operationen (mindestens 4 Wochen vorher) und während des Zeitraums einer Ruhigstellung, zum Beispiel nach Unfällen (z.B. bei Gipsverband); Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen; Entgleister Diabetes mellitus; Unkontrollierte Hypertonie oder eine signifikante Blutdruckerhöhung (ständige Werte über 140/90 mm Hg); Hepatitis, Ikterus, Leberfunktionsstörungen, solange sich die Leberfunktionswerte nicht normalisiert haben; generalisierter Pruritus und Cholestase insbesondere während einer vorangegangenen Schwangerschaft oder Estrogentherapie; Dubin-Johnson Syndrom, Rotor-Syndrom, Störungen der Gallesekretion; Vorangegangene oder bestehende gut- oder bösartige Lebertumoren; Starke Oberbauchschmerzen, Lebervergrößerung oder Symptome für intraabdominale Blutungen; Erstes oder erneutes Auftreten von Porphyrie (alle 3 Formen, insbesondere die erworbene Porphyrie); Bestehende oder vorausgegangene hormonempfindliche bösartige Tumoren, z.B. Brust- oder Gebärmuttertumoren; Schwere Fettstoffwechselstörungen; Bestehende oder vorausgegangene Pankreatitis, falls diese mit schwerer Hypertriglyceridämie assoziiert ist; Erstmaliges Auftreten migräneartiger oder gehäuftes Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte (sog. Migraine accompagnée); Akute sensorische Ausfälle, z.B. Seh- oder Hörstörungen; Motorische Störungen (insbesondere Paresen); Zunahme epileptischer Anfälle; Schwere Depressionen; Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften; Ungeklärte Amenorrhoe; Endometriumhyperplasie; Ungeklärte Genitalblutungen; Überempfindlichkeit gegen Chlormadinonacetat, Ethinylestradiol oder einen der sonstigen Bestandteile. Ein schwerwiegender Risikofaktor oder mehrere Risikofaktoren für eine venöse oder arterielle Thrombose können eine Gegenanzeige darstellen. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung, Gestagene und Estrogene, fixe Kombinationen, ATC Code: G03AA16. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K30, Magnesiumstearat. Überzug: Hypromellose, Macrogol 6000, Talkum, Titandioxid, rotes Eisenoxid. **Art und Inhalt des Behältnisses:** PVC/PVDC/Aluminium-Bliesterpackung, Kalenderpackungen mit 1, 3, 4 und 6 Bliesterpackungen, mit jeweils 21 Filmtabletten. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. **Inhaber der Zulassung:** Teva Pharma B.V., Computerweg 10, 3542 DR Utrecht, Niederlande. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 11/2010

Weitere Hinweise zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und zutreffendenfalls Angaben über die Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Avastin® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

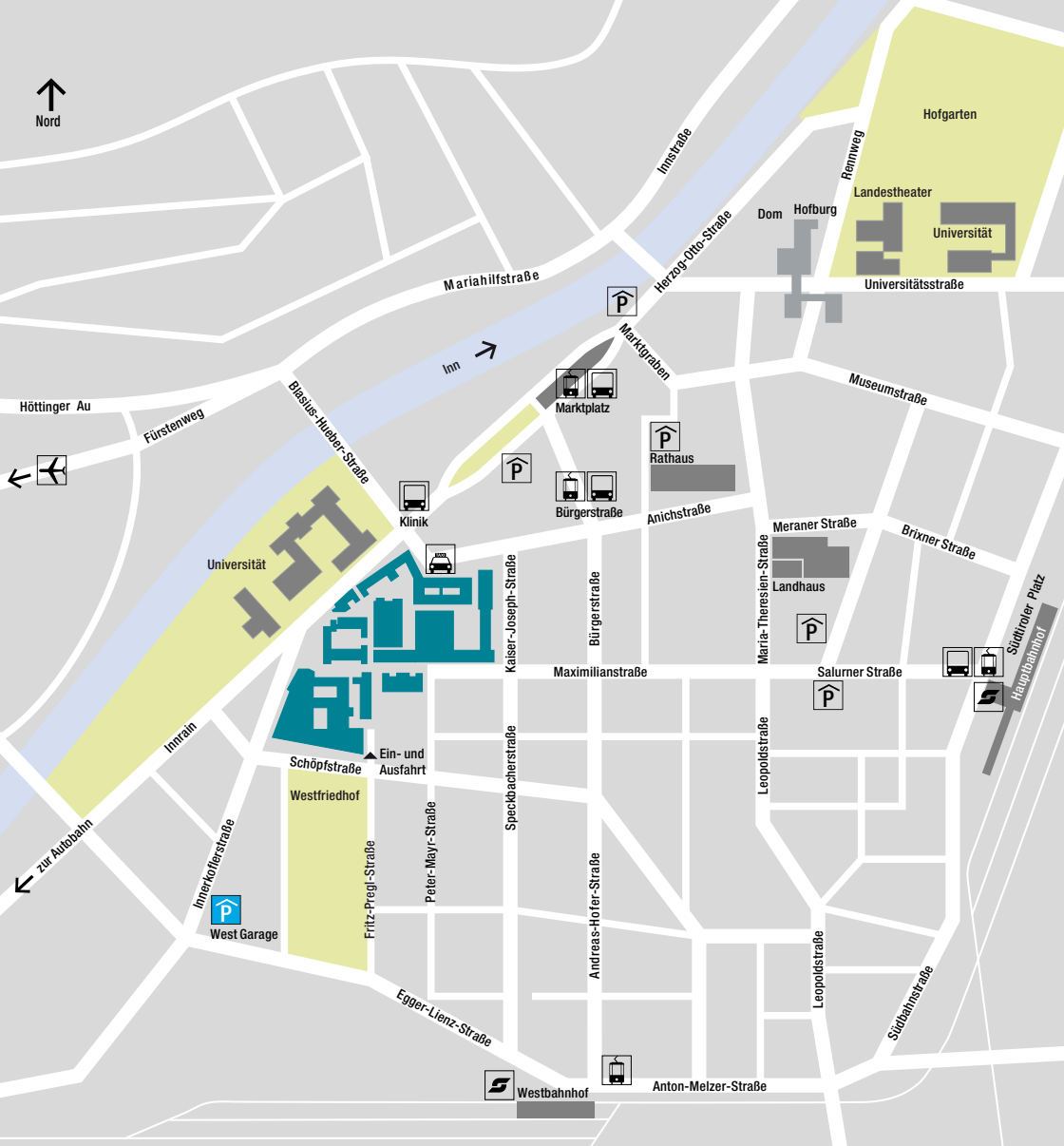
Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder Milliliter enthält 25 mg Bevacizumab. Jede Durchstechflasche enthält 100 mg Bevacizumab in 4 ml bzw. 400 mg in 16 ml, entsprechend 1,4 bis 16,5 mg/ml bei Verdünnung gemäß Empfehlung. Bevacizumab ist ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Antikörper, der mittels DNA-Technologie aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) gewonnen wird. **Anwendungsgebiete:** Avastin (Bevacizumab) wird in Kombination mit einer Chemotherapie auf Fluoropyrimidin-Basis zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom angewendet. Avastin wird in Kombination mit Paclitaxel zur *First-Line*-Behandlung von Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom angewendet. Zu weiteren Informationen wie auch zum HER2-Status siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. Avastin wird in Kombination mit Capecitabin zur *First-Line*-Behandlung von Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom angewendet, bei denen eine Behandlung mit anderen Chemotherapie-Optionen, einschließlich Taxanen oder Anthracyclinen, als nicht geeignet angesehen wird. Patienten, die innerhalb der letzten 12 Monate Taxan- und Anthracyclin-haltige Therapieregime im Rahmen der adjuvanten Behandlung erhalten haben, sollten nicht mit Avastin in Kombination mit Capecitabin therapiert werden. Zu weiteren Informationen wie auch zum HER2-Status siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. Avastin wird zusätzlich zu einer Platin-haltigen Chemotherapie zur *First-Line*-Behandlung von Patienten mit inoperablem fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom, außer bei vorwiegender Plattenepithel-Histologie, angewendet. Avastin wird in Kombination mit Interferon alfa-2a zur *First-Line*-Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom angewendet. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil oder einen der sonstigen Bestandteile. - Überempfindlichkeit gegen CHO-Zellprodukte oder andere rekombinante humane oder humanisierte Antikörper. - Schwangerschaft (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.6 „Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“). **Liste der sonstigen Bestandteile:** α,α-Trehalose 2 H₂O, Natriumphosphat, Polysorbit 20, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC07. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

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

Xeloda® 150 mg Filmtabletten / Xeloda® 500 mg Filmtabletten

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 150 mg / 500 mg Capecitabin. Sonstiger Bestandteil: 150 mg Filmtabletten: 15,6 mg wasserfreie Lactose. 500 mg Filmtabletten: 52 mg wasserfreie Lactose. **Anwendungsgebiete:** Xeloda ist zur adjuvanten Behandlung von Patienten nach Operation eines Kolonkarzinoms im Stadium III (Dukes Stadium C) indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist zur Behandlung des metastasierten Kolorrektalkarzinoms indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist in Kombination mit einem Platin-haltigen Anwendungsschema als *First-line*-Therapie des fortgeschrittenen Magenkarzinoms indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist in Kombination mit Docetaxel (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“) zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom nach Versagen einer zytotoxischen Chemotherapie indiziert. Eine frühere Behandlung sollte ein Anthracyclin enthalten haben. Xeloda ist außerdem als Monotherapie zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom indiziert, bei denen eine Therapie mit Taxanen und Anthracyclinen versagt hat oder eine weitere Anthracyclinbehandlung nicht angezeigt ist. **Gegenanzeigen:** - Schwerwiegende und unerwartete Reaktionen bei Vorbehandlung mit Fluoropyrimidinen. - Überempfindlichkeit gegen Capecitabin oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Fluorouracil. - bekannter Dihydropyrimidin-Dehydrogenase-Mangel (DPD). - Schwangerschaft und Stillzeit. - schwere Leukopenie, Neutropenie oder Thrombozytopenie. - schwere Beeinträchtigung der Leberfunktion. - schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min. - Behandlung mit Sorivudin oder dessen chemischen Verwandten, wie z.B. Brivudin (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.5 „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“). - Wenn für eines der Arzneimittel der Kombinationstherapie Gegenanzeigen vorliegen, darf dieses Arzneimittel nicht angewendet werden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: wasserfreie Lactose, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat. **Filmüberzug:** Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxidhydrat und Eisen(III)-oxid (E172), Talkum. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Zytostatikum (Antimetabolit), ATC-Code: L01BC06. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Notizen



Impressum:

Jahresbericht 2010 des Department Frauenheilkunde Innsbruck

Herausgeber und f.d.l.v.: O.Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

Redaktion: Mag. Franz Preishuber

Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Tel.: +43(0)50504-23051

frauenheilkunde@uki.at, www.frauenklinik.at, www.BrustGesundheitZentrum.at

Fotos (falls nicht anders angegeben): Thomas Jenewein

Titelbild: Otto Dapunt, Aus der Serie Naturstücke Nr. 9 (Ausschnitt)

Satz u. Druck: MAW www.media.co.at, Robidruck, 1200 Wien, www.robidruck.co.at

Moderne Therapie des mBC

