Ausgabe 02/2025
September 2025

GyNews

Offizieller Newsletter der Universitäts-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck

Liebe Kolleg:innen,

Es war 1981 bei der Innsbruck Winterkonferenz, bei der mich Günther Daxenbichler mit Prof. Dapunt bekannt gemacht hat und damit meinen Einstieg ins Labor für Fortpflanzungsfragen ermöglicht hat.

Nach der Zeit im Labor folgten Facharztausbildung, Auslandsaufenthalte und dann die Klinikleitung.
Jetzt – nach 27 erlebnisreichen Jahren – ist es für mich an der Zeit, mich von dieser bedeutenden Phase meines Lebens zur verabschieden und zu neuen Ufern aufzubrechen. Es war eine Reise, die von zahlreichen Herausforderungen, unvergesslichen Momenten und vor allem von außergewöhnlichen Menschen geprägt war.

© Frauenklinik

In meiner Rolle als Klinikleiter hatte ich die Ehre, nicht nur eine Vielzahl von Patientinnen auf ihrem Weg zu begleiten, sondern auch mit einem engagierten Team zu arbeiten, das stets sein Bestes gegeben hat.
Die Zusammenarbeit an der Frauenklinik, aber auch mit dem niedergelassenen Bereich mit so vielen talentierten und leidenschaftlichen Kolleginnen und Kollegen, hat meine Zeit sehr bereichert und mir gezeigt, was es bedeutet, Teil einer Gemeinschaft zu sein, die sich dem Wohl anderer verschrieben hat.

Danke
Nach der vom Team gestalteten Abschiedsfeier möchte ich mich noch einmal herzlich bei jedem Einzelnen von Ihnen bedanken. Ihr Engage-

ment, Ihre Professionalität und Ihre Empathie haben nicht nur unseren Patientinnen, sondern auch mir viel bedeutet. Sie haben viel dazu beigetragen, eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Patientinnen im Mittelpunkt stehen.
Gemeinsam haben wir Herausforderungen gemeistert, Erfolge gefeiert und wertvolle Erfahrungen gesammelt.

Mein besonderer Dank geht an mein Führungsteam, das mich immer unterstützt und inspiriert hat. Ihr Ideenreichtum und ihre Entschlossenheit haben maßgeblich dazu beigetragen, die Frauenklinik weiter zu entwickeln und zukunftsorientierte Lösungen zu finden.

Abschied bedeutet jedoch nicht das Ende, sondern vielmehr eine Transition: ich gehe mit vielen positiven Erinnerungen und dem Wissen, dass die Klinik in guten Händen ist.
Daniel Reimer wird die interimistische Leitung der Klinik übernehmen und seine jahrelange Erfahrung, Auslandsaufenthalte und sein wissenschaftlicher Hintergrund stimmen mich zuversichtlich, dass das Team weiterhin wachsen und gedeihen wird und dass die Werte, die wir gemeinsam aufgebaut haben, auch in Zukunft hochgehalten werden.

In der kommenden Zeit werde ich mich neuen Herausforderungen und Möglichkeiten zuwenden, doch eine Sache bleibt unverändert: mein tiefes Dankesgefühl gegenüber Ihnen allen.

Ihr Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

Interimistische Leitung der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ab 01.10.2025

Mit Freude haben wir Anfang des Sommers erfahren, dass Daniel Reimer mit seiner Stellvertreterin Verena Wieser die interimistische Leitung unserer Klinik bis zur Neubesetzung übernehmen werden.

Lesen Sie hier eine kleine Zusammenfassung der Lebensläufe, damit auch jene, die nicht täglich mit ihnen zusammenarbeiten, beide besser kennen lernen:

Assoc.Prof. PD Dr. Daniel Reimer

Daniel Reimer hat in Innsbruck Medizin studiert und an der Pharmakologie zum Thema „Heterogenity of b-Subunits of L-Typ Ca2+-channels in Neurons and uterine and vascular Smooth Muscle“ dissertiert.

© Frauenklinik

Schon damals zeigte sich sein Interesse an gynäkologischen Themen. Er hat während des Studiums über Jahre im Pflegebereich des LKH Hall mitgearbeitet, wodurch ihm noch vor seiner ärztlichen Tätigkeit die Bedeutung der guten Zusammenarbeit Pflege-Ärzte bewusst wurde. Er hat aber auch als wissenschaftlicher Mitarbeiter von 1994 bis 1999 und dann als „post doc“ bis 2001 am Departement Pharmakologie mitgearbeitet, wodurch sein Interesse an wissenschaftlicher Forschung weiter genährt wurde.

Von 2001 bis 2007 hat er an unserer Klinik die Facharztausbildung für Gynäkologie und Frauenheilkunde durchlaufen und schon sehr früh orientierte er sich in Richtung gynäkologische Onkologie, was mit dem Additivfach „Gynäkologische Onkologie“ (European Gynaecologic Oncologist Accreditation) neben seiner oberärztlichen Tätigkeit an unsere Subabteilung auch international bestätigt wurde.

Ab 2010 leitete er die gynäkologisch-onkologische Ambulanz, dann auch die Bettenstation und 2012 habilitierte er sich zum Thema „The emerging role of E2F TF in Tumorigenesis and in EGF-mediated signaling in Ovarian Cancer".

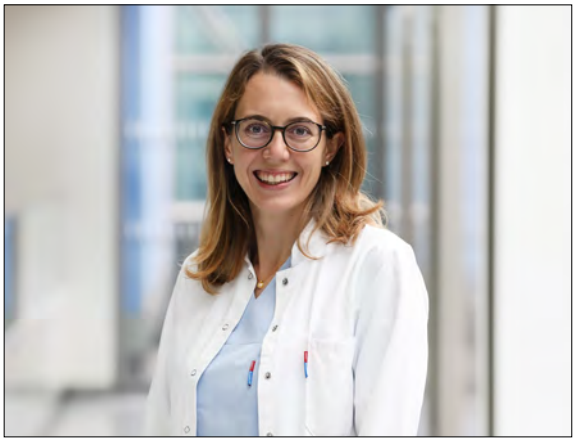
Von 2013 bis 2014 war er als stationsführender Oberarzt bei Prof. Jalid Sehouli an der Klinik für Gynäkologie, europäisches Kompetenzzentrum für Eierstockkrebs, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Deutschland, tätig und vertiefte dort seine Ausbildung in der gynäkologischen Onkologie und Viszeralchirurgie.
2015 erhielt er eine Gastprofessur an der Klinik für Gynäkologie, europäisches Kompetenzzentrum für Eierstockkrebs, Charité - Universitätsmedizin Berlin, CVK, Berlin, Deutschland.
2024 wurde er zum ersten stellvertretenden Klinikdirektor durch das Rektorat benannt.
Sein operativer Schwerpunkt ist die gynäkologische Onkologie, mit Erweiterung Senologie: So hat er über Jahre sein operatives Spektrum von malignen gynäko-onkologischen Operationen bei Erkrankungen des weiblichen Genitales in weit fortgeschrittenen Stadien perfektioniert. Zuletzt hat er zusätzlich seine operativen Skills um senologische Eingriffe erweitert und deckt damit alle gynäko-onkologischen Eingriffe der Frau ab.

Darüber hinaus hat er sich in der gynäkologischen Systemtherapie durch breites Wissen und exaktem Studium der aktuellen Literatur seit jeher der optimalen Betreuung der onkologischen und nun auch senologischen Patientinnen gewidmet.
Er unterrichtet an zahlreichen Hochschulen (Eurak, Claudiana, Hebammenhochschule Innsbruck etc.) und ist Mitglied in zahlreichen Fachgesellschaften, unter anderem seit 2015 als Vorstandsmitglied der Arbeitsgruppe für gynäkologische Onkologie (AGO) Österreich und der Nord-Ostdeutschen Gesellschaft für gynäkologische Onkologie (NOGGO).
Prof. Reimer hat eine große Zahl an Publikationen verfasst (75 Beiträge in internationalen Journalen, 10 Buchbeiträge, >100 Poster/Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen), ist in verschiedensten medizinischen Journalen als Editorial Board Member und gefragter Reviewer vertreten.

Vor allem zeichnen ihn aber auch seine positive Lebenshaltung, sein Optimismus, seine Empathie und seine Fürsorge für Patientinnen aus.

Priv. Doz. Dr. Verena Wieser, PhD

Vertreten wird er durch Verena Wieser. Die gebürtige Innsbruckerin promovierte 2011 und absolvierte im Anschluss an das Medizinistudium das PhD-Programm Inflammation and Infectious Diseases am Department für Innere Medizin – Gastroenterologie und Stoffwechsel an der Medizinischen Universität Innsbruck. Parallel dazu begann sie ihre Facharztausbildung für Innere Medizin, bevor sie 2015 an unsere Klinik wechselte, wo sie die Facharztausbildung für Gynäkologie und Geburtshilfe fortsetzte und 2021 abschloss.



© Frauenklinik

Noch vor Abschluss ihrer Facharztausbildung habilitierte sich Verena Wieser im Jahr 2021 mit dem Thema "Inflammation characterises gynecological malignancies" und ist seither als Oberärztin an unserer Klinik tätig, zunächst mit Schwerpunkt in der Senologie, nunmehr in der gynäkologischen Onkologie.

Nach ihrer Rückkehr aus der zweiten Elternkarenz wurde sie 2024 zur 2. stellvertretenden Klinikdirektorin durch das Rektorat benannt. Aktuell absolviert sie zudem das international renommierte Fellowship der European Society of Gynaecological Oncology (ESGO).

Verena Wieser ist Autorin bzw. Co-Autorin von über 40 Originalarbeiten und Übersichtsartikeln. Sie engagiert sich als aktives Mitglied in verschiedenen nationalen und internationalen Fachgesellschaften und fungiert als Gutachterin für zahlreiche medizinische Fachzeitschriften.

Auch sie ist eine der Stützen unserer Patientenversorgung, die neben Wissenschaft, Forschung und Lehre die Herzensangelegenheit von Verena ist. Sie zeichnet sich durch patientenzentrierte Behandlung und Betreuung

sowohl im operativen als auch systemtherapeutischen Setting unserer onkologischen Einheit aus.

Darüber hinaus widmete sie sich zuletzt neben ihrer klinischen und forschenden Tätigkeit intensiv der Reform der Vorlesungen an unserer Klinik und liefert damit einen wertvollen Beitrag für die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses.

Wir freuen uns über unsere Interimistische Leitung und sind so sicher, dass wir die Klinik in diesen herausfordernden Zeiten der Sparmaßnahmen in guten Händen wissen.

Autorin:
Dr.in Alexandra Ciresa-König

Ausbildungsevaluierung der ETH Zürich

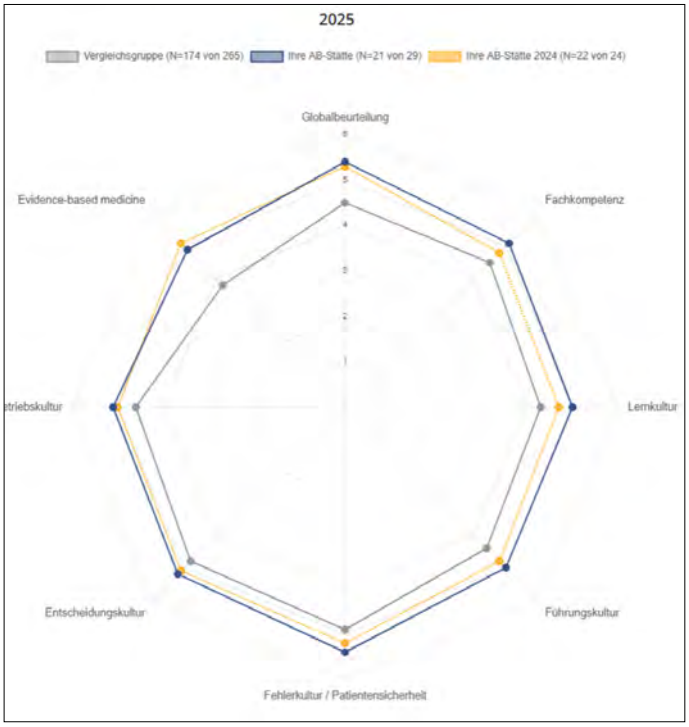
Zum wiederholten Mal hat die Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck ausgezeichnete Bewertungen in der Ausbildungsevaluierung erhalten

Unserer Klinik bildet derzeit 24 hoch engagierte ÄrztInnen zum/zur "Facharzt/Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe" aus.
Das Engagement von ihnen, aber auch der ausbildenden Fachärzte ist enorm, denn die alltäglich anfallende Arbeit an Patientenversorgung, Lehre und Forschung unter den gesetzlichen Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes sind herausfordernd und lassen wenig Spielraum.
Trotz der immer größer werdenden Anforderungen ist es unserer Klinik gelungen, den Ausbildungsstandard zu halten, ja im Vergleich zum ausgezeichneten Ergebnis des Vorjahrs mit repräsentativer Rücklaufquote noch weiter zu verbessern. Darüber freuen wir uns außerordentlich!

Die Ergebnisse aller Abteilungen Österreichs sind nachzulesen unter dem Link der Ärztekammer: Ausbildungsevaluierung 2025

Besonders freut uns, dass wir im nationalen Vergleich mit allen gynäkologischen Abteilungen die beste Beurteilung im Ranking der großen gynäkologischen Kliniken aufweisen.

In gelb sehen Sie die Beurteilung des letzten Jahres, in grau die Werte der Vergleichsgruppe (alle Österreichischen gynäkologischen Abteilungen) und blau bildet das hervorragende Ergebnis von 2025 ab:



© ETH
Eidgenössische Technische Hochschule Zürich

Autorin:
Dr.in Alexandra Ciresa-König

AWMF Leitlinie „Lichen sclerosus“

AMWF Register- Nr: 013-105, 202

Am 16.6.2025 wurde die AWMF Leitlinie zur Behandlung des Lichen sclerosus veröffentlicht, an der unsere Klinik mitwirken durfte

Die Leitlinie zeichnet sich durch eine praxisbezogene, genaue Aufarbeitung der internationalen Literatur aus und umfasst die Behandlung von Personen jeden Geschlechts und Alters sowie auch des extragenitalen Lichen sclerosus.

Die praktischen Tipps zur Kommunikation mit Patientinnen, wie zum Beispiel auch die Anwendung eines Spiegels bei der Untersuchung, um genau zu erklären, wo und wieviel der cortisonhältigen Topika zur Therapie angewendet werden soll, sind hilfreich in der täglichen Praxis.

Durch diese Leitlinie wird hoffentlich die Sorge von ÄrztInnen und Patientinnen vor der Verwendung von Cortison Klasse IV (Clobetasol- Dermovate®) bzw. Klasse III (Mometasonfumorat-Elocon®) reduziert. Es wird auch Klarheit geschaffen, wie lange und in welcher Dosierung gecremt werden soll: nämlich 3 Monate jeden Abend ca. 1 cm Salbe (Hälfte des Fingerendglieds) mit anschließender Erhaltungstherapie 1 - 2x / Woche als Dauertherapie.

Alternative Behandlungsmethoden wie Anwendung von Calcineurininhibitoren, Retinoiden, Laserbehandlungen oder Plateled rich Plasma (PRP) werden mit entsprechendem wissenschaftlichen Hintergrund, Erkenntnisstand und Sinnhaftigkeit erklärt und beurteilt.

Gut lesbar und hilfreich in der täglichen Praxis:

013-105l_S3_Lichen-sclerosus_2025-06.pdf

Autorin:
Dr.in Alexandra Ciresa-König

Update der ESGO/INCIP-Leitlinien zur Betreuung von Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen in der Schwangerschaft

Etwa 15–20 % aller gynäkologischen Malignome treten bei Frauen unter 40 Jahren auf und betreffen damit auch Patientinnen mit Kinderwunsch oder bestehender Schwangerschaft.

Gynäkologische Krebserkrankungen in der Schwangerschaft sind selten (2– 5 Fälle pro 100.000 Schwangerschaften), stellen jedoch eine besondere Herausforderung dar. Neben anatomischen und physiologischen Besonderheiten müssen ethische Fragen berücksichtigt werden, während evidenzbasierte Empfehlungen häufig begrenzt sind. Eine Umfrage der europäischen Taskforce „Cancer in Pregnancy" zeigte 2013, dass Therapieaufschub, Schwangerschaftsabbruch und iatrogene Frühgeburt weit verbreitete Behandlungsstrategien darstellen. Dies unterstreicht die Unsicherheit im Umgang mit schwangeren Patientinnen mit Krebserkrankungen.

In der aktuellen Ausgabe des *International Journal of Gynecological Cancer* veröffentlichen Amant et al. die aktualisierten European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) / International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy (INCIP) Leitlinien zur Betreuung von Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen während der Schwangerschaft. Die Empfehlungen decken Diagnostik, chirurgische und systemische Therapie, geburtshilfliche und neonatologische Betreuung sowie psychosoziale Aspekte umfassend ab. Die AutorInnen betonen, dass onkologische Erkrankungen in der Schwangerschaft nicht unterschätzt werden dürfen und plädieren für eine rasche Abklärung potenziell malignitätsassoziierter Symptome bei Schwangeren, insbesondere in nicht gescreenten Populationen oder bei fortgeschrittenem maternalen Alter.
Wie bereits in den vorherigen Leitlinien dargelegt, werden Ultraschall und diffusionsgewichtete Magnetresonanztomographie als primäre sicher; neuere Wirkstoffe wie Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, Angiogenesehemmer oder Immuncheckpoint-Inhibitoren sollten mangels Sicherheitsdaten nicht eingesetzt werden.

Ein weiteres Update betrifft die Verabreichung der Chemotherapie. Zur Reduktion des Thromboserisikos wird der Einsatz eines Port-a-Cath gegenüber peripher eingelegten zentralvenösen Kathetern empfohlen.
Die Leitlinien geben zudem konkrete Empfehlungen zum fetalen Monitoring während der Chemotherapie, inklusive serieller Ultraschalluntersuchungen und Dopplerdiagnostik bei Einsatz potenziell hämatotoxischer Substanzen (z. B. die maximale Geschwindigkeit der A. cerebri media zur Anämieerkennung). Bei Verdacht auf fetale Anämie werden Dosisreduktion, Therapieaufschub oder intrauterine Transfusionen empfohlen. Die Entbindung sollte mindestens zwei bis drei Wochen nach der letzten Chemotherapie liegen, um mütterliche Infektionsrisiken und das Risiko der fetalen Myelosuppression zu minimieren. Bildgebungsverfahren für Diagnostik, Staging und Therapieansprechen empfohlen; eine Computertomographie mit jodhaltigem Kontrastmittel oder eine niedrig dosierte PET-CT Untersuchung kann in klinisch relevanten Situationen erwogen werden.
Für frühe Zervixkarzinome und organbegrenzte tubo-ovarielle Karzinome wird eine definitive Operation im ersten oder frühen zweiten Trimester empfohlen. Vulvakarzinome sollten unabhängig vom Gestationsalter radikal entfernt werden. Wenn möglich, erfolgt das chirurgische Staging analog zu nicht schwangeren Patientinnen (bei Zervixkarzinom < 24 SSW, bei Ovarialkarzinom < 18 SSW).

Die systematische Lymphadenektomie bleibt beim Zervixkarzinom Standard; die Sentinellymphknoten-Entfernung gilt in der Schwangerschaft weiterhin als experimentell. Indocyaningrün könnte aufgrund seiner fehlenden Plazentagängigkeit bald zur bevorzugten Methode für Sentinel-Mapping werden. Patentblau und Indocyaningrün werden beim Vulvakarzinom aktuell (noch) nicht empfohlen, Technetium kann jedoch unter strengen Sicherheitsprotokollen eingesetzt werden. Ob Sentinellymphknoten-Entfernung oder systematische Lymphadenektomie bei Vulvakarzinomen vorzuziehen ist, bleibt offen.
Bei fortgeschrittenen Zervix- und Ovarialkarzinomen stellt eine neoadjuvante Chemotherapie die bevorzugte Option zur Schwangerschaftserhaltung dar, während sie beim Vulvakarzinom nicht empfohlen wird. Eine iatrogene Frühgeburt ist nur bei nodal-positiven oder fortgeschrittenen Vulvakarzinomen indiziert, um eine postoperative Radiotherapie inner-

halb von acht Wochen zu ermöglichen. Schwangerschaftsabbruch kann bei fortgeschrittener Erkrankung oder früher Gestationswoche erwogen werden. Klassische Zytostatika (Anthrazykline, Taxane, Platinum, Bleomycin, Etoposid) gelten ab dem 2. Trimester als Iatrogene Frühgeburten (< 37 SSW) sollen vermieden werden, da sie mit einem erhöhten Risiko neonataler Komplikationen einhergehen. Ein Kaiserschnitt ist bei persistierendem oder residuellem Zervix- oder Vulvakarzinom indiziert, während nach kompletter Tumorexzision oder bei tubo-ovariellen Karzinomen eine vaginale Entbindung möglich ist.
Die aktualisierten Leitlinien bieten eine umfassende Übersicht über die Prinzipien der onkologischen Versorgung schwangerer Patient*innen. Hauptziel der Empfehlungen ist die Gewährleistung der adäquaten leitliniengerechten Standardtherapie der gynäkologischen Malignomen während der Schwangerschaft. Jedoch angesichts der Seltenheit der Konstellation basieren nahezu alle Empfehlungen auf retrospektiven Analysen, Fallberichten oder Expertenmeinungen. Daher wird die Bedeutung der internationalen INCIP-Datenbank (www.cancerinpregnancy.org) hervorgehoben, um prospektive strukturierte Daten zum optimalen Management gynäkologischer Malignome in der Schwangerschaft zu gewinnen. Diese Datenbank erfasst onkologische, geburtshilfliche und neonatologische Informationen sowie alle relevanten Therapieformen einschließlich Operation, Chemotherapie, Radiotherapie und Schwangerschaftsabbruch. Solche Register sind von erheblicher Bedeutung, um eine fundierte Entscheidungsfindung für ÄrztInnen und betroffene Familien in dieser seltenen und komplexen Situation zu ermöglichen.

Link zur Leitlinie:

https://www.international-journal-of-gynecological-cancer.com/action/showPdf?pii=S1048-891X%2825%2901095-3

Autorin:
Dr.in Irina Tsibulak

Detektionsverbesserung von höher-gradigen Dammrissen

Laut Österreichischem Geburtenregister 2017 kam es im Rahmen einer vaginalen Geburt in 1,9% zu einem Dammriss III° und in 0,1% zu einem Dammriss IV°, wobei Erstgebärende zu 3,1% (DR III) respektive 0,2% (DR IV) und Mehrgebärende zu 0,9% respektive 0,1% betroffen waren. [1]
In Deutschland lagen die Inzidenzen 2017 bei 1,74% (DR III°) und 0,12% (DR IV°), Daten bezüglich der Inzidenzen für Erst- und Mehrgebärende waren nicht verfügbar. [2]
Im Gegensatz dazu wird in einem systematischen Review eine Inzidenz von Läsionen des M.sphincter ani externus oder internus von 11% angegeben. [3]
Diese Diskrepanz erklärt sich vor allem aus der Detektionsrate, wobei – wie mittlerweile auch international anerkannt – eine höhere Detektion ein positives Qualitätsmerkmal darstellt.
In einer sehr rezenten Publikation aus Dänemark und Schweden wurde die Anzahl der höhergradigen Dammrisse bei der (mit einem relativen Risiko von ca. 4 behafteten) Gruppe von Patientinnen (n=281), bei denen eine Vacuumextraktion vorgenommen wurde erhoben. [4]
Es zeigte sich, dass in dieser Subgruppe das Risiko, einen höhergradigen Dammriss zu erleiden, bei 19% lag. Davon wurden peripartal 95% erkannt, 5% erst während einer 3D Sonographie etwa 14 Tage postpartum.
Die Hauptgründe für die nochmals drastisch erhöhte Anzahl von DR III/IV (1 von 5 Patientinnen) waren verlängerte Austreibungsperiode, die Positio occipitalis posterior und ein Geburtsgewicht von >4000g. (s. Abb.)
Um dem Dilemma des unterdiagnostizierten OASI (Obstetric Anal Sphincter Injury) Herr zu werden, wurden in den letzten Jahrzehnten große Anstrengungen (Schulung, obligatorische rektale Untersuchung postpartum, ...) unternommen, um die Detektionsrate zu erhöhen.

Table 3 Uni- and multivariable logistic regression analyses presenting crude and adjusted odds ratios of having obstetric anal sphincter injury (OASI) or unrecognized ultrasound anal sphincter injury (UASI; $n=50$)

	cOR (95% CI)	*p* value	aOR (95% CI)	*p* value
Maternal factors				
Maternal age ≥ 35	1.5 (0.6–3.1)	0.34	–	
Maternal BMI ≥ 25	1.0 (0.5–2.0)	0.95	–	
Fetal factors				
Gestational age > 42 weeks	2.4 (0.8–6.4)	0.10	–	
Birthweight ≥ 4000g	3.3 (1.5–7.0)	0.002	3.1 (1.3–6.8)	0.007
Presentation: occiput posterior	2.8 (1.4–5.6)	0.003	2.6 (1.3–5.6)	0.010
Shoulder dystocia	2.6 (0.8–7.9)	0.10	–	
Obstetrical factors				
Indication: PSS/ME or HT (no FD)	2.7 (1.5–5.1)	0.002	2.1 (1.1–4.1)	0.032
Vacuum procedure (mid/high)	2.7 (1.4–5.6)	0.004	2.0 (1.0–4.2)	0.07
Episiotomy	0.9 (0.5–1.7)	0.76	–	

cOR crude odds ratio, *aOR* adjusted odds ratio, *FD* fetal distress, *PSS* prolonged second stage, *ME* maternal exhaustion, *BMI* body mass index, *HT* hypertensive crisis

Der Goldstandard wäre eigentlich die (3D)-Analsonographie, diese hat sich aber – auch – aus Praktikabilitätsgründen noch nicht im klinischen Alltag etabliert, auch weil der Wert der Untersuchung unmittelbar nach der Geburt umstritten ist. [5,6]

Seit etwa 6 Monaten haben wir im Kreißsaal eine neue Endoanalsonde (ONIRY) unmittelbar nach der Geburt zur Erprobung, welche in ihrer Metrik in etwa der Dicke des Untersuchungsfingers entspricht und mittels Spektrometrie und Impedanzmessung Aufschlüsse über den Zustand der Muskulatur des Sphincter ani externus gibt. Diese Sonde wird derzeit auch in großen europäischen Referenzzentren (z.B. bei Abdul Sultan am Croydon University Hospital) erprobt.

Sollten die Ergebnisse der derzeit – auch in Innsbruck – anlaufenden Studien die Erwartungen erfüllen, könnten wir bald ein neues Tool zur besseren Diagnose und dadurch auch Behandlung der (okkulten) Dammrisse zur Verfügung haben.

Literatur:
1. Irmgard Delmarko Hermann Leitner Lois Harrasser gemeinsam mit dem Fachbeirat des Geburtenregisters
Österreich: Bericht Geburtenregister Österreich – Geburtenjahr 2017
2. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2017) Bundesauswertung
2017 – Geburtshilfe
3. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management.
Ann Surg. 2008 Feb;247(2):224-37.
4. Gräs S, Starck M, Jangö H, Lose G, Klarskov N. Prevalence and Predictors of Anal Sphincter Injuries in Primipara with Vacuum-Assisted Deliveries. Int Urogynecol J. 2025 Jul;36 (7):1447-1455. doi: 10.1007/s00192-025-06110-4. Epub 2025 Mar 25. PMID: 40131423.
5. Spence- Jones C, Speakman CT, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI: Unsuspected sphincter damage following childbirth revealed by anal endosonography. Br J Radiol (64): 225 – 227
6. Blatchford GJ, Rivela LJ, Lin K, Thorson AG, Christensen MA: Diagnosing anal sphincter injury with transanal ultrasound and manometry. Dis Colon Rectum 1997 (40): 1430 – 1434

Autor:
Dr. Stephan Kropshofer

BrustGesundheitZentrum - Nachsorge von Patientinnen mit Mammakarzinom

An dieser Stelle informieren wir aus gegebenen Anlass über aktuelle organisatorische Abläufe im Rahmen der Betreuung der Patientinnen im Brustgesundheitzentrum Innsbruck

Arztbriefe im Rahmen der Nachsorge

Im Brustgesundheitszentrum Tirol erfolgen Nachsorgeuntersuchungen unserer Patientinnen in individuell festgelegten Intervallen, meist in drei- bis sechsmonatigen Abständen. Wir möchten darauf hinweisen, dass bei unauffälligen Befunden zwischen diesen Terminen keine gesonderte schriftliche Rückmeldung an Sie als zuweisende Ärztinnen und Ärzte erfolgt.
Ein Arztbrief wird routinemäßig einmal jährlich im Rahmen der Kontrolluntersuchung mit Mammographie erstellt und zugesandt.
Bitte haben Sie Verständnis, dass diese Regelung notwendig ist, da die große Zahl an Patientinnen andernfalls eine erhebliche Mehrbelastung sowohl für unser Schreibbüro als auch für unsere ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darstellen würde.

Selbstverständlich gilt: Sollten sich bei einer Patientin Veränderungen ergeben, die für die Therapie oder Prognose relevant sind, werden Sie unabhängig vom Intervall sofort mit einem ausführlichen Arztbrief informiert.

Terminorganisation und SMS-Erinnerungen

Um die Organisation der Nachsorge weiter zu verbessern, erhalten Patientinnen seit kurzem auch SMS-Nachrichten zur Termininformation. Besonders im Hinblick auf Mammographien ist eine langfristige Planung erforderlich, weshalb Patientinnen bereits kurz nach ihrer letzten Untersuchung die entsprechenden Benachrichtigungen erhalten können. In der Ambulanz werden die Patientinnen darüber informiert. Gleichzeitig möchten wir auch Sie als niedergelassene Kolleginnen und Kollegen auf diesem Wege in Kenntnis setzen, damit Sie bei Rückfragen seitens der Patientinnen entsprechend Bescheid wissen.

Wir bedanken uns herzlich für die gute Zusammenarbeit und Ihr Vertrauen in die Betreuung unserer gemeinsamen Patientinnen. Unser Ziel bleibt eine bestmögliche und qualitativ hochwertige Nachsorge für alle Patientinnen.

Autor:
Dr. Daniel Egle

Organisatorisches

Ende Faxübertragung

Die nach Abschaffung der Faxgeräte im Klinikbereich anfänglich aufgetretenen Probleme bei Befundübertragung mittels "Dame" konnten behoben werden und die Befundübertragung funktioniert seit Frühling korrekt.
Sollten auswärts Probleme auftreten, kontaktieren Sie uns bitte unter: lki.fr.klinikleitung@tirol-kliniken.at

Die Dame Nummer der Univ. Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe lautet 70 60 4000
Die Dame Nummer der Univ. Klinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin lautet 70 60 4500

SMS Erinnerung

Seit Sommer erhalten die Patientinnen der Frauenklinik bei Vereinbarung eines Termins sofort ein SMS auf die im System hinterlegte Mobil Nummer, sowie eine Erinnerung 2 Tage vor dem Termin.

Damit hoffen wir, die "Termintreue" steigern zu können und als Nebeneffekt im Sinne des Umweltschutzes auch weniger Papier zu vernichten.
Allerdings sollten bitte KollegInnen, die für ihre Patientin einen Termin bei uns vereinbaren, die Patientin zuvor über Grund und Notwendigkeit einer Untersuchung an unserem Hause informieren, damit es nicht zu Verunsicherung der Patientin durch unerwartete Termin-Information kommt.

Autorin:
Dr.in Alexandra Ciresa-König

Abschiedsveranstaltung Prof. Christian Marth - 27.09.2025 Congress Igls

Im Anschluss an die Herbstfortbildung feierte das Team der Frauenklinik mit vielen weinenden Augen den Abschied von Prof. Christian Marth. Zusammen mit über 200 Teilnehmer:innen aus dem niedergelassenen Bereich und Kolleg:innen aus anderen Kliniken verbrachte man interessante und vergnügliche Momente. Speis, Trank und Musik rundeten den Tag/Abend ab.

Stephan Kropshofer und Sigi Fessler überreichten eine Fischpatenschaft für den Streber mit einem Abo für den Alpenzoo

Anna Fagotti aus Rom hielt die keynote speech

Andrea Waitz-Penz, Bernhard Auer und Hugo Lunzer überreichten im Namen der Fachgruppe das "goldene Spekulum"

Herbert Tilg (links) und Zlatko Trajanoski

Thorsten Fischer mit Irina Tsibulak (links) und Nicole Concin

1. Reihe v.l.n.r.: Anna Fagotti, Egon Marth mit Gattin, Sebastian Marth, Lisa Marth, Chrístian Marth, Stefan Deflorian, Irene Mutz-Dehbalaie, Samira Abdel-Azim

Susanne Taucher, Karin Jeggle-Riha, Samira Abdel-Azim

Stefan Schneeberger, Alexandra Ciresa-König und Stefan Deflorian

Karl Tamussino

Erika Obwegeser, Thomas Werner-Mathienz, Thorsten Fischer, Alois Obwegeser im Gespräch mit Siegfried Fessler

Per Video wurden Grüße von führenden gynäkologischen Onkolog:innen aus der ganzen Welt eingespielt - hier Andreas du Bois aus Essen

Irene Virgolini

Hannah Welponer, Janette Müller, Ludwig Wildt, Christine Brunner und Beata Seeber

Günther Heinzle, Liane Goldmann, Christian Marth, Alexandra Ciresa-König, Thomas Müller, Janette Müller, Birgit Volgger (v.l.n.r.)

Die Ärzt:innen der Frauenklinik tragen ihren Chef auf Händen

Heidi Fiegl, Inge Gaugg, Julia Rössler, Vicki und Günther Daxenbichler (v.l.n.r.)

© Fiegl
Daniel Reimer und Irina Tsibulak eröffneten die Tanzfläche...
...und alle folgten

Personalia I

Wissenschaftspreis der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ergeht an Dr. Miriam Emmelheinz und Dr. Katharina Steger

Dr. Miriam Emmelheinz

Ich habe beim diesjährigen Wissenschaftspreis zwei Paper eingereicht, die beide Sekundärpublikationen der CROPSI-Studie waren. Die CROPSI-Studie wurde an unserer Klinik unter der Leitung von PI OÄ Dr. Christine Brunner durchgeführt. Das Hauptpaper der CROPSI-Studie mit dem Vergleich der Effektivität der Kryocompression zur Kryotherapie in der Prävention von Chemotherapie-induzierter Polyneuropathie durften wir bereits letztes Jahr in The Breast veröffentlichen.

© Obex, Frauenklinik
V.l.: Katharina Steger, Christian Marth, Miriam Emmelheinz

Unsere erste Sekundäranalyse wurde publiziert in Diagnostics: „A Prospective Comparison of Subjective Symptoms and Neurophysiological Findings in the Assessment of Neuropathy in Cancer Patients“. Dabei zeigte sich nur eine geringe Übereinstimmung zwischen den subjektiv berichteten Symptomen und den objektiven Ergebnissen der Nevenleitgeschwindigkeitsmessungen. Patientinnen mit späterer CIPN-Diagnose wiesen bereits vor Therapiebeginn niedrigere sensorische Nervenaktionspotential-Amplituden auf, was auf einen möglichen prädiktiven Marker hinweist.

Unser zweites Sekundärpaper wurde in Cancers publiziert: „Comparison of Efficacy and Safety of Cryotherapy in Chemotherapy-Induced Peri-

pheral Neuropathy Between Upper and Lower Extremities: Results from the Randomized CROPSI Study".

Die randomisierte CROPSI-Studie belegte, dass die Kryotherapie an den oberen Extremitäten eine signifikant stärkere Temperaturreduktion (–12,5 °C) als an den unteren Extremitäten (–9,6 °C) bewirkte. Entsprechend wurden in neurophysiologischen und sensorischen Tests geringere Defizite an den oberen Extremitäten festgestellt. Schwere Nebenwirkungen traten nicht auf, womit die Kryotherapie als sichere und insgesamt gut verträgliche Präventionsmaßnahme gegen CIPN bestätigt wurde, wobei Optimierungspotenzial insbesondere für die Anwendung an den unteren Extremitäten besteht.

Abschließend würde ich mich noch gerne bei meiner Mentorin OA Dr. Christine Brunner, ltd. OA Dr. Daniel Egle und Prof. Dr. Christian Marth bedanken, dass ich schon so früh in meiner Karriere bei klinisch relevanten Projekten mitarbeiten durfte.

Dr. Katharina Steger

Ich erhielt den Wissenschaftspreis 2025 der Frauenklinik Innsbruck für meine im European Journal of Cancer erschienene Publikation „Differences in immunogenicity of TP53-mutated cancers with low tumor mutational burden (TMB) A study on TP53mut endometrial-, ovarian- and triple-negative breast cancer".

In dieser Arbeit wurden erstmals systematisch die Unterschiede in der Immunogenität von TP53-mutierten Endometrium-, high-grade serösem Ovarial- und triple-negativen Mammakarzinomen untersucht. Zudem wurde die Bedeutung des Tumormikromilieus für das Ansprechen auf Immuntherapien aufgezeigt. Mit dieser Arbeit wurde ein Beitrag zum besseren Verständnis immunologischer Therapieansätze bei gynäkologischen Malignomen geleistet.

Autorinnen:
Dr.in Miriam Emmelheinz, Dr.in Katharina Steger

Personalia II

Die Frauenklinik verabschiedet sich von Eva Triendl, leitende Diplompflegerin an der Gyn 1

Mit Eva Triendl verliert die Frauenklinik eine der am längsten dienenden Diplompflegerinnen, sie hat bereits 1984 noch an der alten Frauenklinik ihren Dienst angetreten. Von Anfang an sind ihre freundliche Art und kompetente Tätigkeit aufgefallen.

© Frauenklinik

In einer Zeit, die oft herausfordert und stressig ist, ist Eva Triendl immer ein ruhender Pol in unserem Team geblieben. Ihre unermüdliche und unaufgeregte Tätigkeit ist nicht nur inspirierend sondern auch ein bedeutender Beitrag zum harmonischen Arbeitsumfeld. Selbst in den hektischsten Momenten hat sie den Überblick bewahrt, besonnen gehandelt und damit auch dafür gesorgt, dass sich unsere Patientinnen sicher und gut betreut gefühlt haben.

Besonders hervorzuheben ist ihre außergewöhnliche Empathie. Sie versteht es, mit großer Sensibilität auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen einzugehen und schafft es, eine vertrauensvolle und professionelle Beziehung zu ihnen aufzubauen. Ihre Fähigkeit, zu zuhören und in schwierigen Situationen auch tröstende Worte zu finden, macht einen erheblichen Unterschied im Leben derjenigen, die sie betreut. Ihre freundliche aber auch geradlinige Art hat sie im Team beliebt und geschätzt gemacht.

Legendär waren die an den Weihnachtsfeiern von ihr vorgetragenen Weihnachtsgeschichten. Man hätte eine Nadel fallen hören.

Das Team der Frauenklinik ist dankbar für ihr unermüdliches Engagement und wir wünschen ihr für ihren weiteren Lebensweg das Beste.

Autor:
Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

Impressum:

AutorInnen:
GfOÄ Dr.in Alexandra Ciresa-König, LOA Dr. Daniel Egle, Dr.in Miriam Emmelheinz, OA Dr. Stephan Kropshofer, Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, OÄ Dr.in Irina Tsibulak

Layout:
Mag.a Liane Goldmann