Ausgabe 01/2025
April 2025

GyNews

Offizieller Newsletter der Universitäts-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck

Liebe Kolleg:innen,

Das BrustGesundheitZentrum Tirol - eine zukunftsweisende Fusion von der Univ.-Klinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie und der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck

In den letzten Jahren hat sich die Landschaft der medizinischen Versorgung für Brustkrebspatientinnen erheblich verändert. Zertifizierte Brustzentren haben sich als zentraler Bestandteil der onkologischen Versorgung etabliert und spielen eine entscheidende Rolle in der Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Brustkrebs. Ihre Bedeutung geht jedoch über die reine Behandlung hinaus: sie stehen für Qualität, multidisziplinäre Zusammenarbeit und ein patientenzentriertes Versorgungskonzept. In Österreich werden mehr als 90% aller Patientinnen mit Brustkrebs in zertifizierten Zentren behandelt. Tirol ist da noch eher Schlusslicht und es wird eher versucht neue Behandlungsorte zu öffnen als zu zentralisieren.

Breast Centres Network
Synergy among Breast Units
A project of
CERTIFICATE OF MEMBERSHIP FOR 2024
Medical University Innsbruck, Dept. of Gynecology and Obstetrics
Innsbruck, Austria
This breast centre is part of Breast Centres Network, the first international network of clinical centres exclusively dedicated to the diagnosis and treatment of breast cancer.
Information available at www.breastcentresnetwork.org

In Innsbruck sind wir einen anderen Weg gegangen: Die Behandlung von Patientinnen mit Brusterkrankungen erfolgt nun gemeinsam von Allgemein-Chirurgie (VTT) und Gynäkologie. Die Fusion der beiden Kliniken ist ohne Zweifel zukunftsweisend. Wir optimieren damit die strengen Kriterien, die sowohl die fachliche Kompetenz als auch die organisatorischen Abläufe betreffen. Die Einhaltung dieser Standards gewährleistet, dass Patientinnen eine evidenzbasierte und qualitativ hochwertige Versorgung erhalten.

Zertifizierte Brustzentren streben eine ganzheitliche Betrachtung der Patientinnen an. Interdisziplinäre Teams, die aus Gynäkologen:innen, Chirurgen:innen, Onkologen:innen, Radiologen:innen, Pathologen:innen, Psychoonkologen:innen und anderen Fachbereichen bestehen, arbeiten eng zusammen, um individuelle Therapiepläne zu erstellen. Diese Art der Zusammenarbeit fördert die umfassende Betrachtung der gesundheitlichen Situation und der persönlichen Bedürfnisse der Patientinnen.
Zertifizierte Brustzentren sind oft auch eng in Forschungsprojekte und klinische Studien eingebunden. Dies trägt nicht nur zur Fortbildung des medizinischen Personals bei, sondern sichert auch den Patientinnen den Zugang zu den neuesten Therapieansätzen und Innovationen. Dieser Fokus auf Forschung und Entwicklung verbessert nicht nur die Behandlung, sondern auch die Lebensqualität der Patientinnen.
Ein weiterer Aspekt, der nicht vernachlässigt werden darf, ist die Aufklärung der Patientinnen über ihre Möglichkeiten. Oft sind Patientinnen unsicher, wo sie die optimale Versorgung finden können oder wie sie die nächsten Behandlungsschritte einleiten sollten. Informationskampagnen und Unterstützungsangebote spielen eine entscheidende Rolle, um das Bewusstsein für zertifizierte Brustzentren zu erhöhen und Patientinnen aktiv bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen.
Die Zukunft der zertifizierten Brustzentren sieht vielversprechend aus. Innovative Technologien, wie telemedizinische Ansätze, werden sicherlich an Bedeutung gewinnen und helfen, Barrieren abzubauen. Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz kann die Diagnostik unterstützen und personalisierte Therapieansätze fördern. Darüber hinaus ist eine stärkere Einbeziehung von Patientinnen in Entscheidungsprozesse, etwa durch die Möglichkeit zur aktiven Teilnahme an Kliniken oder Workshops, ein Schritt in Richtung einer noch patientenorientierteren Versorgung.
Zertifizierte Brustzentren sind ein unverzichtbarer Bestandteil der modernen Onkologie. Sie liefern nicht nur eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, sondern tragen auch zu einer besseren Lebensqualität der Patientinnen bei. Es ist unerlässlich, die Herausforderungen zu adressieren und den Zugang sowie die Aufklärung zu fördern, um sicherzustellen, dass alle Patientinnen von den Vorzügen einer zertifizierten Versorgung profitieren können. In einer Zeit, in der Patientinnen zunehmend informierte Entscheidungen treffen möchten, müssen wir als Gesellschaft alles daransetzen, die Ressourcen und Informationen bereitzustellen, die für eine optimale Versorgung notwendig sind.

Ihr Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

Sicherheit für zwei - wenn Schwangerschaft besondere Aufmerksamkeit braucht

So funktioniert die gemeinsame Betreuung von Schwangeren kurz vor der Entbindung zwischen niedergelassenen Fachärzt:innen und der Frauenklinik.

Betreuung von Risikoschwangeren

Mut und Zuversicht zu zusprechen ist nur eine der vielen Aufgaben des Teams der Schwangerenrisikoambulanz.

Neben Frauen mit komplexen Grunderkrankungen wie Autoimmmunerkrankungen, Organtransplantationen oder Herzfehlern bzw. Frauen aus sozial schwierigen Verhältnissen behandeln wir schwangere Patientinnen mit neu aufgetretenen schwangerschaftsspezifischen Komplikationen wie Gestationsdiabetes, Präeklampsie, serologischen Auffälligkeiten oder Frühgeburtsbestrebungen.

Das Ziel ist eine gemeinsame Betreuung durch alternierende Kontrollen während der Schwangerschaft mit dem niedergelassenen Facharzt.

© Frauenklinik

Aus diesem Grund ist es für uns auch wichtig, alle bereits erhobenen Befunde durch den betreuenden Gynäkologen bei der ersten Untersuchung vorliegend zu haben.

Patientinnen mit Gestationsdiabetes werden ab der 34. SSW in engeren Intervallen - angepasst an die individuelle Situation - kontrolliert. Hier erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit den KollegInnen der Stoffwechselambulanz.

Auch Gespräche zum Geburtsmodus, externe Wendungen oder Vereinbarung einer geplanten Sectio sollten ca. in der 35. SSW stattfinden.

In diesen Fällen bitten wir um eine rechtzeitige Terminvereinbarung und Zuweisung der Patientin, um die Termine zu planen und Überbuchungen und somit lange Wartezeiten zu vermeiden.

Nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch und der Vereinbarung des OP-Termins sollen weitere Kontrollen wieder beim Facharzt erfolgen.

Wenn Kontrollen nach dem errechneten Geburtstermin nicht durch den betreuenden Facharzt angeboten werden, übernehmen wir die engmaschigeren Kontrollen nach dem Termin. Patientinnen können sich rechtzeitig zum errechneten Geburtstermin (ca. zwei Wochen davor) einen Termin vereinbaren.

Betreuung von gesunden Schwangeren
Bei gesunden Schwangeren ohne zusätzlichen Betreuungsbedarf durch unsere Ambulanz bitten wir, diese auf unsere Onlinegeburtsanmeldung hinzuweisen und im Mutter-Kind-Pass alle fehlenden Befunde rechtzeitig zur Geburt einzutragen. Unsere Onlineanmeldung bietet der Patientin nun auch die Möglichkeit, vorab Wünsche für die Geburt zu formulieren.
Um für Frauen und deren Umfeld diese spannende aber auch emotional fordernde Zeit bestmöglich zu gestalten, ist eine enge Zusammenarbeit essentiell - für die wir uns auf diesem Wege herzlich bedanken.

Selbstverständlich steht Ihnen das Team der Geburtshilfe für Fragen zur Verfügung. Bitte rufen Sie uns an, wenn Sie glauben, dass Sie unseren Rat benötigen. Wir freuen uns!

Link Onlinegeburtsanmeldung: data.cfm

Autorin:
Dr.in Johanna Tiechl-Egle

Wichtige Termine:

1.) Sommerfortbildung der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck

Samstag 24.05.2025

08:30 - 14:00 Uhr, Wattens

Auch im heurigen Jahr findet die Fortbildung der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Haus Marie Swarovski in Wattens statt.

Die Anmeldung ist über folgenden link möglich:

Sommerfortbildung der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck 2025 - Registrierung

Sommerfortbildungsprogramm 2025

08.30 Uhr **Frühstück mit Kaffee und Gebäck**

09.00 Uhr **Begrüßung und Einleitung**
Christian Marth und Hugo Lunzer

Allgemeine Gynäkologie und Endokrinologie

09.05 Uhr **Osteoporose: Diagnose und Therapie nach der neuen Leitlinie**
Stefan Schatzl, Univ.-Klinik für Innere Medizin I, Innsbruck

09.35 Uhr **Neue Medikamente in der Gynäkologie**
Andreas Widschwendter, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

09.55 Uhr **Rezidivierende Harnwegsinfektionen: Resistenzen, Prophylaxe und therapeutische Optionen**
Barbara Ariatti, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

Endometriose

10.20 Uhr **Jahresbericht Endometriosezentrum**
Beata Seeber, Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Innsbruck

10.30 Uhr **Laparoskopische Lasertherapie bei Endometriose**
Hanna Hosa, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

10.55 – 11.25 Uhr *Kaffeepause*

Onkologie

11.25 Uhr **Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patientinnen (neue Leitlinie)**
Angela Augustin, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

11.50 Uhr **Update Senologie**
Christine Brunner, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

12.10 Uhr **Update Onkologie**
Christian Marth, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

12.30 Uhr **Übelkeit und Erbrechen bei der medikamentösen Tumortherapie – muss das sein?**
Daniel Egle, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

Angelini Pharma

Mittagssymposium der Firma Angelini Pharma

12.50 – 13.20 Uhr *Kaffeepause*

Geburtshilfe

13.20 Uhr **Ernährung (vegetarisch, vegan, ...) und Essstörungen: Auswirkungen auf die Schwangerschaft**
Marlene Lehmann, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

13.45 Uhr **Vasa prävia**
Johanna Tiechl-Egle, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

14.10 Uhr **Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft: neue Leitlinie**
Christine Degasper, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innsbruck

2.) Winterfortbildung der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck

Samstag 27.09.2025 08:30 - 14:00 Uhr, Congress Igls

Senologie: Ist die Wächterlymphknoten-Biopsie verzichtbar?

Die Frage, ob bei bestimmten Patientinnen mit frühem Brustkrebs auf die Sentinel-Lymphknotenbiopsie (SLNB) verzichtet werden kann, rückt im Sinne einer weiteren Deeskalation in der chirurgischen Therapie zunehmend in den Fokus klinischer Forschung.

Basis dafür ist, dass die SLNB den Stellenwert einer Stagingmaßnahme hat und keine kurative Funktion erfüllt.

Zwei aktuelle Studien – die SOUND-Studie und die INSEMA-Studie – liefern dazu wichtige Daten mit potenziell praxisverändernden Implikationen.

Die italienische, prospektive, randomisierte SOUND-Studie (Sentinel node vs. Observation after UltrasouND in patients with early breast cancer) untersuchte bei Patientinnen mit unifokalem, invasivem Brustkrebs (T1), negativem Axillasonographiebefund und klinisch nodal-negativer Situation (cN0), ob auf die SLNB verzichtet werden kann. Die Patientinnen wurden randomisiert entweder einer SLNB oder einer alleinigen Beobachtung der Axilla zugewiesen.

Das Ergebnis: Nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von ca. 6 Jahren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede beim krankheitsfreien Überleben oder bei den axillären Rezidivraten zwischen beiden Gruppen. Dies legt nahe, dass bei gut selektionierten Patientinnen mit unauffälliger Sonographie die SLNB verzichtbar sein kann.

Die randomisierte, prospektive INSEMA-Studie (n > 5000) prüfte bei Patientinnen mit unifokalem, T1–2-Tumor ohne klinisch nachweisbare Lymphknoten (cN0) den vollständigen Verzicht auf SLNB im Vergleich zur Standarddiagnostik (wiederum mit unauffälligem Ultraschall der axillären Lymphknoten). Erste Ergebnisse zeigen: Der Verzicht auf SLNB hatte keinen nachteiligen Einfluss auf das invasive krankheitsfreie Überleben (iDFS). Auch die Rate an axillären Rezidiven war vergleichbar niedrig (<1%). Gleichzeitig wurden signifikant weniger Nebenwirkungen wie Lymphödeme und Sensibilitätsstörungen beobachtet.

Beide Studien haben hauptsächlich postmenopausale Patientinnen inkludiert.

Ein wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Verlässlichkeit der präoperativen Axillasonographie. Da die beiden präsentierten Studien ja die Qualität des präoperativen Ultraschalls im Vergleich zur Operation als Staginguntersuchung verglichen haben. Daten zeigen, dass die falsch-negative Rate (FNR) der Sonographie bei axillären Metastasen bei gut durchgeführter Diagnostik durch erfahrene Untersucher bei ca. 10% liegt – vergleichbar mit der FNR der SLNB selbst (ca. 5–10 %).

Die neuen Daten der Studien sprechen dafür, dass bei postmenopausalen Patientinnen mit:

- HR-positivem, HER2-negativem Brustkrebs
- Tumorgröße <2cm
- guter bis mäßiger Differenzierung (G1 oder G2) und
- unauffälliger Axillasonographie

der Verzicht auf die SLNB möglich sein kann, ohne onkologische Kompromisse einzugehen.
Für die Systemtherapie würde das einen Pradigmenwechsel bedeuten: Der LK-Status als stärkster prognostischer Marker wird nicht mehr in die Therapieentscheidung miteinbezogen. Für Patientinnen mit intermediärem Risiko, welches vor allem durch Lymphknoten-Beteiligung definiert wird, wäre seit Anfang des Jahres eine Therapie mit CDK 4/6 Inhibition verfügbar. Bei Weglassen der SLNB könnte die Indikation zu dieser Behandlung nicht gestellt werden.

Zusammenfassend sollte daher bei postmenopausalen Patientinnen mit kleinen, gut differenzierten Tumoren und klarer endokriner Abhängigkeit auf Basis der vorliegenden Daten ein Verzicht auf die SLNB diskutiert werden. Grundvoraussetzung dafür ist aber eine qualitativ hochwertige sonographische Exploration der Axilla, die gewährleistet sein muss.

Für junge Frauen und Patientinnen mit höherem Hintergrundrisiko (schlechter Differenzierungsgrad, hohe Proliferationsmarker oder inkompletter Hormonrezeptor-Positivität) bleibt die SLNB aber weiterhin der Goldstandard.

Autor:
Dr. Daniel Egle

Roboter-assistierte Chirurgie in der gynäkologischen Onkologie

In den letzten Jahren hat sich das Konzept der Deeskalation in der gynäkologischen Onkologie durchgesetzt.

Diese Strategie basiert auf der Optimierung der onkologischen Outcomes bei gleichzeitiger Optimierung der postoperativen Morbidität und der Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen. Die Einführung minimal-invasiver Operationstechniken wie z. B Laparoskopie gehört zu den bedeutendsten Aspekten der operativen Deeskalation und ist mit geringerem Blutverlust sowie einer kürzeren Rekonvaleszenz im Vergleich zur traditionellen Laparotomie verbunden.

© alle Fotos Frauenklinik
Bewegungen der Instrumente an der Patientin werden von einer Konsole aus gesteuert (Dr. Irina Tsibulak und Dr. Katharina Leitner)

Die roboter-assistierte Chirurgie (robotic-assisted surgery - RAS) ist eine moderne Weiterentwicklung der Laparoskopie und basiert auf computergestützten Technologien, die minimal-invasive Eingriffe mit höchster Präzision ermöglichen. Gewöhnlich besteht das System aus drei Hauptkomponenten: der chirurgischen Konsole, einem hochauflösenden 3D-Visualisierungssystem und dem Patientenwagen mit mehreren Roboterarmen. Dabei steuern die Chirurg:innen die Instrumente von der Konsole aus und können dadurch feinste mehrdimensionale Bewegungen mit hoher Genauigkeit ausführen.

Der Einsatz der RAS in der gynäkologischen Onkologie hat in den letzten Jahren stetig zugenommen.

An der Universitätsfrauenklinik Innsbruck werden aktuell folgende Eingriffe robotisch-assistiert durchgeführt:

- Hysterektomie und (Wächter-)Lymphknotenexstirpation bei frühem Endometriumkarzinom
- Retroperitoneales Lymphknotenstaging bei gynäkologischen Malignomen

Vor allem bei adipösen Patient:innen beobachten wir kürzere Operationszeiten, kürzere Krankenhaus-Aufenthaltsdauer sowie geringere Konversionsraten für die RAS im Vergleich zur Laparoskopie. Entfernung von

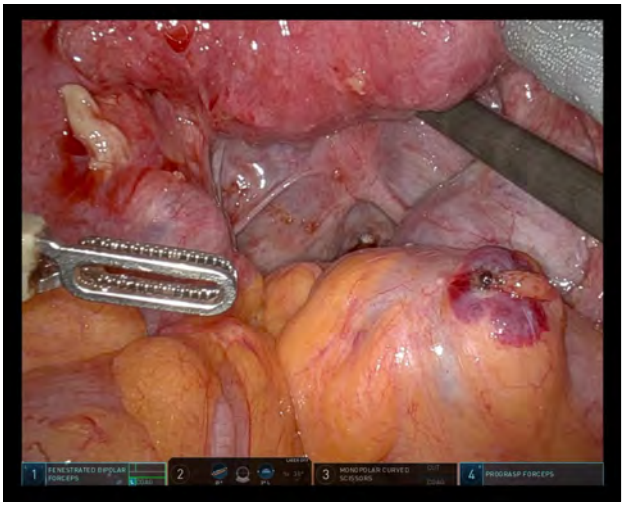
Lymphknoten entlang den großen Gefäßen kann durch die mehrdimensionale Beweglichkeit der Instrumente präziser und schonender durchgeführt werden.

- Rezidivchirurgie bei oligometastatischer Erkrankung

Mehrdimensionale Beweglichkeit der Instrumente, Ausgleich von Tremor sowie hochauflösende 3D-Optik verbessern die Präzision bei komplexen anatomischen Verhältnissen oder im voroperierten Situs.

- Komplettierungs-Operationen bei Borderline-Tumoren

Durch die verbesserte Visualisierung und Anwendung von einem stabilen Retraktor-Arm, stellt RAS eine valide Alternative zu offenen Eingriffen dar. Hier ein Beispiel der Zwerchfell- und Douglas-Deperitonealisierung bei einer 37-jähriger Patientin mit fortgeschrittenem Borderline-Tumor und Wunsch nach Fertilitätserhalt:



nicht invasive implants eines Borderline Tumors im Douglas

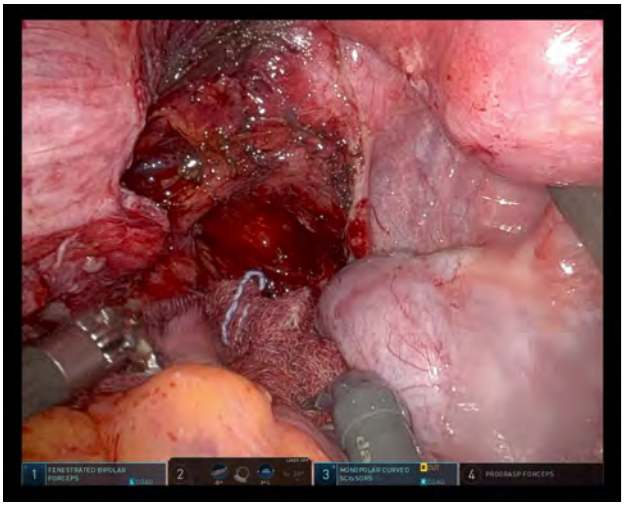
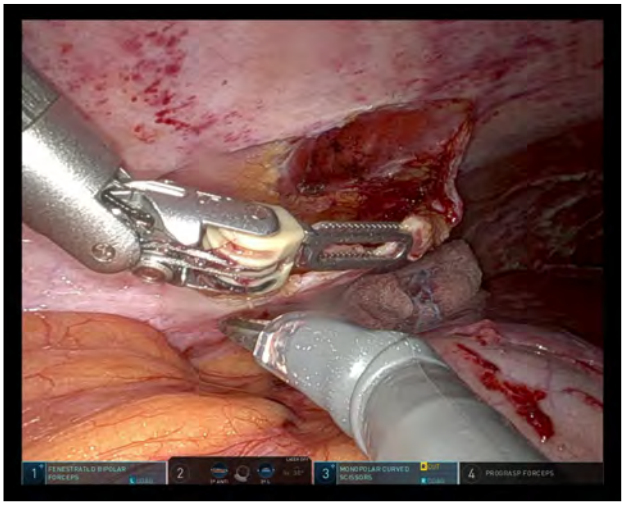


Bild nach robotisch-assistierter Peritonektomie im Douglas



Zwerchfell-Deperitonealisierung rechts

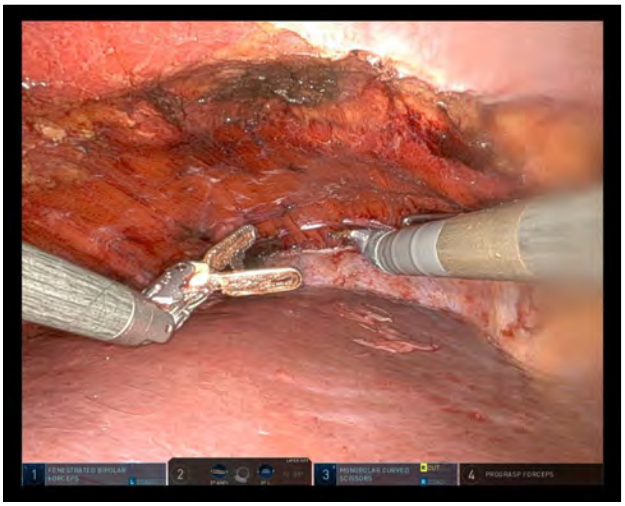


Bild nach Zwerchfell-Deperitonealisierung rechts

In Zukunft erwarten wir eine Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten der robotischen Chirurgie.
Im Rahmen der Studien wird derzeit die Rolle der RAS bei folgenden Indikationen untersucht:

- Zytoreduktive/Debulking Operationen nach abgeschlossener neoadjuvanter Chemotherapie bei high-grade serösem Ovarialkarzinom
- Becken-Exenterationen
- Transposition des Uterus vor einer Radiotherapie bei Anal- oder Rektum-Karzinom

Zusammenfassend stellt die hohe Präzision durch die mehrdimensionale Beweglichkeit der Instrumente, den Ausgleich eines Tremors und die hochauflösende 3D-Optik den wichtigsten Vorteil der RAS im Vergleich zu traditioneller Laparoskopie dar. Weitere Vorteile sind die Stabilität der Kamera und der Retraktorarme sowie eine verbesserte Ergonomie für die Operateur:innen.

Neben den vielen Vorteilen gibt es auch Herausforderungen bei der Implementierung der RAS. Um diese Technologie effizient einsetzen zu können, wird ein intensives Training und regelmäßige Exposition benötigt. Die Lernkurve kann sehr flach sein, wenn der Zugang zum System nur eingeschränkt besteht. Aus diesem Grund wird an der Universitätsfrauenklinik besonderer Wert auf regelmäßiges Simulationstraining und Etablierung eines spezialisierten Teams gelegt.

Angedockte Roboter-Arme während der Operation

Autorin:
Dr.in Irina Tsibulak

Neue ESGO-Leitlinien 2025: Molekulare Klassifikation und risikoadaptierte Therapie beim Endometriumkarzinom

In den letzten Jahren haben sich die Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms grundlegend verändert.

In den letzten Jahren haben sich die Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms grundlegend verändert. Während bis vor kurzem bei fortgeschrittenen oder aggressiven Tumoren nahezu ausschließlich eine Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel oder eine externe Strahlentherapie eingesetzt wurde, ermöglichen neue Erkenntnisse heute eine deutlich differenziertere, individualisierte Therapieplanung.

Die neuen ESGO-ESTRO-ESP-Leitlinien, vorgestellt im Februar 2025 beim ESGO-Kongress in Rom (Concin N., Marth C. et al., Lancet Oncology, in press), wurden unter internationalem Konsens erstellt und passen erstmals sowohl die Risikostratifizierung als auch die Therapieempfehlungen an die molekulare Tumorcharakteristik an.

Zentrales Element ist die molekulare Klassifikation, die fünf Subgruppen unterscheidet:

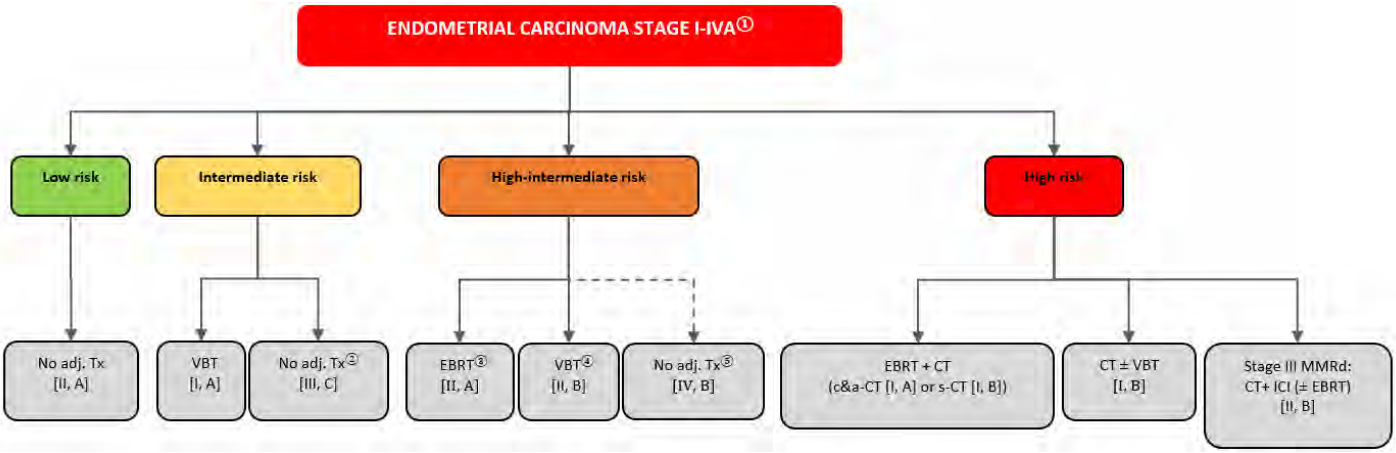
POLE-mutierte, MMR-defiziente und p53-mutierte Karzinome sowie die NSMP-Gruppe (no specific molecular profile), die nun weiter differenziert wird in eine hormonrezeptor-positive/low-grade und eine hormonrezeptor-negative/high-grade Subgruppe.

Auf Basis der aktualisierten FIGO-Klassifikation von 2023 wurde eine neue Tabelle zur Risikostratifizierung erstellt, die molekulare und klinisch-pathologische Parameter kombiniert und gezieltere Therapieentscheidungen ermöglicht.

2023 FIGO staging[T]		Molecular classification*				
		*POLE*mut	MMRd	NSMP low-grade+ERpos	NSMP high-grade/ERneg**	
Confined to the uterine corpus						
IA1	Low-grade endometrioid, limited to polyp/endometrium (no myoinvasion)	IAm *POLE*mut			**	
IA2	Low-grade endometrioid, myoinvasion <50%, no/focal LVSI	IAm *POLE*mut			**	I
IA3	Low-grade endometrioid carcinoma of the endometrium & ovary#	IAm *POLE*mut			**	
	Low-grade endometrioid, myoinvasion ≥50%, no/focal LVSI	IAm *POLE*mut			**	I
	High-grade histologies^, limited to polyp/endometrium	IAm *POLE*mut		n.a.		
Confined to the uterus						
	Low-grade endometrioid, invasion of the cervical stroma	IAm *POLE*mut			**	I
	Low-grade endometrioid, substantial LVSI***	IAm *POLE*mut			**	I
	High-grade histologies^, myoinvasion	IAm *POLE*mut	Myoinvasion <50%, no/focal LVSI	n.a.		I
		IAm *POLE*mut	Myoinvasion ≥50%, no/focal LVSI			
		IAm *POLE*mut	Cervical stromal invasion, no/focal LVSI			
		IAm *POLE*mut	Substantial LVSI**			
Local and/or regional spread						
IIIA1	Spread to ovary or fallopian tube (except when meeting stage IA3 criteria)					
IIIA2	Involvement of uterine subserosa or spread through the uterine serosa					
IIIB1	Metastasis or direct spread to the vagina and/or the parametria					
IIIB2	Metastasis to the pelvic peritoneum					
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis					
IIIC1i	Micrometastasis					
IIIC1ii	Macrometastasis					
IIIC2	Para-aortic lymph node metastasis (up to renal vessels)					
IIIC2i	Micrometastasis					
IIIC2ii	Macrometastasis					
Locally advanced and/or metastatic disease						
	Invasion of the mucosa and/or the intestinal mucosa					
Metastatic disease or residual disease after surgery						
	With residual disease					
	Peritoneal metastasis beyond the pelvis					
	Distant metastasis					

Neben der klassischen Chemotherapie sowie dem Einsatz von Immuncheckpoint-Inhibitoren und Tyrosinkinasehemmern werden derzeit neue Ansätze mit Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten (ADC) in Studien untersucht, die das therapeutische Spektrum in Zukunft erweitern könnten. Angesichts dieser Entwicklungen ist es essenziell, dass Patientinnen in Zentren behandelt werden, die molekulare Diagnostik anbieten und eine leitlinienge-rechte, risikoadaptierte Therapie sicherstellen können.

Risikogruppe	Empfohlene adjuvante Therapie
Low Risk	Keine adjuvante Therapie
Intermediate Risk	Vaginale Brachytherapie empfohlen
	Keine adjuvante Therapie (in ausgewählten Fällen)
Intermediate-High Risk	Perkutane Bestrahlung
	Vaginale Brachytherapie als alternative Option
	Keine adjuvante Therapie (in ausgewählten Fällen)
High Risk	Perkutane Bestrahlung + Chemotherapie
	Chemotherapie +/- vaginale Brachytherapie
	ab Stadium III MMRd: zusätzlich Immuncheckpoint-Inhibitor



Autorin:
Dr.in Katharina Leitner

Möglichkeit der Laserchirurgie bei Endometriose

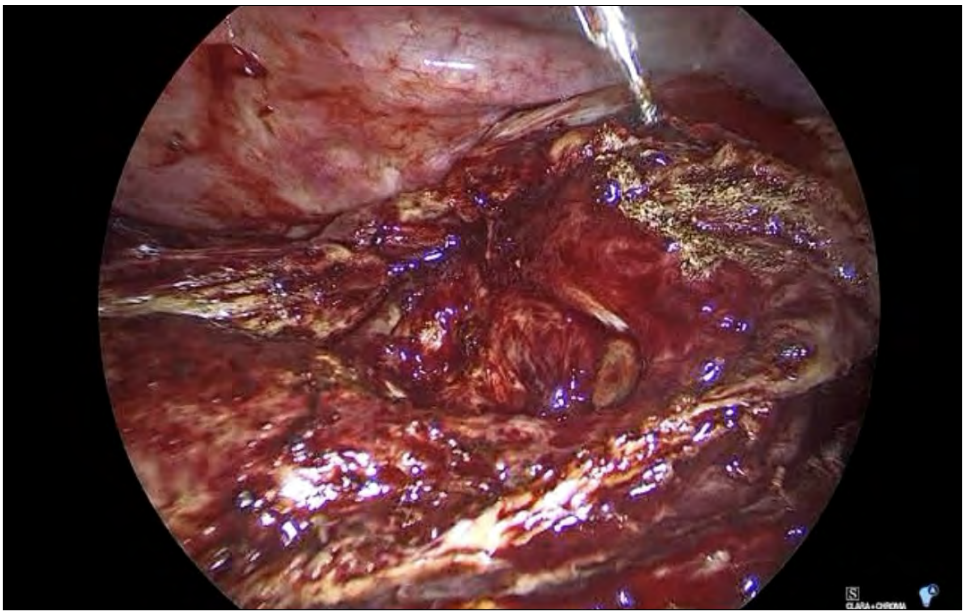
Die Laserchirurgie stellt eine wichtige Therapieoption in der operativen Behandlung von Endometriose dar. Durch den Laser- Einsatz können Endometrioseherde gezielt entfernt werden, was neben einer Symptomlinderung zu einer Schonung der ovariellen Reserve führen kann.

Die Laserchirurgie wird insbesondere bei folgenden Formen der Endometriose eingesetzt:

- Peritoneale Endometrioseherde: Mit der Koagulationsfunktion ermöglicht der CO_2-Laser eine gezielte Verödung der Endometriose unter minimaler Schädigung des umliegenden Gewebes.
- Endometriome: Bei größeren Endometriomen kann eine Koagulation des Zystenbalges erfolgen (nach Probenentnahme zur histologischen Aufarbeitung), um die Ovarialfunktion zu erhalten beziehungsweise im Vergleich zur Zystenausschälung zu schonen.
- Tief infiltrierende Endometriose: Hier ermöglicht die Laserchirurgie eine präzise Entfernung tief infiltrierender Herde mittels Schneidefunktion.

Der Einsatz von Lasern bietet mehrere Vorteile:

- Hohe Präzision: Laser ermöglichen eine exakte Gewebeablation wodurch gesunde Strukturen geschont werden. (2)
- Geringere thermische Schädigung: Der CO_2-Laser verursacht minimale thermische Schäden im Vergleich zu anderen Methoden.
- Verbesserte Hämostase: Durch die Koagulationsfunktion des Lasers kommt es zur Blutstillung, was den intraoperativen Blutverlust minimiert. (3)
- Schonung ovarielle Reserve: Die Ablation von Endometriomen im Vergleich zur Zystenausschälung resultiert bei Kinderwunschpatientinnen in einer geringeren AMH- und AFC-Abnahme. (1, 4)



© Frauenklinik, laparoskopische Laser-OP Ovar rechts

Zu berücksichtigende Risiken der Laserchirurgie sind:

- Thermische Schäden: Bei unsachgemäßer Anwendung kann es zu thermischen Verletzungen benachbarter Organe kommen.
- Rezidivrate: Wie bei anderen chirurgischen Verfahren besteht die Möglichkeit eines Wiederauftretens der Endometriose. (1)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Laserchirurgie eine wertvolle Therapieoption in der operativen Behandlung der Endometriose darstellt. Die Anwendung sollte von hinsichtlich Laser-Anwendung geschulten und erfahrenen Operateur:innen unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums erfolgen. Wie auch bei konventioneller laparoskopischer Endometriosetherapie ist eine postoperative Rezidivprophylaxe unumgänglich.

Vor diesem Hintergrund wendet die Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe seit Anfang diesen Jahres zur laparoskopischen Endometriosesanierung den Laser SmartXide2 an. Neben der peritonealen Vaporisation von Endometrioseherden wird insbesondere bei Kinderwunschpatientinnen auf die Ausschälung von Endometriomen verzichtet und der Zugang der Laser-Koagulation des Zystenbalges zur Schonung der ovariellen Reserve gewählt.

Literatur

(1) Paik H, Jee BC. Impact of Ablation Versus Cystectomy for Endometrioma on Ovarian Reserve, Recurrence, and Pregnancy: An Updated Meta-Analysis. Reprod Sci. 2024 Jul;31 (7):1924-1935. doi: 10.1007/s43032-024-01512-z. Epub 2024 Mar 20. Erratum in: Reprod Sci. 2024 May;31(5):1429. doi: 10.1007/s43032-024-01528-5. PMID: 38509401.

(2) Angioni S, Nappi L, Sorrentino F, Peiretti M, Daniilidis A, Pontis A, Tinelli R, D'Alterio MN. Laparoscopic treatment of deep endometriosis with a diode laser: our experience. Arch Gynecol Obstet. 2021 Nov;304(5):1221-1231. doi: 10.1007/s00404-021-06154-z. Epub 2021 Aug 26. PMID: 34448038; PMCID: PMC8490256.

(3) Di Michele S, Bramante S, Angioni S, Bernassola M, De Vita T, Iaccarino DA, Giannoni L, Rosati M. Superficial Peritoneal Endometriosis Vaporization Using a CO2 Laser: A Long-Term Single-Center Experience. J Clin Med. 2024 Mar 17;13(6):1722. doi: 10.3390/jcm13061722. PMID: 38541947; PMCID: PMC10971539.

(4) Adamyan L, Kasyan V, Pivazyan L, Isaeva S, Avetisyan J. Laser vaporization compared with other surgical techniques in women with ovarian endometrioma: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2023 Aug;308(2):413-425. doi: 10.1007/s00404-022-06799-4. Epub 2022 Sep 29. PMID: 36175684.

Autorin:
Dr.in Hanna Hosa

News I: Rezertifizierung Endometriosezentrum

Erfreulicherweise wurden wir Ende letzten Jahres erneut für weitere 5 Jahre als Endometriosezentrum rezertifiziert .

Unter der Leitung von Priv.-Doz.in Dr.in Beata Seeber, Univ.-Klinik für Endokrinologie und Reproduktiosmedizin, konnten beide Kliniken gemeinsam anhand der Fallzahlen und der innerklinischen Abläufe ihre Expertise sowohl in der konservativen wie auch der chirurgischen Betreuung von Patientinnen mit Endometriose im Rahmen der Visitation durch Dr. Radek Chvatal am 07.10.2024 exzellent darstellen.

URKUNDE

Endometriosezentrum

Medizinische Universität Innsbruck - Tirol Kliniken

Hiermit bestätigen wir der Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Department Frauenheilkunde, dass ihr Endometriosezentrum unter der Leitung von Assoz. Prof. Priv. - Doz. Dr. med. Beata Seeber nach erfolgreicher Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität als „Zertifiziertes Endometriosezentrum" rezertifiziert ist.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl - Werner Schweppe
Vorstand Stiftung Endometriose-Forschung
Vorsitzender der Zertifizierungskommission

Prof. Dr. med. Stefan P. Renner
Vorstand EEL

Stiftung Endometriose Forschung

Europäische Endometriose Liga

Dieses Zertifikat gilt bis Oktober 2027

Insbesondere die hervorragende Zusammenarbeit zwischen unseren beiden Kliniken - gemeinsam mit den Universitätskliniken für Chirurgie (VTT), Urologie, Radiologie, Anästhesie (Schmerzambulanz) und Psychiatrie - ermöglicht es, Patientinnen mit all Ihren Bedürfnissen zu erfassen und zu betreuen.

Auch ein neuer Folder wurde gemeinsam erstellt, den Sie hier für Ihre Patientinnen herunterladen können: data.cfm

Autorin:
Dr.in Alexandra Ciresa-König

News II: Rezertifizierung Beckenbodenzentrum

Wir sind stolz, dass wir im Herbst 2024 als erste Organisation Österreichs bereits zum 5. Mal rezertifiziert wurden.

Ein besonderer Dank geht an alle Beteiligten der Pflege (Kontinenz- und Stomaschwestern, PhysiotherapeutInnen) und an die Tirol Kliniken für die logistische Unterstützung.

qualityaustria
Erfolg mit Qualität

MKÖ

ZERTIFIKAT

Die Quality Austria Certification GmbH in Kooperation mit der MKÖ - Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich stellt folgender Organisation ein Quality Austria Zertifikat aus:

Dieses Quality Austria Zertifikat bestätigt die Anwendung und Weiterentwicklung eines wirksamen Systems entsprechend den Forderungen der MKÖ Kriterien an ein Beckenbodenzentrum.

Landeskrankenhaus Universitätskliniken Innsbruck
Österreich / 6020 / Innsbruck / Anichstrasse 35

MKÖ Zertifizierung als Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Innsbruck

Registriernummer: MKÖ-00009/0
Erstausstellung: 14. Juli 2021
Gültig bis: 13. Juli 2027

Die Gültigkeit dieses qualityaustria Zertifikates wird durch dreijährliche Verlängerungsaudits aufrechterhalten.

Wien, am 26. November 2024

OA Dr. Michael Rutkowski
MKÖ Präsident

Quality Austria Certification GmbH,
AT-1010 Wien, Zelinkagasse 10/3

Mag. Christoph Mondl
CEO

Mag. Dr. Werner Pair
CEO

Dr. Günther Schreiber
Fachbeauftragter

Die aktuelle Gültigkeit des Zertifikates ist ausschließlich im Internet unter

Zuweisungen bei komplexen Fällen (wie zum Beispiel Kombinationen aus Harn- und Stuhlinkontinenz, Rezidivsituationen, Zusatzfaktoren wie zum Beispiel neurologischen Störungen) können jederzeit über die KBZ Hotline +43-50-504-22622 oder per mail an lki.kbz@tirol-kliniken.at übermittelt werden.

Weitere Informationen finden Sie unter:

https://beckenbodenzentrum-innsbruck.tirol-kliniken.at/

Autor:
Dr. Stephan Kropshofer

Personalia:
GCIG - neuer Vorsitzender (Chair-elect)
Prof. Christian Marth

Die Gynecological Cancer Intergroup (GCIG) ist eine internationale Plattform, die sich auf die Förderung der Forschung und klinischen Praktiken im Bereich gynäkologischen Onkologie konzentriert. Die Organisation bringt weltweit die wichtigsten Studiengruppen zusammen, die sich mit unterschiedlichen Aspekten von gynäkologischen Tumoren befassen. Ziel der GCIG ist es, die Zusammenarbeit zwischen diesen Gruppen zu stärken, um die Durchführung multizentrischer Studien zu erleichtern und evidenzbasierte Behandlungsrichtlinien zu entwickeln.

© Frauenklinik

Ein Schlüsselelement der GCIG ist die Schaffung eines Netzwerks, das den Austausch von Forschungsergebnissen und klinischen Erfahrungen fördert. Darüber hinaus dient die GCIG als Plattform für die Entwicklung von Studienprotokollen und die Durchführung von klinischen Studien, die auf die Verbesserung der Behandlungsergebnisse für Patientinnen abzielen.

Kürzlich wurde Christian Marth zum neuen Vorsitzenden (Chair-elect) der GCIG gewählt. Mit seiner umfangreichen Erfahrung in der gynäkologischen Onkologie und seiner Leidenschaft für die Verbesserung der Patientinnenversorgung wird erwartet, dass er die Zusammenarbeit innerhalb der Studiengruppen weiter intensiviert und innovative Forschungsprojekte vorantreibt. Unter seiner Leitung strebt die GCIG an, globale Standards in der Behandlung gynäkologischer Krebserkrankungen zu setzen und die Lebensqualität von Patientinnen weltweit zu verbessern.

Homepage: Executive Team | GCIG

Preis Brigitte Zollner Stiftung 2024 - Dr. Christine Brunner

Der seit 2022 für „herausragende wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der Frauenheilkunde und der damit zusammenhängenden Onkologie unter besonderer Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte“ vergebene Preis wurde im Rahmen einer festlichen Feierstunde am 5. Februar 2025 bereits zum zweiten Mal vergeben. Die glückliche Gewinnerin Christine Brunner nahm den Preis von Vizerektorin Christine Bandtlow und Preisstifterin Brigitta Zollner entgegen. Christian Marth, Direktor der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, hob in seiner Laudatio die Zielstrebigkeit und Energie der Preisträgerin hervor.

Ihre Energie für die Wissenschaft nimmt Christine Brunner aus der Arbeit mit den Patientinnen. „Die Probleme der Krebspatientinnen erlebe ich ja direkt, das weckt meinen Forschergeist, dann versuche ich, Lösungen zu finden und überlege mir ein Studiendesign. Ich bin kein Labormensch“, erzählt die gebürtige Südtirolerin. Es sind vor allem Lösungen, die dem Abbruch von Krebstherapien entgegenwirken sollen, an denen Brunner interessiert ist.

v.l.: Rektor Wolfgang Fleischhacker, Preisstifterin Brigitta Zollner, Preisträgerin Christine Brunner, Vizerektorin Christine Bandtlow und Klinikdirektor Christian Marth. ©MUI/Bullock

„Ohne Nebenwirkungsmanagement werden Therapien oft nicht fortgesetzt. Die Patientinnen von heute sind selbstbewusster und entscheiden sich aus Angst vor Nebenwirkungen gegen die Weiterführung einer Therapie. Das wollen wir verhindern, indem wir Aufklärung und neue Ansätze anbieten“, so Brunner. „Im größten Brustgesundheitszentrum Westösterreichs über einen großen Patientinnen- und Datenschatz zu verfügen, sind ideale Voraussetzungen für Studien, die auch während der Corona-Pandemie stets weitergeführt wurden.“

Diesen wertvollen Datenschatz machte sich Christine Brunner auch in der nun mit dem Brigitta-Zollner-Wissenschaftspreis ausgezeichneten und mit Unterstützung des Brustgesundheitszentrums durchgeführten CROPSI-Studie zunutze. In dieser Studie, deren Bezeichnung sich aus den Anfangsbuchstaben von Kryo und Kompression ableitet und sich außerdem an

den Nachnamen eines Kollegen anlehnt, stehen Chemotherapie-induzierte periphere Neuropathien (CIPN) im Fokus. „Im Laufe der Chemotherapie kommt es bei den Patientinnen meist zu einer Neuropathie 2. Grades, d.h., es sind bleibende Schäden zu erwarten, die Sensibilität an Fingern und Füßen sowie die Feinmotorik ist gestört", beschreibt Brunner die in der Literatur sehr häufig beschriebene Nebenwirkung.

Brunner und ihr Team untersuchten nun, ob die Kryokompression (eine Kombination aus Kälte und Druck) bei Patientinnen mit Chemotherapie-bedingter Nervenschädigung wirksamer ist, als die herkömmliche Kryotherapie (nur Kälte). Die Studie lief von Mai 2020 bis Januar 2023 und umfasste 200 Patientinnen mit gynäkologischer Krebsdiagnose, die eine Chemotherapie erhielten.

„Wir führten Temperaturmessungen, zwei Fragebögen und neurologische Tests während der Chemotherapie sowie Nachuntersuchungen nach Abschluss der Therapie durch. Beim Effekt der beiden Maßnahmen konnten wir keinen Unterschied feststellen. Sowohl die Kühlung allein als auch die Kühlung plus Kompression in Form von eng anliegenden OP-Handschuhen zeigten Wirkung, indem sie zur Verengung der Gefäße führen und das Chemotherapeutikum dadurch nicht in die Gefäße gelangt", beschreibt Brunner die zentrale Erkenntnis. Zwar sei damit die Wirksamkeit beider Methoden bestätigt, der zugrundeliegende Pathomechanismus aber noch nicht ganz verstanden. Mit den Ergebnissen der CROPSI-Studie könne es allerdings gelingen, die Therapietreue der Patientinnen zu erhöhen, da Nebenwirkungen vermieden werden können.

„Gerade weil Krebspatientinnen die Nebenwirkungen der Therapie erleben, ist es wichtig, Nebenwirkungen in den Griff zu bekommen", so die Preisträgerin.

Links:

Cropsi study: Efficacy and safety of cryotherapy and cryocompression in the prevention of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients with breast and gynecological cancer–A prospective, randomized trial. C. Brunner et al.

https://doi.org/10.1016/j.breast.2024.103763
Preis der Brigitta Zollner Stiftung

Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

BrustGesunheitsZentrumTirol

Autorin:
Mag.a Doris Heidegger / MUI

Präsidentschaft AUB - Dr. Stephan Kropshofer

Stephan Kropshofer beschäftigt sich – neben seiner Tätigkeit als stellvertretender Leiter der „benignen Gynäkologie“ an der Frauenklinik – seit über 25 Jahren mit dem Thema Senkung/Inkontinenz und Störungen des Beckenbodens. Neben seiner Tätigkeit als Vortragender, Forscher und Tutor hat er sich in den letzten Jahren ebenso als federführender Autor bei der Erstellung der OEGGG/DGGG/SGGG Leitlinie „Management von Dammrissen dritten und vierten Grades nach vaginaler Geburt“ einen Namen gemacht.

© Frauenklinik

In seiner Amtsperiode werden der Ausbau der Serviceorientierung der AUB, die Rekrutierung neuer Mitglieder, die Ankurbelung der wissenschaftlichen Forschung und die Annäherung an andere Fachgesellschaften im Mittelpunkt stehen. (Quelle: AUB)

Nurse2Lead-Ausbildung 2024 - Eva Kindermann

© Kindermann
Eva Kindermann (2. Reihe, 4. von links) mit den weiteren Absolvent:innen

Die Tirol Kliniken legen großen Wert auf die Qualifizierung von Führungskräften. Nurse2Lead ist ein speziell für Führungskräfte aus allen Bereichen des Unternehmens entwickeltes Programm mit Fokus auf Rollenklarheit, Authentizität und Einsatz moderner Führungsinstrumente.
Frau Kindermann hat die Nurse2Lead-Ausbildung 2024 erfolgreich absolviert und setzt die gewonnen Erkenntnisse nun gezielt in ihrer Rolle als leitende Hebamme ein.

Neu bei uns -
wir freuen uns über die Bereicherung des ärztlichen Teams unseres BrustGesundheitZentrums

Dr. Annette Reiner

Ursprünglich in München geboren, habe ich in Heidelberg Medizin studiert. Die Liebe zu den Bergen führte mich dann nach Rosenheim wo ich meine gesamte Facharztausbildung absolvierte. Bis zur Geburt meines zweiten Sohnes habe ich dort die gynäkologische onkologische Tagesklinik als Fachärztin betreut. Nach meiner Karenz kam der Wunsch nach einer örtlichen Neuorientierung auf. Bergnah sollte es aber bleiben und so bin ich mit meiner Familie in Innsbruck gelandet. Meine beiden Söhne gehen in die Kinderbetreuung der Tirol Kliniken und werden bald echte Tiroler.

Mein Mann ist im LKH Hall als Allgemeinchirurg tätig, wir wurden sehr herzlich hier in Innsbruck willkommen geheißen und fühlen uns sehr wohl. Wir freuen uns jetzt auf unseren ersten Sommer in den Tiroler Bergen.

Schwerpunkt der Tätigkeit ist die Patientinnenbetreuung im BrustGesunheitZentrum Tirol und am CCCI (Comprehensive Cancer Center Innsbruck).

Dr. Sandra Toth

© beide Fotos: Frauenklinik

Als gebürtige Burgenländerin absolvierte ich mein Medizinstudium in Innsbruck und entdeckte damals meine Liebe zu den Tiroler Bergen. Nach dem Medizinstudium verschlug es mich in die Schweiz, wo ich meine Facharztausbildung im GZO Spital Wetzikon und im Stadtspital Zürich absolvierte.

Im Anschluss daran war ich knapp 3 Jahre als Oberärztin im Kantonsspital Winterthur tätig, wo meine Schwerpunkte vor allem in der Senologie sowie operativen Gynäkologie lagen.

Da mich die Liebe zu den Tiroler Bergen nie losgelassen hat musste nach 8 Jahren in Zürich eine Veränderung her und ich entschloss mich meinen Lebensmittelpunkt wieder nach Innsbruck zu verlegen. Nun bin ich seit Januar 2025 Teil des Teams im BrustGesundheitZentrum Tirol.

Welt-Kontinenz-Woche
Infotag für Patientinnen am 16.06.2025, 16:00 Uhr HS Kinderherzzentrum

Diese Veranstaltung findet wieder als Gemeinschaftsprojekt des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums Innsbruck und der Frauenklinik statt.

Ziel dieser internationalen Initiative von ICS (International Continence Society) und WFIPP (World Federation of Incontinence and Pelvic Problems) in Kombination mit den nationalen Partnerorganisationen - wie zum Beispiel der AUB - ist es, von Inkontinenz und Blasenentleerungsstörungen betroffene Menschen und deren Angehörige über die Möglichkeiten der Vorbeugung sowie Behandlung zu informieren und das schambesetzte Leiden ein Stück weit aus dem Tabu zu holen.

Das KBZ legt heuer einen Schwerpunkt auf die „Basics" der Inkontinenz-Erkrankungen aus der Sicht der einzelnen teilnehmenden Abteilungen

© Tirol Kliniken, Das Team des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums unter der Leitung von Dr. S. Kropshofer (2.v.l.)

und der Physiotherapie – denn Probleme mit der Kontinenz sind erfahrungsgemäß meistens multifaktoriell.

Zielgruppe der Aktivitäten sind Laien beziehungsweise Betroffene, welche an der Klinik über das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Innsbruck umfassend über die interdisziplinären Diagnose- und Therapiemöglichkeiten der drei Hauptpartner Chirurgie, Gynäkologie und (Neuro) Urologie informiert werden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie dann den noch extra zugesendeten Aushang Ihren Patientinnen zugängig machen könnten.

Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Innsbruck | kbz innsbruck

MKÖ – medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich

AUB – Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie & Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie

Autor:
Dr. Stephan Kropshofer

Faxablöse - neue Kommunikationswege

Die Übermittlung von Patient:innendaten ist von Gesetzes wegen nur mehr per DAME beziehungsweise per secure Mail möglich

Da die Übermittlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten per Fax seit 01.01.2025 für alle Gesundheitsdiensteanbieter nicht mehr zulässig ist, haben sich die Tirol Kliniken dazu entschieden, diese zukünftig mittels DAME oder MedicalNet zu versenden oder per verschlüsselter E-Mail (Secure Mail) zu übermitteln.

Ansuchen um Befundübermittlung von der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe richten Sie bitte ausschließlich schriftlich an:

⇒ lki.fr.befunde@tirol-kliniken.at

bzw. bei Patient:innen des BrustGesundheitZentrums (BGZ) an:

⇒ lki.fr.brustambulanz@tirol-kliniken.at

Für die Übermittlung von Befunden und Arztbriefen an die Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe stehen folgende zwei Wege zur Verfügung:

⇒ DAME: 70604000

⇒ E-Mail: lki.fr.befunde@tirol-kliniken.at

an das Brustgesundheitszentrum (BGZ):

⇒ DAME: 70604000

⇒ E-Mail: lki.fr.brustambulanz@tirol-kliniken.at

Terminanfragen, -absagen oder sonstige Anfragen sind telefonisch erbeten:

Allg. Gyn. Ambulanz: +43 50 504 -23060, Mo - Fr 08.30 - 12.00
UroGynäkologie: DW 23098, Mo - Mi 8.00 - 15.00
Brustambulanz: DW 23075, Mo - Fr 08.00 - 15.30
Onkologie-Ambulanz: DW 23064, Mo - Do 08.00 - 15.30
Schwangeren-Ambulanz: DW 23070, Mo - Fr 8.00 - 11.00 und 14.00 - 15.30

Weitere Informationen zu den einzelnen Ambulanzen finden Sie auf Frauenklinik Innsbruck

Rückfragen sind bei Projektleiter Mag. Franz Preishuber unter franz.preishuber@tirol-kliniken.at oder unter Tel.: 0512-504-23105 möglich.

Machen Sie Karriere bei uns

Stellenangebot: Fachärztin/Facharzt an der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, 100%, Teilzeit möglich, ab Sommer bzw. Herbst 25

Neben einer qualifizierten Einarbeitung durch erfahrene Kolleg:innen erwartet Sie ein moderner Arbeitsplatz in einem kooperativen Team.
Als Universitätsklinik bieten wir das breite Spektrum der Gynäkologie und Geburtshilfe auf höchstem Niveau.

Initativbewerbung bitte an lki.fr.klinikleitung@tirol-kliniken.at richten

Offene Stellen für die Ausbildung zur/m Fachärzt:in für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe finden Sie

- im Mitteilungsblatt der i-med (jeden 1. + 3. Mittwoch im Monat)
- am Karriereportal der tirol-kliniken,
- im Boten für Tirol sowie
- im Mitteilungsblatt der Ärztekammer

Offene Stellen als Sekundarärztin/Sekundararzt an der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe werden veröffentlicht

- am Karriereportal der tirol-kliniken

Für Südtiroler:innen gibt es die Möglichkeit, die Ausbildung über eine sog. Südtiroler Stipendiat:innen-Stelle zu absolvieren. Das Gesuch muss beim Amt für Gesundheitsordnung, Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1, 39100 Bozen, abgegeben oder mittels Einschreibebrief mit Rückantwort an das Amt übermittelt werden.
Die Ausbildung zur/m Fachärzt:in für Frauenheilkunde erfolgt nach den entsprechenden Vorgaben der ÄAO 2015. Sie finden diese auf der Homepage der ÄK Tirol.

Fachliche und organisatorische Fragen beantwortet gerne Klinikmanager Mag. Franz Preishuber, +43 50 504 23105, franz.preishuber@tirol-kliniken.at.

Impressum:

Autor:innen:
OÄ Dr.in Christine Brunner, GfOÄ Dr.in Alexandra Ciresa-König, LOA Dr. Daniel Egle, Mag.a Doris Heidegger, OÄ Dr.in Hanna Hosa, OA Dr. Stephan Kropshofer, OÄ Dr.in Katharina Leitner, Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, Mag. Franz Preishuber, OÄ Dr.in Annette Reiner, LOÄ Dr.in Johanna Tiechl-Egle, OÄ Dr.in Sandra Toth, OÄ Dr.in Irina Tsibulak

Layout:
Mag.a Liane Goldmann