



KlinikNews

Ausgabe 2 | 25

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH-Univ. Klinikum Graz



Editorial

Sehr geehrte Kolleginnen
und Kollegen,



wir freuen uns, Ihnen den Winter-Newsletter der Frauenklinik zu überreichen. Hinter uns liegt ein ereignis- und arbeitsreiches Jahr. Durch die konstruktive Zusammenarbeit mit Ihnen allen in der Steiermark konnten wir gemeinsam gut die sich uns anvertrauenden Patientinnen, Schwangeren und Familien betreuen. Hierfür ein herzliches Dankeschön an Sie alle.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre, erholsame Festtage und freuen uns auf die Zusammenarbeit im neuen Jahr.

Herzlichst

Karl Tamussino

Herbert Fluhr



Univ.-Prof. Dr.
Karl Tamussino,
Klinikvorstand und
Abteilungsleiter
Gynäkologie

Univ.-Prof.
Dr. Herbert
Fluhr, MHBA,
Abteilungsleiter
Geburtshilfe



Inhalt

Geburtshilfe

- Aktuelle Konzepte für die Entstehung hypertensiver Schwangerschafts-erkrankungen
- Study Nurses und Study Coordinators
- Wir sorgen für Nachwuchs!
- Teamergency an der UFK Graz
- Die Goldene Stunde
- Wunde Mamillen in der Stillzeit

Gynäkologie

- 20 Jahre Kolposkopiediplom: Kurs zum Jubiläum an der Grazer Universitätsfrauenklinik
- Forschungseinheit für anale Inkontinenz
- Die Gynäkologischen Ambulanzen: Optimierung der Abläufe
- Rekrutierende klinische Studien an der Frauenklinik
- AUB Operationskurs

Psychologie

- Spitalpsychologie zwischen Wissenschaft, Teamarbeit und individueller Betreuung

News, Termine, Auszeichnungen

- Ehrung von Dr.ⁱⁿ Gabriele Czarnowski
- Evaluierungen und Zertifizierungen
- Podcast „Sprechstunde am Uniklinikum“
- Film ab: Willkommen im Kreißaal!
- Kontaktdaten



Geburtshilfe

Aktuelle Konzepte für die Entstehung hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen

PD Dr.ⁱⁿ Christina Stern

Eine Schwangerschaft löst dramatische körperliche Veränderungen bei der Mutter aus, welche eine hohe Anpassungsleistung der mütterlichen Anatomie, des Metabolismus sowie des Herz-Kreislauf-Systems benötigen, um die Anforderungen des wachsenden Fetus zu erfüllen und letztlich das optimale Überleben beider zu gewährleisten.

Die Plazenta ist ein komplexes Organ mit begrenzter Lebenszeit, das den sich entwickelnden Fetus, die sich verändernde Dezidua und das dynamische mütterliche Herz-Kreislauf-System maßgeblich prägt und somit von entscheidender Bedeutung für die Entstehung des Lebens ist. Fast ein Jahrhundert intensiver Forschung zur Entwicklung und Funktion der Plazenta hat die Rolle der Plazentadysfunktion bei den großen geburts-hilflichen Syndromen, darunter die Präeklampsie, aufgezeigt.

Für die Entstehung der Präeklampsie, einem in der Ätiologie multifaktoriellen und in der klinischen Manifestation vielfältigen Syndrom, wird ein Zusammenspiel verschiedener Mechanismen verantwortlich gemacht, dazu zählen abnormale Plazentation, systemische mütterliche Endotheldysfunktion, systemische Inflammation und oxidativer Stress sowie genetische und epigenetische Faktoren. Trotz jahrzehntelanger, umfassender Forschungsbemühungen besteht jedoch nur begrenzter Konsens über eine einheitliche Ätiologie („Krankheit der Theorien“).

Die Heterogenität in der klinischen Manifestation, die Unvorhersehbarkeit des Verlaufs und die bislang scheinbar unvollständigen pathogenetischen Konzepte führen dazu, dass die aktuellen klinischen Managementoptionen der Präeklampsie unzureichend sind und insbesondere frühe, schwere Verlaufsformen weiterhin zu schlechtem perinatalen Outcome mit hohem Risiko für eine erhöhte Langzeitmorbidity für Mutter und Kind führen.

Auswirkungen auf Mutter und Kind

Die Auswirkungen einer Präeklampsie auf die Gesundheit der Mutter sind unmittelbarer und gravierender als bisher angenommen. Frauen nach Präeklampsie haben lebenslang ein relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines chronischen Hypertonus, kardiovaskulärer Erkrankungen, Insult, eines metabolischen Syndroms und Niereninsuffizienz. Diese Kinder haben oft nicht nur die Folgen einer etwaigen Frühgeburtlichkeit oder intrauterinen Wachstumsrestriktion zu tragen, sondern haben auch ein erhöhtes Risiko für arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankung, Diabetes mellitus oder auch neurologische Entwicklungsstörungen.

Die Forschungsergebnisse der letzten Jahre zur Langzeitmorbidity nach Präeklampsie für Mutter und Kind sind überzeugend und treiben die Forschungsfrage nach adäquaten, umfassenden Erklärungsmodellen zur Entstehung der Präeklampsie

voran, um schließlich ursächliche, erfolgversprechende Maßnahme zur Prävention und Therapie anbieten zu können.

Mütterliches Herz-Kreislauf-System als Auslöser

Kürzlich ist eine Debatte entstanden, in der die Vorrangstellung der Plazenta in der Ätiologie der Präeklampsie in Frage gestellt und behauptet wird, dass das mütterliche Herz-Kreislauf-System der Auslöser der Erkrankung sei. Das bisherige Modell zur Pathogenese der Präeklampsie ist die sogenannte 3-Stufen-Hypothese entsprechend dem jeweiligen Trimenon, die besagt, dass es, ausgehend von einer gestörten Plazentation aufgrund unzureichender Trophoblasteninvasion (Stufe I), zu einer mangelhaften Umgestaltung der Spiralarterien und plazentarer Dysfunktion mit Hypoxie kommt (Stufe II), gefolgt von einer mütterlichen systemischen Reaktion mit der Freisetzung von anti-angiogenen Faktoren, welche durch eine systemisch endotheliale Dysfunktion und systemische Entzündung letztlich zum Organschaden führt (Stufe III). Mittlerweile gibt es eine Vielzahl überzeugender Studien, die das neue „cardiovascular-placental axis“-Konzept unterstützen. Begründet wird dieses durch Ergebnisse, wie beispielsweise zum positiven Zusammenhang zwischen Präeklampsie und postpartalem kardiovaskulärem Risiko, welche größtenteils auf gemeinsame Risikofaktoren vor der

The heart in pre-eclampsia (PE) and beyond



Before pregnancy

PE and cardiovascular disease share many common antecedents. Factors such as age, obesity, diabetes, renal disease, abnormal lipid profile, family history of myocardial infarction and previous PE pregnancy **increase the risk of developing both disorders.**



At clinical onset of PE

Echo findings associated with PE:

Early-onset PE - Concentric remodeling, diastolic/systolic dysfunction, decreased stroke volume and cardiac output.

Late-onset PE - Increased left ventricular mass, impaired myocardial relaxation/contractility, diastolic dysfunction.



Delivery & peripartum care

Incidence of serious maternal complications with PE (such as pulmonary oedema, renal dysfunction and peripartum cardiomyopathy) occur more frequently in women with the **poorest cardiovascular function.**



Life after PE (up to 5-10 years)

Increased risk of cardiovascular disease in both mother and off-spring. Magnitude of risk is related to the **severity of PE** and by proxy, severity of maternal **cardiovascular dysfunction** in pregnancy.

Early pregnancy changes



Increased peripheral vascular resistance (i.e. in uterine, brachial or ophthalmic arteries), **higher BP** and **low PIGF** are associated with an **increased risk of developing PE in pregnancy.**

Monitoring BP



- **Home monitoring** of BP with appears to be clinically safe and more economical.
- **Incidence of significant hypertension** appears lower with home monitoring.
- **Role of hemodynamic monitoring** to guide anti-hypertensive therapy deserves further evaluation.

Postpartum period



- **About 50%** of women will remain **hypertensive at 2-3 months** postpartum.
- **About 10%** of women will develop **chronic hypertension within a year.**
- **Non-attendance at postpartum visits** is common and home monitoring may be of benefit in these women.

Aging after PE (10+ years)



Increased long-term risk of cardiovascular disease, renal disorders, diabetes, dementia - leading to **reduced life expectancy.** Risk is related to the **severity of PE** and maternal **cardiovascular dysfunction** in pregnancy.

Schwangerschaft zurückzuführen sind und weniger einen direkten Einfluss der präeklampsischen Schwangerschaft auf das mütterliche Herz-Kreislauf-System widerspiegeln. Epidemiologische Studien legen nahe, dass eine nachteilige kardiovaskuläre Disposition bzw. eine geringe kardiovaskuläre Reserve das Risiko für die Entwicklung einer Präeklampsie erhöht und das bereits erwähnte ungünstigere langfristige kardiovaskuläre Outcome bedingt.

Schwangerschaft als Stresstest

In physiologischen Schwangerschaften kommt es zu einem progressiven Anstieg des Herzzeitvolumens und einer Abnahme des systemischen Gefäßwiderstands, was zu einem hohen Blutvolumen und niedrigem Widerstand im Kreislauf führt. Diese Veränderungen erreichen ihren Höhepunkt in der Mitte des dritten Trimesters, bevor das Herzzeitvolumen wieder abfällt und der systemische Gefäßwiderstand bis zur 40. Schwangerschaftswoche ansteigt. Echokardiographische Untersuchungen zeigen bei einem kleinen, aber signifikanten Anteil von Frauen zum Geburtstermin eine übermäßige Zunahme der linksventrikulären Masse und ein damit einhergehendes Remodeling mit diastolischer Dysfunktion, die sich jedoch postpartal wieder normalisieren. In diesem Kontext wird die Schwangerschaft als Stresstest beschrieben, der Frauen mit geringer kardiovaskulärer Reserve oder Funktionsstörung identifizieren kann. Studien zur mütterlichen Echokardiographie bei Präeklampsie haben eine signifikante Herzfunktionsstörung bereits vor als auch bei klinischem Beginn der Präeklampsie gezeigt. Das Herzzeitvolumen ist bei früh einsetzender Präeklampsie (<34. SSW) signifikant niedriger als bei spät einsetzender Präeklampsie (≥34. Wochen) und zeigt einen Zusammenhang mit abnormaler Herzgeometrie

und diastolischer Dysfunktion. Ein erhöhter Gefäßwiderstand und eine vergrößerte linksventrikuläre Masse sind die häufigsten Befunde bei Präeklampsie.

Reduziertes Schlagvolumen, diastolische Dysfunktion und linksventrikuläres Remodeling sind bei schwerer und früh einsetzender Präeklampsie am stärksten ausgeprägt und mit negativen mütterlichen und fetalen Folgen verbunden, unabhängig von der herkömmlichen Klassifizierung der Präeklampsie anhand des klinischen Schweregrades oder des Schwangerschaftsalters. Diese Untersuchungen zeigen, dass selbst eine scheinbar normale Schwangerschaft eine erhebliche Belastung für das mütterliche Herz-Kreislauf-System darstellt und dass bei Frauen mit Anzeichen einer progredienten kardiovaskulären Anpassungsstörung die Präeklampsie als klinischer Phänotyp zu bewerten ist. Die Bedeutung einer adäquaten Adaptation des mütterlich-plazentaren Systems ab dem Zeitpunkt der Einnistung und der Wechselwirkung zwischen dem mütterlichen Herz-Kreislauf-System und dem fetal-plazentaren System sind wahrscheinlich letztlich gemeinsam in der Ätiologie der Präeklampsie entscheidend. Fehlentwicklungen einer der Komponenten im System der „cardiovascular-placental axis“ können zur Manifestation führen.

Ausblick

Die Erweiterung der bestehenden Erklärungsmodelle zur Entstehung der Präeklampsie könnte klinisch relevante Möglichkeiten eröffnen. In das Screening könnten zukünftig nicht nur traditionelle Risikofaktoren, sondern auch mütterliche hämodynamische Messgrößen wie Herzzeitvolumen und Gefäßwiderstand miteinbezogen werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Wertigkeit der Doppler-Messung der Art. ophthalmica im ersten Trimenon,

welche als Repräsentant für die allgemeine Gefäßphysiologie als neuer „hämodynamischer Biomarker“ zu verstehen. In der Therapie wäre eine an die hämodynamische Situation der Patientin angepasste antihypertensive Therapie zu evaluieren. Die Kombination biochemischer Marker und biophysikalischer Tests der kardiovaskulären Funktion könnte eine verbesserte Vorhersage des Beginns einer Präeklampsie sowie der mütterlichen Morbidität während der Schwangerschaft und von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach der Geburt ermöglichen. Und nicht zuletzt könnte durch Evaluierung des kardiovaskulären Status der Mutter während der postpartalen Phase das frühzeitige Einleiten therapeutischer und präventiver Maßnahmen erzielt werden, um die Herzgesundheit und den Stoffwechselstatus der Frauen im gebärfähigen Alter und darüber hinaus zu verbessern. Eine Schwangerschaft bietet einen wertvollen Einblick in die zukünftige Gesundheit einer Frau und stellt eine einzigartige Chance für die Präventivmedizin im Sinne einer langfristigen Gesundheitsvorsorge dar!

Literatur

- Cervar-Zivkovic M, Gynäkologe 2013
- Bernstein IM, AJOG 2025
- Barrell AM, Acta Physiol 2025
- Yagel S, AJOG 2022
- Yagel S, AJOG 2023
- Burton GJ, 2019
- Torres-Torres J, 2024
- Tilaganathan B, Hypertension 2019
- Nicolaides K, AJOG 2022

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ
Christina Stern

christina.stern@
medunigraz.at



Von der Visite zur Wissenschaft: Study Nurses und Study Coordinators in der Geburtshilfe

Bettina Amtmann, Mareike Feichtinger, BScN. MSc, Sabina Kuc, BSc MSc

Klinische Forschung lebt von Teamarbeit und findet nicht nur im Labor oder am Computer statt.

Als Study Nurses und Study Coordinators an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe begleiten wir Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft, und tragen gleichzeitig dazu bei, neue Erkenntnisse für die Medizin der Zukunft zu gewinnen. Unsere Tätigkeit schlägt eine Brücke zwischen klinischer Betreuung und wissenschaftlicher Forschung – und verbindet damit Klinikalltag mit der Welt der Wissenschaft.

Ein vielfältiges Arbeitsfeld zwischen Klinik und Forschung

Unsere Studien betreuen wir in mehreren Bereichen der Klinik: von der geburtshilflichen Ambulanz über den Kreißsaal bis hin zum IVF-Bereich. In unserem Studienraum führen wir spezialisierte Untersuchungen bei den Studienteilnehmerinnen sowie bei ihren Neugeborenen und Säuglingen durch.

Zu unseren Aufgaben gehören regelmäßige Blutabnahmen, die Gewinnung und Aufbereitung biologischer Proben wie Speichel, Plazentagewebe, Nabelschnurblut oder Follikelflüssigkeit sowie die Dokumentation der erhobenen Daten in REDCap. Ein zentraler Bestandteil unserer Arbeit ist die enge Zusammenarbeit mit Hebammen, Ärzt*innen, Pflegepersonal, Laborteams und unseren Forschungspartner*innen.

Entsprechend abwechslungsreich sind unsere Arbeitstage: Morgens informieren wir etwa Patientinnen vor geplanten Kaiserschnitten über

die Plazentaforforschung und stimmen Blutabnahmen mit den Hebammen ab. Anschließend führen wir Visiten im Rahmen der PregWin-Studie durch, bearbeiten Nabelschnurblutproben der EryMac-Studie oder führen BodPod-, PeaPod- und Lipo-meter-Messungen für verschiedene Forschungsprojekte durch. An anderen Tagen verarbeiten wir die gewonnenen Proben von Follikelpunktionen. Kein Tag gleicht dem anderen – und genau diese Vielfalt macht unsere Arbeit so spannend und erfüllend.

Unsere Aufgaben beginnen jedoch lange vor der ersten Probengewinnung. Gemeinsam mit den verantwortlichen Forscher*innen bzw. Ärzt*innen planen wir, welche Proben für welche Fragestellungen gesammelt werden, wie diese aufbereitet und gelagert werden und welche Analysen im Labor vorgesehen sind. Darüber hinaus erstellen wir die entsprechenden Datenbanken in REDCap, schulen Kolleg*innen in deren Nutzung und sorgen für eine sorgfältige, nachvollziehbare und strukturierte Dokumentation und Archivierung aller Studiendaten.

Ein wichtiger Teil unserer Arbeit ist die Koordination der Teilnehmer*innenrekrutierung sowie die Organisation und Planung der Studientermine. Dabei stimmen wir Studienvisiten eng mit Routine- und Kontrolluntersuchungen ab, um den Teilnehmerinnen zusätzliche Wege zu ersparen und Abläufe effizient zu gestalten. Darüber hinaus übernehmen wir die Organisation, Durchführung und Nachbereitung sämtlicher Studienvisiten – von der Vorbereitung der Unterlagen bis zur abschließenden Dokumentation. Wir stehen in engem

Austausch mit internen und externen Partner*innen, etwa der Biobank, der klinischen Diagnostik, den verschiedenen Ambulanzen und kooperierenden Forschungseinrichtungen.

Als Study Nurses bzw. Study Coordinators sind wir für das tägliche Management der Forschungsprojekte verantwortlich – vom ersten Setup über die laufende Betreuung bis zum Studienabschluss. Dazu gehören das Management von Daten und Dokumenten, die Koordination interdisziplinärer Abläufe sowie die Sicherstellung, dass alle Vorgaben nach Studienprotokoll, der Good Clinical Practice (GCP) und ethischen Standards eingehalten werden.

Unsere Tätigkeit spielt sich somit an der Schnittstelle vieler Bereiche des Krankenhauses ab: Wir verbinden Klinikbetrieb, Forschung, Verwaltung und auch Bürokratie miteinander. Im Kreißsaal ist oft zeitnahes Handeln gefragt – etwa, wenn unmittelbar nach der Geburt Plazentaprobe oder Nabelschnurblut für Forschungszwecke gewonnen werden sollen. In der Ambulanz oder im IVF-Bereich hingegen zählt vor allem eine präzise Organisation, um die Versorgung der Patientinnen und die Abläufe im Studienbetrieb optimal aufeinander abzustimmen.

Präzision, Verantwortung und Vertrauen

Nimmt eine Frau an einer Studie teil, beginnt für uns meist eine längerfristige Begleitung, da sich die Visiten in der Regel über die gesamte Schwangerschaft, rund um die Geburt und darüber hinaus erstrecken.

Wir informieren die Teilnehmerinnen über Ziel, Inhalt und Ablauf der je-

weiligen Studie und sorgen dafür, dass jede Studienvsiste nach Protokoll abläuft. Dabei sammeln wir Proben, dokumentieren klinische Daten, erfassen Messwerte und stehen den Teilnehmerinnen während der gesamten Studiendauer als direkte Ansprechpartnerinnen zur Seite. Bei jedem Arbeitsschritt ist höchste Genauigkeit gefragt: Jede Probe wird beschriftet, zentrifugiert, aliquotiert und entweder für die Laboranalyse vorbereitet oder bei -80 °C eingefroren. Jeder Schritt folgt festgelegten Standard Operating Procedures (SOPs), um sicherzustellen, dass alle Daten und Materialien international vergleichbar sind. Einige unserer Studien sind multizentrisch angelegt und werden nicht nur am Uniklinikum Graz, sondern auch an internationalen Forschungsstandorten durchgeführt. Verantwortung tragen wir nicht nur gegenüber den teilnehmenden Frauen, sondern auch gegenüber

der Forschung und – wie es in der Wissenschaft selbstverständlich sein sollte – gegenüber den Daten selbst. Jede Information, jeder Laborwert, jedes Röhrchen zählt. Nur durch sorgfältige Dokumentation und konsequente Qualitätskontrollen kann Forschung verlässlich und nachvollziehbar betrieben werden. Gleichzeitig berücksichtigen wir stets die individuelle Situation jeder Frau. Manche treten der Studienteilnahme mit Vorfreude entgegen, andere kommen mit vielen Fragen oder gewissen Unsicherheiten. Es gibt auch Teilnehmerinnen, die bereits Erfahrung aus früheren Studien gewonnen haben und entsprechende Routine mitbringen. Gerade in der Schwangerschaft oder im Rahmen einer IVF-Behandlung sind Sensibilität, Verständnis und Geduld besonders wichtig. Wir dürfen viele persönliche Momente miterleben – von der Freude über die beginnende Schwangerschaft bis zur Geburt und

darüber hinaus. Besonders freut es uns, wenn Teilnehmerinnen nach Abschluss einer Studie den Wunsch äußern, aufgrund der positiven Erfahrungen und persönlichen Betreuung zum Beispiel bei der nächsten Schwangerschaft erneut teilzunehmen.

Ebenso wichtig ist uns die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit: Ärzt*innen, Hebammen, Pflegepersonal, Laborteams, Biobank-Mitarbeiter*innen, Reinigungspersonal, Verwaltung und Forschungsgruppen greifen wie Zahnräder ineinander. Nur durch diesen kontinuierlichen Austausch zwischen Klinik und Forschung kann die Qualität unserer Arbeit gewährleistet werden.

Messungen, Daten und kleine Erfolge

Neben der Arbeit mit den Forschungsproben führen wir regelmäßig Messungen der Körperzusam-



mensetzung durch. Dafür stehen uns ein BodPod für die teilnehmenden Frauen, ein PeaPod für Neugeborene und Säuglinge sowie ein an der Med Uni Graz entwickeltes Lipometer für subkutane Fettmessungen zur Verfügung. Diese Untersuchungen liefern wertvolle Daten über Veränderungen der Körperzusammensetzung während und nach der Schwangerschaft sowie über das Wachstum der Kinder – gemessen kurz nach der Geburt, einige Wochen später und erneut um den ersten Geburtstag. Für uns sind diese Messungen oft die sichtbarsten Ergebnisse unserer Arbeit: Jede erhobene Zahl, jedes Probenröhrchen, jede Datei ist Teil eines größeren Ganzen – ein kleiner, aber wesentlicher Beitrag, der in wissenschaftliche Publikationen und letztlich in medizinische Erkenntnisse einfließt.

Ein Stück besser machen ...

Klinische Forschung lebt von den Menschen, die sie Tag für Tag in die Praxis umsetzen. Wir sehen täglich, dass Wissenschaft nicht abstrakt ist, sondern mitten im Klinikalltag entsteht – durch Zusammenarbeit, Struktur und Engagement. Wir verstehen unsere Aufgabe darin, die Brücke zu schlagen zwischen Patientinnen und Forschung, zwischen Empathie und wissenschaftlicher Evidenz. Mit sorgfältig erhobenen Daten, strukturierten Abläufen und persönlicher Begleitung tragen wir dazu bei, medizinisches Wissen zu erweitern und klinische Forschung greifbar zu machen. Wir begleiten Frauen in besonderen Lebensphasen – und helfen hoffentlich dabei, die Medizin von morgen ein Stück besser zu machen.

Bettina Amtmann

bettina.amtmann@
medunigraz.at



© LKH-Univ. Klinikum Graz

**Mareike Feichtinger,
BScN. MSc**

mareike.feichtinger@
medunigraz.at



© privat

Sabina Kuc, BSc MSc

sabina.hadzic@
medunigraz.at



© privat

Wir sorgen für Nachwuchs!

Assistenzärzt*innen sind Teil unseres Teams – sie absolvieren an der Grazer Frauenklinik ihre Facharztausbildung. Heute möchten wir Ihnen drei vorstellen, die neu in unserem Team sind. Sie kommen selbst kurz zu Wort und erzählen, warum sie sich für das Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe entschieden haben.

Dr.ⁱⁿ Saskia Weber

Med Uni Graz,
1. Ausbildungsjahr

Mein Interesse an der Gynäkologie habe ich bereits sehr früh im Studium gefunden. Die Vielfältigkeit, Frauen in allen Lebensphasen zu begleiten sowie konservativ als auch operativ zu arbeiten, gefällt mir hierbei besonders gut. Von der Akutmedizin bis hin zur Prävention bietet das Fachgebiet ein sehr breites Spektrum.



Dr.ⁱⁿ Nora Pinz
Med Uni Graz,
1. Ausbildungsjahr

Ich habe mich für Gynäkologie und Geburtshilfe entschieden, weil es präventive, operative und konservative Therapieoptionen vereint und die Möglichkeit bietet, Frauen in allen Lebensphasen durch fachliche Kompetenz und Empathie Sicherheit und Unterstützung zu bieten.



Dr.ⁱⁿ Anna-Maria Kupfner
Med Uni Graz,
1. Ausbildungsjahr

Ich habe mich für die Gynäkologie und Geburtshilfe entschieden, weil ich Frauen in allen Lebensphasen begleiten und betreuen möchte. Die Vielseitigkeit des Faches begeistert mich besonders.



Teamemergency an der UFK Graz

Dr.ⁱⁿ Teresa Albori



© LKH-Univ. Klinikum Graz/M. Kanizaj

Teamtrainings am LKH-Univ. Klinikum Graz wie dieses an der Univ.-Klinik f. Neurologie tragen wesentlich zur Patient*innensicherheit bei.

Wenn in unserem Fach der Alarm losgeht, sitzt im Kreißsaal jeder Handgriff. Wir sind es gewöhnt, innerhalb von Momenten Entscheidungen zu treffen und zu handeln.

Jeder weiß, was zu tun ist, und innerhalb von Minuten läuft die Notfallversorgung rund und geübt ab. Warum ist das so? Weil wir es regelmäßig üben. Und was man übt, beherrscht man. Geburtshilfliche Notfalltrainings gehören schon lange

zu unserem Alltag und werden seit Jahren im Kreißsaal organisiert und durchgeführt.

Was aber, wenn nicht die Gebärende in einer Notfallsituation ist? Sondern der Opa, der zu Besuch ist? Oder wenn es zu einem Notfall außerhalb unseres Fachgebietes kommt? Da befinden wir uns schnell außerhalb unserer Komfortzone. Dies verzögert aber im schlimmsten Fall eine Reanimation bzw. das Ingangsetzen der Rettungskette. Wir wissen, die beste Kette ist nur so gut

wie ihr schwächstes Glied und wenn der Start holprig läuft, lässt sich auch mit High-End-Intensivmedizin nicht mehr alles retten.

Wie könnte man das verbessern?

Dieser Gedanke wurde in der KAGES zum Teamemergency weitergedacht. Somit wird unser Simulationstrainingsportfolio erweitert und wir üben nun auch „nicht geburtshilfliche“ Notfälle zu erkennen und professionell erst-zuversorgen.

Die fachliche Basis dieser Trainings wird aus dem ILS-(Immediate Life Support) Format des ERC herangezogen. Ein Team-Notfalltraining im medizinischen Bereich bietet eine Vielzahl von Vorteilen, die weit über das reine Einüben technischer Maßnahmen hinausgehen.

Moderne Akutmedizin ist ein hochkomplexes Umfeld, in dem nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch effektive Kommunikation, klare Rollenverteilung und ein reibungsloses Zusammenspiel entscheidend über das Outcome bestimmen. Ein strukturiertes Notfalltraining schafft hierfür, unabhängig von der Fachdisziplin, die optimale Grundlage.

Verbesserung der Patient*innen-sicherheit

Durch das gemeinsame Üben kritischer Szenarien können Teams Abläufe festigen, Fehlerquellen erkennen und Maßnahmen zur Prävention entwickeln. So werden Reaktionszeiten verkürzt und lebensrettende Entscheidungen schneller und sicherer getroffen.

Stärkung der Teamkommunikation

Notfallsituationen erfordern klare, präzise und belastbare Kommunikation. Teamtrainings fördern das Einüben von Kommunikationsmodellen wie Closed-Loop-Communication, wodurch Missverständnisse reduziert und Handlungsabläufe transparenter werden.

Klare Rollen und Verantwortlichkeiten

In Stresssituationen kann Unsicherheit darüber bestehen, wer welche Aufgabe übernimmt. Trainings ermöglichen es, Rollen zu definieren, Verantwortlichkeiten zu klären und die Teamkoordination zu optimieren – ein wesentlicher Faktor für effizientes Handeln im Ernstfall.

Förderung der Handlungssicherheit unter Stress

Durch realistische Simulationen lernen Mitarbeitende, auch unter Druck besonnen zu reagieren. Wiederholtes Training stärkt Selbstvertrauen und Stressresilienz, was im medizinischen Alltag von großem Wert ist.

Verbesserung technischer Fertigkeiten

Neben Teamaspekten werden medizinische Maßnahmen wie Reanimation, Atemwegsmanagement oder Schockbehandlung trainiert und standardisiert. Dadurch steigt die fachliche Qualität der Versorgung.

Analyse und kontinuierliche Verbesserung durch Debriefing

Ein wesentlicher Bestandteil moderner Simulationstrainings ist das strukturierte Debriefing. Hier reflektiert das Team gemeinsam Stärken, Schwächen und Optimierungsmöglichkeiten. Diese Lernform unterstützt nachhaltige Leistungssteigerung und fördert eine offene Fehlerkultur.

Erhöhung der Mitarbeitenden-zufriedenheit

Gut vorbereitete und eingespielte Teams fühlen sich sicherer und handlungsfähiger. Das steigert nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern auch die Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeitenden.

Fazit

Team-Notfalltrainings sind ein unverzichtbarer Bestandteil des Qualitäts- und Risikomanagements im medizinischen Bereich. Sie verbessern nicht nur die technische und nicht-technische Kompetenz, sondern tragen maßgeblich zu Patient*innensicherheit, Teamdynamik und professionellem Selbstvertrauen

bei. In einer Umgebung, in der Sekunden über Leben und Tod entscheiden können, ist regelmäßiges gemeinsames Trainieren ein zentraler Schlüssel zum Erfolg.

Teamemergency: das Notfall- und Teamtraining der KAGES

- Berufsgruppenübergreifendes Notfall- und Teamtraining der KAGES
- Ziel: Verbesserung von Zusammenarbeit, Kommunikation und Sicherheit in Notfallsituationen
- Trainings finden regelmäßig, kurz (ca. 30 Minuten) und direkt am Arbeitsplatz statt.
- Inhalte: Notfallszenarien (z. B. Reanimation), Teamaufgaben, Kommunikationstrainings
- Multiprofessionelle Teilnahme: Pflege, Medizin, Technik, Verwaltung, Auszubildende
- Reflexion/Debriefing im Anschluss
- Ziel: Kultur der Handlungssicherheit und guten Teamkommunikation

Dr.ⁱⁿ Teresa Albori

teresa.albori@
uniklinikum.kages.at



Die Goldene Stunde

Valentina Pock, BSc BA MA



© stock.adobe.com/Mr. Bolota

Bereits 1989 lancierten WHO und UNICEF die „baby-friendly-hospital“-Initiative, um das Stillen weltweit zu schützen und zu fördern.

Dafür wurden die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ formuliert und veröffentlicht (WHO, 1989; siehe Tabelle 1). Dies sind praktische Maßnahmen, die zur Förderung, Unterstützung und Etablierung des Stillens notwendig sind. Noch heute dient dieser Maßnahmenkatalog als Basis für die Evaluation von Geburtskliniken bezüglich deren Stillfreundlichkeit (Vökt et al., 2007). Im Folgenden sollen Schritt 4 und dessen positive Auswirkungen näher vorgestellt werden:

„Bonding – Hautkontakt bis zum ersten Stillen“

Mutter und Baby spüren einander und alle Sinne werden angeregt: Die erste postpartale Stunde wird in der Geburtshilfe auch als „Goldene Stunde“ bezeichnet. Unmittelbar nach der Geburt sind die Such- und Saugreflexe eines Neugeborenen besonders stark ausgeprägt. Häufig findet ein gesundes, reifes Kind, das nach der Geburt – getrocknet und mit warmen Tüchern bedeckt – am Bauch der Mutter platziert wird, innerhalb einer Stunde eigenständig die Brust, dockt selbstständig an und beginnt zu saugen. Diesen Vorgang nennt man „Self-Attachment“ (Widström, 2011).

„Von Anfang an sichern biologische Prozesse in der ersten Stunde nach der Geburt das Überleben von Mutter und Säugling. Diese sensible Zeit hat eine emotionale Auswirkung auf das Verständnis der Mutter für das Neugeborene und fördert die Bindung.“ (Widström et al., 2019) Der Bindungsprozess zwischen Mutter und Kind, der mit der Schwangerschaft begann, intensiviert sich in dieser Phase. Um der Mutter-Kind-Einheit diese Zeit so ungestört wie möglich zu gestalten, sollten alle Routinemaßnahmen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Dazu zählen zum Beispiel die Erhebung der Kindsdaten oder das Anbringen der Identifikationsbändchen. Zweiteres – wie auch zeitlich

One-Minute-Wonder: Die Goldene Stunde

Was ist das?

Die erste Stunde nach der Geburt, in der Mutter und Kind möglichst ohne Störfaktoren von außen im engen Haut-zu-Haut-Kontakt zueinander sein sollten.

Wie sollte man vorgehen?

- Baby **unverzüglich nach der Geburt in direktem Hautkontakt** am Bauch der Mutter platzieren, mit trockenen und warmen Tüchern zudecken
- **Notwendige Untersuchungen** werden **direkt am Körper der Mutter** vorgenommen
- Routine-Maßnahmen werden auf die Zeit nach der Bonding-Phase verschoben
- **Trennung von Mutter und Kind** in der Bonding-Phase (oder bestenfalls bis nach der ersten Stillmahlzeit) **nur bei zwingender medizinischer Notwendigkeit**

Was nutzt das?

- ♥ vermehrte Ausschüttung von Oxytocin bei Mutter und Kind
- ♥ Das Neugeborene beruhigt und entspannt sich schneller
- ♥ Das Neugeborene schreit weniger → geringerer Energieverbrauch
- ♥ Bessere Regulation der Körpertemperatur
- ♥ Glukosespiegel im Blut stabilisiert sich
- ♥ wichtige Stillreflexe werden stimuliert
- ♥ die Milchbildung wird angeregt
- ♥ es ist keine oder weniger Zufütterung erforderlich
- ♥ das Anlegen an der noch weichen Brust fällt leichter und somit ist auch das spätere Anlegen leichter und weniger stressbehaftet
- ♥ Mutter reagiert sensibler auf die Bedürfnisse ihres Kindes → auch Jahre später!
- ♥ wachsendes Selbstvertrauen der Mutter



Evidenzen?

Ja, alle oben genannten Punkte sind wissenschaftlich bewiesen. Zudem zeigt sich deutlich, dass das Personal im Klinikum entlastet wird. Durch eine **intensive Bonding-Phase** und einem damit einhergehend **guten Stillbeginn** sind in Folge **weniger Interventionen bei Mutter und Kind** notwendig. Die Mutter fühlt sich sicherer im Umgang mit ihrem Kind und kann dessen Signale besser deuten und adäquat auf seine Bedürfnisse reagieren.

gebundene Maßnahmen wie etwa eine indizierte Blutzuckerkontrolle – könnten auch ohne Weiteres direkt am Bauch der Mutter durchgeführt werden.

Vorteile der Bonding-Phase

Es ergeben sich zahlreiche Vorteile für Mutter und Kind, wenn diese Phase des ungestörten Kennenlernens und ersten Andockens an der Brust stattfinden kann: Die Kinder schreien weniger, beruhigen und entspannen sich leichter und verbrauchen dadurch insgesamt weniger Energie. In der Folge können sie die Körpertemperatur besser halten und auch den Glukosespiegel im Blut besser stabilisieren (Lamary et al., 2023; Moore et al., 2016). Zudem wurde beobachtet, dass Mütter, die eine ungestörte Bondingphase mit ihrem Neugeborenen erlebten, auch noch ein Jahr später sensibler auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagierten: Durch das Saugen des Kindes wird die Produktion von Prolaktin und Oxytocin stimuliert. Diese Hormone beeinflussen nicht nur das mütterliche Verhalten im positiven Sinne, sondern regen auch direkt die Milchbildung an (Lau et al., 2018). Weiters findet durch das zeitnahe Anlegen eine frühe Besiedelung des

Kindes mit individuellen maternalen Keimen statt, wodurch sich fremde Keime schlechter etablieren können (Wambach&Spencer, 2021).

Die Mutter profitiert direkt postpartal: Die Rückbildung der Gebärmutter wird gefördert, die Plazentaphase verkürzt sich und das Risiko postpartaler Blutungen wird reduziert (Moore et al., 2016).

Manchmal ist eine Trennung von Mutter und Kind medizinisch notwendig und damit unumgänglich. Doch auch in solchen Fällen können häufig sinnvolle Maßnahmen gesetzt werden, um den Bonding-Prozess so gut es geht zu fördern: Wenn irgend möglich, sollte zumindest vor der Trennung ein kurzer Kontakt ermöglicht werden. Wenn die Mutter fit genug dafür ist, kann direkt im Kreißaal unter Anleitung der Hebamme Kolostrum gewonnen und dem Kind gebracht werden.

Ein ununterbrochener Hautkontakt in der ersten postpartalen Stunde birgt zahlreiche Vorteile für Mutter und Kind und beeinflusst den Stillbeginn und in weiterer Folge die gesamte Stillbeziehung nachhaltig positiv. Daraus ergibt sich auch für das gesamte Klinikpersonal im Kreißaal und auf der Wochenbettstation sowie auch im häuslichen Wochenbett potenziell weniger Arbeitsaufwand:

Bei einem guten Gedeihen des Kindes und einer positiven Still Erfahrung der Mutter sind weniger Kontrollen und Interventionen notwendig.

Im Kreißaal tätige Hebammen und Geburtshelfer*innen können durch das Ermöglichen eines ungestörten Haut-zu-Haut-Kontakts während der „Goldenen Stunde“ aktiv einen Beitrag dazu leisten.

Quellen

- Lamary, M., Bertoni, C. B., Schwabenbauer, K., & Ibrahim, J. (2023). Neonatal Golden Hour: a review of current best practices and available evidence. *Current opinion in pediatrics*, 35(2), 209–217. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000001224>
- Lau, Y., Tha, P. H., Ho-Lim, S. S. T., Wong, L. Y., Lim, P. I., Citra Nurfarah, B. Z. M., & Shorey, S. (2018). An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Maternal & child nutrition*, 14(1), e12492. <https://doi.org/10.1111/mcn.12492>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Vökt, C. A., Hösl, I., Huch, R. (2007). Stillen – Lust statt Last. *Säuglingsernährung und soziokulturelles Seismogramm*. *Gynäkologie*, 19(1), 18–22.
- Wambach, K. & Spencer, B. (2012). *Breastfeeding and Human Lactation*. Jones and Bartlett.
- WHO (1989). Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF Statement. Geneva
- Widström, A. M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalakis, P., Dahlöf, A., Lintula, M., & Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta paediatrica* 100(1), 79–85. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x>
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica* 108(7), 1–13. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>

„Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“

1. einheitliche Stillrichtlinien für Hebammen, Ärzt*innen und Pflegepersonal
2. Schulung und Fortbildung für alle Mitarbeiter*innen
3. Stillvorbereitung in der Schwangerschaft
4. Bonding – Hautkontakt bis zum ersten Stillen
5. Richtiges Anlegen lernen.
6. Zufüttern nur bei medizinischer Indikation
7. Rooming-in rund um die Uhr
8. Stillen nach Bedarf – häufiges Anlegen unterstützen
9. kein Flaschensauger und Schnuller am Stillbeginn
10. die Nachbetreuung sichern – Stillgruppen, Stillambulanz, Hebammen

**Valentina Pock, BSc
BA MA**
Hebamme an der Univ.-
Klinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

valentina.pock@
uniklinikum.kages.at



Wunde Mamillen in der Stillzeit

DGKP Selina Lasser, BSc (IBCLC)

Wunde Mamillen sind ein häufiges Problem in der ersten Zeit nach der Geburt. Schmerzen und Wundsein beeinträchtigen das Stillen gravierend und schränken das Wohlbefinden der Frauen massiv ein.

„Das ist normal am Anfang, weil das Baby ständig an der Brust trinkt“ oder „das wird schon mit der Zeit.“ Solche und viele weitere ähnliche Aussagen sind weit verbreitet, frischgebackene Mamas bekommen sie oft genug zu hören. Eine erhöhte Sensibilität der Mamillen scheint

dass zu „langes“ Stillen zu wunden Mamillen führe. Bei einer korrekten Anlegetechnik ist eine Einschränkung des Stillens nicht empfehlenswert! Ein zu häufiges selbstbestimmtes Unterbrechen der Stilldauer kann zu mangelnder Milchbildung und in Folge zu Gedeihstörungen beim Baby führen.

Hilfe bei wunden Mamillen

Bei wunden Mamillen ist eine frühstmögliche Beratung essenziell, um die Beschwerden so rasch wie möglich zu lindern. Dazu zählen die Überprüfung der Anlegetechnik und des Saugverhaltens des Babys, die Beurteilung der Stillfrequenz und Stilldauer sowie Maßnahmen, um die individuelle Situation zu verbessern. Außerdem zählt bei der Versorgung von wunden Mamillen das Prinzip der „feuchten Wundbehandlung“. Unter Berücksichtigung des

Wirkstoffen verschrieben, die jedoch vor dem Stillen nicht abgewaschen werden müssen. Von Hydrogelauf-lagen, Multi-Mam-Kompressen, Silberhütchen etc. wird seitens des Europäischen Instituts für Stillen und Laktation deutlich abgeraten.

Stillsprechstunde

Bei Stillproblemen oder Unsicherheiten unterstützen wir gerne in unserer Stillsprechstunde – hier erhalten Schwangere und Mütter, die an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Behandlung/Betreuung sind, eine individuelle Beratung und praktische Tipps zum schmerzfreien Stillen. Die Terminvergabe erfolgt per E-Mail (stillen.frauenklinik@uniklinikum.kages.at) oder direkt während eines Aufenthaltes in der Geburtshilflichen Ambulanz/durch die Geburtshilflichen Stationen. Bei akuten Beschwerden wie z. B. sehr starken Schmerzen, Rötung oder Fieber können die Frauen jederzeit in der Notfallambulanz an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorstellig werden.



zwar in den ersten Tagen nach der Geburt normal zu sein, führt aber nicht immer zu wunden Mamillen. Meist sind es ganz andere Gründe: eine inkorrekte Anlegetechnik und/oder ein falsches Saugverhalten vom Baby oder zu viel Reibung an den Mamillen (durch z. B. Kleidung, Stilleinlagen oder falsche Größe von Stillhilfsmitteln). Eine Verbesserung der Still- und Anlegeposition, häufiger Haut-zu-Haut-Kontakt und ein korrektes Wundmanagement können die Beschwerden deutlich lindern. Ein weit verbreiteter Mythos besagt,

natürlichen feuchten Hautmilieus wird die Wunde gereinigt und gepflegt. Die Wundabdeckung erfolgt mit einer hochgereinigten Lanolin-salbe. Wichtig ist dabei, Druck auf die Mamille zu vermeiden und eine Luftzirkulation zu ermöglichen. Dazu gibt es sogenannte „Brustdonuts“ die eine ungestörte Durchblutung erleichtern. Bei infizierten Wunden reichen Wasser oder sterile Kochsalzlösung zur Reinigung nicht mehr aus und es muss auf antiseptische Lösungen zurückgegriffen werden. In manchen Fällen werden Salben mit

Nähere Informationen und Quelle unter:



DGKP Selina Lasser,
BSc (IBCLC)

selinakatharina.lasser@uniklinikum.kages.at

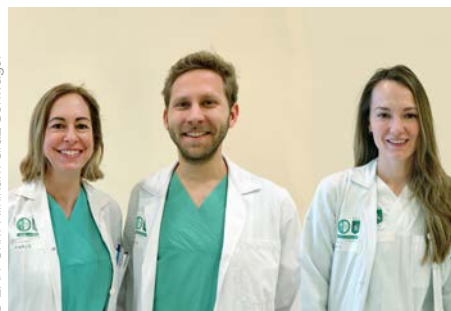


Gynäkologie

20 Jahre Kolposkopiediplom: Kurs zum Jubiläum an der Grazer Universitätsfrauenklinik

Univ.-Prof. Dr. Olaf Reich

Vom 7.–8. November 2025 fand an der Universitätsfrauenklinik Graz unter der wissenschaftlichen Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Olaf Reich ein zertifizierter Kolposkopie-Fortgeschrittenenkurs mit Prüfung zum Kolposkopiediplom statt.



Dr.ⁱⁿ Marion Kratky, Dr. Matthias Pittrof und Dr.ⁱⁿ Viktoria Jost haben in Graz die Prüfung bestanden.

Diese Kurse haben eine lange Tradition. Vor mehr als 20 Jahren bestanden in Europa sehr unterschiedliche Levels von Kompetenzen in Diagnostik und Therapie anogenitaler Krebsvorstadien. Die Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. (AG-CPC) Deutschlands und infolge die Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie e.V. (AGK) Österreichs und die Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie und Zervixpathologie (AKOL) der Schweiz waren wesentlich daran beteiligt, dass heute in den deutschsprachigen Ländern Europas Frauen mit anogenitalen Dysplasien darauf vertrauen können, auf einem zwischen den einzelnen Ländern abgestimmten Niveau vergleichbar und weitgehend einheitlich diagnostiziert und therapiert zu werden.

Diese Aktivität ist strategisch bei der European Federation for Colposcopy (EFC) verankert (<https://efcolposcopy.eu/recommendationsguidelines>). Im „EFC Core Curriculum“ werden Inhalte, Ziele und Abläufe einer die Fachärzt*innenausbildung überschreitenden Aus- und Fortbildung in Kolposkopie abgebildet.

20 Jahre Diplomprüfung

2005 wurde in Stralsund, Deutschland, die erste Prüfung zum Kolposkopiediplom abgenommen. In Graz jährte sich heuer die Diplomprüfung zum 20. Mal. Durch gemeinsame Adaptation internationaler und nationaler Fragenkomplexe für Deutschland und Österreich durch Priv.-Doz. Dr. Volkmar Küppers, Dr. Jens Quaas und Ao. Univ.-Prof. Dr. Olaf Reich wurde zunächst Österreich und später die Schweiz Teil der Initiative. Seit 2008 ist mit Ao. Univ.-Prof. Dr. Olaf Reich ein Vertreter Österreichs und seit 2017 mit Dr. André Kind ein Vertreter der Schweiz Mitglied in einer gemeinsamen Zertifizierungskommission (<https://www.ag-cpc.de/kolposkopiediplom-und-zertifizierung>). Seit 2005 traten insgesamt 7.187 Kolleg*innen (Prüfungen und Wiederholungen) zum Kolposkopiediplom an, 5.338 Kolleg*innen bestanden die Prüfung. Dieses Ergebnis zeigt den Anspruch der Prüfung und die hohe Qualifikation der an der Abklärung auffälliger Befunde beteiligten Kolleg*innen. In Deutschland hat der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes

Beschlussgremium im Gesundheitswesen den Nachweis der fachlichen Qualifikation für die Berechtigung zur Durchführung von Abklärungskolposkopien mittels Kolposkopiediplom anerkannt. In Österreich verweist das Kolposkopiediplom auf eine über dem Fachärzt*innenniveau liegende Qualifikation in der Diagnostik und Therapie anogenitaler Dysplasien. Die große und langjährige Tradition des deutschsprachigen Raumes und insbesondere der Grazer Frauenklinik in Krebsfrüherkennung durch Kolposkopie konnte damit in eine länderübergreifende gesellschaftliche Perspektive mit internationaler Kooperation und Netzworkebildung überführt werden. Die erfolgreiche Umsetzung dieser Aktivität kann als wichtige und besondere Leistung betrachtet werden.

Nach erfolgreicher Teilnahme am Grazer Jubiläumskurs und unter Anleitung von erfahrenen Kolposkopielehrern haben drei Kolleg*innen der Grazer Frauenklinik, Dr.ⁱⁿ Marion Kratky, Dr.ⁱⁿ Viktoria Jost und Dr. Matthias Pittrof, die Prüfung zum Kolposkopiediplom bestanden, wozu wir herzlich gratulieren!

Univ.-Prof. Dr. Olaf Reich

olaf.reich@
medunigraz.at



Forschungseinheit für anale Inkontinenz

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen die Forschungseinheit für anale Inkontinenz an unserer Klinik vorzustellen. Ziel dieser spezialisierten Einheit ist es, innovative regenerative Therapien für Patientinnen mit belastender Stuhlinkontinenz zu entwickeln und anzuwenden.

Therapiekonzept: Regeneration durch autologe Stammzelltransplantation

Im Mittelpunkt unserer aktuellen Forschungsprojekte steht die Transplantation von Stammzellen, die aus einer kleinen autologen Muskelbiopsie gewonnen und anschließend im Labor kultiviert werden.

Die so vermehrten Myoblasten werden gezielt in den geschädigten Sphinkterbereich eingebracht, um Muskulatur und Funktion zu regenerieren. Diese Methode stellt eine vielversprechende Option für Patientinnen dar, die trotz konservativer oder operativer Therapien weiterhin eine relevante Symptomlast haben.

Für welche Patientinnen eignet sich die Zuweisung?

Wir freuen uns über die Vorstellung von Patientinnen mit:

- persistierender analer Inkontinenz (insbesondere nach Geburtsverletzungen)
- Sphinkterschäden oder -insuffizienz
- unzureichendem Behandlungserfolg auf Standardtherapien



- hoher psychosozialer Belastung durch die Symptome

Die Einschlusskriterien für laufende und zukünftige Studienprogramme werden im persönlichen Austausch individuell geprüft.

Unser Angebot für Ihre Patientinnen:

- ausführliche Diagnostik (Endosonografie, Manometrie)
- Beratung zu etablierten Therapieoptionen
- Prüfung der Eignung für die Stammzelltherapie
- enge Rückkopplung an Sie als betreuende Praxis

Kontakt und Zuweisung

Für Fragen oder zur Vorstellung geeigneter Patientinnen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Prof.ⁱⁿ Andrea Frudinger

andrea.frudinger@medunigraz.at



Dr.ⁱⁿ Heidrun Sagmeister

heidrun.sagmeister@medunigraz.at



Nicole Schreiner, BSc MSc

nicole.schreiner@medunigraz.at



Die Gynäkologischen Ambulanzen: Optimierung der Abläufe

Univ.-Prof. Dr. Karl Tamussino



© LKH-Univ. Klinikum Graz

Feilen gemeinsam an neuen Strukturen und Abläufen: das Team der Gyn-Ambulanz sowie das Lean-Team des Uniklinikum Graz

Die gynäkologischen Ambulanzen umfassen die Allgemeine und Notfallambulanz sowie die Spezialambulanzen (Onkologie/Chemotherapie, Dysplasie, Brusterkrankungen, Urogynäkologie, Kinder- und Jugendgynäkologie, chronische Schmerzambulanz/Vulvodynie, Endometriose, Transgender, FGM). An Werktagen werden hier zwischen 7 und 15 Uhr bis zu über 100 Patientinnen betreut.

Im November startete in den gynäkologischen Ambulanzen ein sogenanntes Lean-Projekt mit dem Ziel, Abläufe zu überprüfen und nach Möglichkeit für alle Beteiligten effizienter und nachhaltiger zu gestalten. Interprofessionell und intradisziplinär

werden mit Ärzt*innen, Pflege, MedOffice-Mitarbeitenden, Klinischer Psychologie und Physiotherapie Prozesse erarbeitet, um standardisierte Informationswege, eine präzise Termin- und Ressourcenplanung sowie Reduktion unnötiger Warte- und Durchlaufzeiten zu erzielen.

In Kürze stellen wir ein neues Anmeldeformular für Zuweisungen vor, das die Kommunikation zwischen niedergelassenen Fachärzt*innen und der Klinik erleichtern und eine raschere und zielgerichtete Zuweisung der Patientinnen ermöglichen soll. Das Formular mit relevanten Informationen wird von zuweisenden Kolleg*innen per DAME oder E-Mail übermittelt. Wir antworten darauf innerhalb von

zwei Tagen mit einem Termin für die Patientin.

Unsere Notfallambulanz steht selbstverständlich für Notfallpatientinnen jederzeit (ohne Termin) zur Verfügung. Weitere Informationen folgen.

Wir freuen uns über Ihr Feedback!

Univ.-Prof. Dr. Karl
Tamussino

karl.tamussino@
medunigraz.at



© LKH-Univ. Klinikum Graz/
M. Kanitzaj

Rekrutierende klinische Studien an der Frauenklinik/ Gynäkologie November 2025

	Ansprechpartner
Benigne GYN/Urogynäkologie	
AMELIE: Anchored Muscle Cells for Anal Incontinence (in Vorbereitung)	andrea.frudinger@medunigraz.at
FIDELIA: Skeletal muscle-derived cell implantation for the treatment of fecal incontinence	andrea.frudinger@medunigraz.at
LYDIA: Lasertherapie bei Vulvodynie	gerda.trutnovsky@medunigraz.at
Familiäre Karzinombelastung	
TUBA-WISP II Study: TUBectomy with delayed oophorectomy as an Alternative to salpingo-oophorectomy in high-risk women. www.tuba-wisp.org	elisa.sieghartsleitner@medunigraz.at
GYN Onkologie	
FRÜHES MAMAKARZINOM (Early Breast Cancer, EBC)	
ABCSG/CAMBRIA-2: Camizestrant vs. Standard-Endokrintherapie bei ER pos., HER2-neg. Mammakarzinom nach adjuvanter Endokrintherapie +/- CDK4/6 Inhibitor	nicole.schreiner@medunigraz.at
ABCSG 61/TEODOR: Neoadjuvant TrEatment Optimization driven by ctDNA and endocrine Responsiveness. Eine prospektive, randomisierte, multizentrische Phase II Studie von neoadjuvanter endokriner Therapie vs. Chemotherapie bei HR-positiven, HER2-negativen, ctDNA-negativen und endokrin sensitiven frühem und lokal fortgeschrittenem Brustkrebs	angelika.boandl@medunigraz.at
ABCSG 63/ERIKA: Elacestrant and Ribociclib in Ki67-tested endocrine responsive breast cancer. A randomized, phase II study of elacestrant plus ribociclib vs. AI plus ribociclib as neoadjuvant therapy for endocrine-responsive HER2-negative early breast cancer	angelika.boandl@medunigraz.at
ABCSG 65/DEFINITIVE: Diagnostic HER2DX-guided treatment For patients with early-stage HER2-positive breast cancer An international, multicenter, prospective, two-arm, randomized, open-label Phase III study	angelika.boandl@medunigraz.at
ABCSG 55N/AMBER: Observation of patients with HER2-positive breast cancer undergoing neoadjuvant treatment and development of a dynamic composite risk score to predict the risk of distant recurrence	nicole.schreiner@medunigraz.at

CAROLEEN 67N: nicht-interventionelle Studie zu Ribociclib in Kombination mit einem Aromatasehemmer zur adjuvanten Behandlung von HR+/HER2- frühem Mammakarzinom mit hohem Rezidivrisiko	angelika.boandl@medunigraz.at
AXSANA: AXillary Surgery After NeoAdjuvant Treatment: A prospective multicenter cohort study to evaluate different surgical methods of axillary staging (sentinel lymph node biopsy, targeted axillary dissection, axillary dissection) in clinically node-positive breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy	florentia.peintinger@medunigraz.at
MELODY: A prospective non-interventional multicenter cohort study to evaluate different imaging-guided methods for localization of malignant breast lesions	angelika.rief@medunigraz.at
FORTGESCHRITTENES MAMMAKARZINOM	
IZABRIGHT-Breast01: A Randomized, Open-label, Inferentially Seamless Phase 2/3 Study of Izalontamab Brengitecan (BMS-986507) versus Physician's Choice in Previously Untreated, Locally Advanced, Recurrent Inoperable, or Metastatic Triple-negative Breast Cancer (TNBC) or ER-low, HER2-negative BC who are Ineligible for Anti-PD1/PD-L1 Treatment	angelika.boandl@medunigraz.at
OVARIALKARZINOM	
MATAO (AGO 65): Erhaltungstherapie mit einem Aromataseinhibitor bei epithelalem Ovarialkarzinom (nur FIGO II)	hermann.fuchs@medunigraz.at
RINA-S: Rinatabart Sesutecan (Rina-S) vs. Standard of Care (Gemzar oder Topotecan) bei Patientinnen mit platin-resistenten Ovarialkarzinom (1-3 Linien)	hermann.fuchs@medunigraz.at
VULVAKARZINOM	
GROINSS-V-III: Groningen International Study on Sentinel Nodes in Vulvar Cancer-III. Radiochemotherapie statt kompletter Leistendisektion bei SN-Metastase >2 mm.	angelika.rief@medunigraz.at karl.tamussino@medunigraz.at
ZERVIXKARZINOM	
MK2870-020 2nd Line: MK2870 Monotherapie vs. Standard of Care (Gemzar oder Topotecan)	angelika.boandl@medunigraz.at
ENDOMETRIUMKARZINOM	
TroFuse MK2870-033: adjuvante Erhaltungstherapie bei MMRp (MK2870 + Pemobrolizumab bs Pembrolizumab mono)	

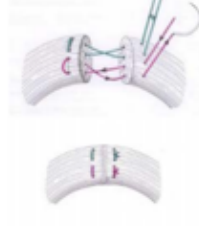
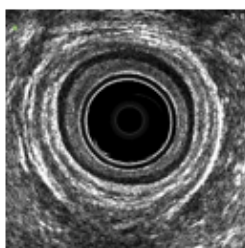
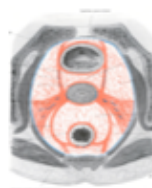
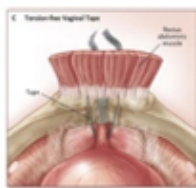
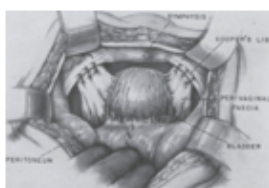
A|U|B



Medical
University of Graz

Die abdominalen Operationen und suburethrale Bänder

AUB Operationskurs



Versorgung höhergradiger Dammrisse

AUB Modul

9.-10. April 2026

Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie Österreich (AUB)
in Zusammenarbeit mit dem Anatomischen Institut und der Univ.-Frauenklinik der
Medizinischen Universität Graz
www.urogyn.at

Psychologie

Spitalspsychologie zwischen Wissenschaft, Teamarbeit und individueller Betreuung am Beispiel der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Eva Mautner, Mag.^a Barbara Pawlata, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Deutsch, Mag.^a Verena Wieser, Mag.^a Antonia Maas

Seit 40 Jahren sind Psychologinnen im interdisziplinären Team in Forschung (Lebensqualität, Krankheitsverarbeitung, Resilienz) und Betreuung von Patientinnen in der Gynäkologie und Geburtshilfe Graz eingebunden.

Geburtshilfe und Kinderwunsch

Mit beinahe 3.500 Geburten im Jahr gehört die Abteilung für Geburtshilfe in Graz zu einer der größten Universitätskliniken für Geburtshilfe im deutschsprachigen Raum. Viele Frauen wünschen sich Unterstützung in der Schwangerschaft und der ersten Zeit nach der Geburt, um die Anforderungen zu Beginn einer Elternschaft gut bewältigen zu können. Klinisch-psychologische Unterstützung wird Frauen/Paaren beispielsweise bei belastenden Befunden im Rahmen der Pränatalmedizin, bei Früh-, Fehl- und Totgeburt sowie bei Risikoschwangerschaften wie komplexen Zwillingschwangerschaften, Präeklampsie und Gestationsdiabetes oder auch bei Anonymer Geburt angeboten.

Nach der Geburt sind Gründe für die psychologische Unterstützung hauptsächlich postpartale Befindlichkeitsstörungen wie postpartaler Blues, Ängste, traumatische Geburtserlebnisse und postpartale Depression.

Ein unerfüllter Kinderwunsch aber auch eine medizinische Kinderwunschbehandlung können psychisch belastend sein. Der Umgang mit den eigenen Erwartungen, der Hoffnung und Enttäuschung sowie die Angst, kinderlos zu bleiben, sind einige der Gründe, warum klinisch-psychologische Beratung und Behandlung in Begleitung zur Kinderwunschbehandlung in Anspruch genommen wird.



Gynäkologie

Frauen kommen aufgrund verschiedenster gynäkologischer Erkrankungen, der Abklärung des Verdachts auf eine gynäkologische Krebserkrankung – besonders häufig eine Brustkrebserkrankung (Univ. CCC-Zentrum) oder eine Krebsvorstufe – an die gynäkologische Abteilung. In allen Phasen einer Erkrankung (Abklärung, Diagnosestellung, Behandlung) kann es im Sinne

der Krankheitsverarbeitung hilfreich sein, klinisch-psychologische Beratung und Behandlung in Anspruch zu nehmen. Operationen, Chemo-, Hormon-, Immun- und Strahlentherapie oder Ähnliches können Nebenwirkungen haben, die die Lebensqualität sowohl vorübergehend als auch längerfristig stark einschränken und daher mit Angst und Unsicherheit einhergehen. Zusätzlich stellen sich Fragen nach dem Umgang mit dem familiären und sozialen Umfeld sowie nach der beruflichen und finanziellen Situation. Ebenso können nach Beendigung der medizinischen Behandlung körperliche, seelische und soziale Belastungen bestehen. Patientinnen erhalten klinisch-psychologische Beratung und Behandlung sowohl vor als auch nach der medizinischen Behandlung. Indikationen hierfür sind beispielsweise Ängste (vor der Behandlung/OP, Progredienz-/Rezidivangst), Depressivität, psychosoziale Belastungen, Fatigue-Symptomatik, Übelkeit, Schmerzen aber auch Ressourcenstärkung und soziale Teilhabe, Krankheitsverarbeitung und Erhaltung/Steigerung der Lebensqualität.

Weiters kommen Frauen mit chronischen Unterbauchschmerzen, Endometriose und Missempfindungen sowie mit Schmerzzuständen im Bereich der äußeren, primären Geschlechtsorgane (Vulvodynie, Vaginismus etc.) an die Abteilung für Gynäkologie und können, im Sinne einer multimodalen Schmerztherapie,

klinisch-psychologische Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen.

Opfer bzw. Gewaltschutz

Für Frauen, welche Opfer von Gewalt werden (FGM, häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt) gibt es abteilungsübergreifend klinisch-psychologische Unterstützung, in Zusammenarbeit mit Opferschutzeinrichtungen und der Gewaltambulanz des Uniklinikum Graz.

Relevanz, wissenschaftlicher Hintergrund, Zukunft

Studien an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz – unter anderem zu Lebensqualität und Resilienz – haben ergeben, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Unterstützung des gesamten Teams als besonders hilfreich erlebt werden, um Selbstwirksamkeit, Resilienz und das Kohärenzgefühl der Frauen zu stärken. Wir Psychologinnen unterstützen

unsere Patientinnen in akuten Belastungssituationen und bei der Verarbeitung körperlicher Erkrankungen im Rahmen des ambulanten oder stationären Aufenthaltes. Angehörigenberatung, Elternberatung, Trauer- und Sterbebegleitung gehören zu den täglichen Aufgaben. Die Bereitschaft, die eigene Arbeit zu reflektieren, und sich sowohl psychologisch als auch medizinisch fortzubilden, ist die wichtigste Voraussetzung für eine evidenzbasierte psychologische Tätigkeit.



(v. li.) Verena Wieser, Eva Mautner, Barbara Pawlata, Maria Deutsch, Antonia Maas

Ihre Ansprechpersonen auf der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Eva Mautner
eva.mautner@uniklinikum.kages.at

Mag.^a Barbara Pawlata
barbara.pawlata@uniklinikum.kages.at

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Deutsch
maria.deutsch@uniklinikum.kages.at

Mag.^a Verena Wieser
verena.wieser@uniklinikum.kages.at

Mag.^a Antonia Maas
antonia.maas@uniklinikum.kages.at

Alle:
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Abteilung für Geburtshilfe, Medizinische Universität Graz

Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz

Literatur

- Mautner, E; Stern, C; Avian, A; Deutsch, M; Fluhr, H; Greimel, E Maternal Resilience and Postpartum Depression at the Neonatal Intensive Care Unit. *Front Pediatr.* 2022; 10: 864373 Doi: 10.3389/fped.2022.864373 [OPEN ACCESS]
- Greimel, E; Bjelic-Radisic, V; Nagele, E; Bliem, B; Tamussino, K Quality of life in patients with ovarian cancer *ONKOLOGE.* 2019; 25(2): 151-156. Doi: 10.1007/s00761-018-0484-y
- ** Greimel, E; Lanceley, A; Oberguggenberger, A; Nordin, A; Kuljanic, K; Schmalz, C; Arraras, JI; Chie, W; Jensen, PT; Tomaszewski, KA; Creutzberg, CL; Galalae, R; Toelen, H; Inwald, EC; Bjelic-Radisic, V Differences in health care professionals' and cancer patients' views on sexual health issues *PSYCHO-ONCOLOGY.* 2018; 27(9): 2299-2302. Doi: 10.1002/pon.4814 [OPEN ACCESS]
- * Mautner, E; Stern, C; Deutsch, M; Nagele, E; Greimel, E; Lang, U; Cervar-Zivkovic, M The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: an observational cohort study. *Health Qual Life Outcomes.* 2013; 11(11):194-194 Doi: 10.1186/1477-7525-11-194 [OPEN ACCESS]
- ** Mautner, E; Greimel, E; Trutnovsky, G; Daghofer, F; Egger, JW; Lang, U Quality of life outcomes in pregnancy and postpartum complicated by hypertensive disorders, gestational diabetes, and preterm birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009; 30(4):231-237 Doi: 10.3109/01674820903254757

News, Termine und Auszeichnungen

Ehrung von Dr.ⁱⁿ Gabriele Czarnowski



Dr.ⁱⁿ Gabriele Czarnowski am Pult

Dr.ⁱⁿ Gabriele Czarnowski promovierte in Medizingeschichte/Politikwissenschaft in Berlin und forscht seit 2002 an der Medizinischen Universität Graz zur Rolle der Medizin und der Frauengeschichte im Nationalsozialismus.

Ein Schwerpunkt ihrer Forschung sind die österr. Frauenkliniken, insbes. die Univ.-Frauenklinik Graz. Nüchtern und präzise dokumentiert sie in zahlreichen Publikationen die 1938-1945 an der Klinik durchgeführten Zwangsabbrüche, Zwangssterilisationen und experimentellen Operationen (z. B. G. Czarnowski. Österreichs „Anschluss“ an Nazi-Deutschland und die österreichische Gynäkologie. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 2021).

Im September 2020 hielt sie einen Hauptvortrag bei der Veranstaltung „Die Univ.-Frauenklinik Graz 1938–1945“ und präsentierte im Rahmen dieses Vortrages ihre Forschungsergebnisse.

Am 13. bzw. 14. November 2025 erhielt Dr.ⁱⁿ Czarnowski eine Ehrenurkunde der MUG bzw. die Ehrenmitgliedschaft der OEGGG.

Evaluierungen und Zertifizierungen

Im Oktober 2025 brachte die **Ausbildungsevaluierung** der Ärztekammer (<https://ausbildungsevaluierung.aerzte-kammer.at/2025/>), durchgeführt von der ETH Zürich, einen erfreulich positiven Bericht über unsere Ausbildungsstätte, besonders in den Domänen Evidence-based Medicine, Vermittlung von Fachkompetenz, Patient*innensicherheit und Betriebskultur.

Im Oktober wurden sowohl das **Brustgesundheitszentrum** im Univ. CCC am LKH-Univ. Klinikum Graz (Sprecherin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ F. Peintinger) durch OnkoZert als auch das **Kontinenz- und Beckenbodenzentrum** durch die MKÖ mit Quality Austria erfolgreich rezertifiziert.

Vielen Dank an alle, die hier die viele erforderliche Arbeit geleistet haben!

Podcast: Sprechstunde am Uniklinikum



Weil jede Geburt etwas Besonderes ist

Hebamme Petra Seibitz und Abteilungsleiter Univ.-Prof. Dr. Herbert Fluhr nehmen Sie mit in den Kreißsaal und erzählen in dieser Podcastfolge, was eine PDA oder Lachgas bewirken, warum der Griff zur Saugglocke kein Grund zur Sorge und bei Zwillingen ein Kaiserschnitt kein Muss ist.



Kostenfreie und vertrauliche Hilfe

Für alle von Gewalt Betroffenen – egal, welchen Alters oder Geschlechts – gibt es in Graz seit 2008 eine österreichweit einzigartige Anlaufstelle: die Gewaltambulanz. Gast in dieser Podcastfolge ist die Leiterin, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sarah Heinze vom Institut für gerichtliche Medizin.



Wenn Schmerzen die Regel sind

Endometriose ist die häufigste gynäkologische Erkrankung – und wird dennoch oft jahrelang nicht erkannt. Bei jeder zweiten Frau mit unerfülltem Kinderwunsch ist diese Krankheit die Ursache. Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Monika Wölfler erzählt in dieser Podcastfolge, wie Endometriose erkannt werden kann und wie sie behandelt wird.



(K)Ein Baby mit über 35?

Univ.-Prof. Dr. Herbert Fluhr erklärt, welche (medizinischen) Konsequenzen es haben kann, wenn eine über 40-jährige Frau das erste Mal Mama wird, wie oft es vorkommt, dass Frauen ab 50 auf natürliche Weise schwanger werden und in wie vielen Fällen bei „alten“ Müttern mittels IVF nachgeholfen wird.

Film ab: Willkommen im Kreißsaal!



Der herrliche Garten und die hellen Räume, die mit den modernsten Einrichtungen bestückt sind: In diesem Film können Sie einen Blick in unseren Kreißsaal werfen und einige der Geburtshelfer*innen kennenlernen, die ihrer Berufung mit viel Feingefühl und hoher Kompetenz nachgehen. Ganz dem Filmtitel entsprechend: „Weil jede Geburt etwas Besonderes ist!“





Geburts- vorbereitung

Kurse für werdende Eltern
ab der 28. Schwangerschaftswoche

Themenschwerpunkte: Atemübungen,
Entspannungsübungen, Neugeborenenpflege,
Geburtsphasen, Stillen, ...

Kursdauer: 8 Wochen

Kosten: 184 Euro pro Person/Paar



SCAN MICH



Details finden Sie auf unserer Homepage:
<https://www.uniklinikumgraz.at/frauenklinik/geburtshilfe>



ALLE FRAGEN RUND UM DIE GEBURT

... beantworten wir bei unserem Infoabend
mit anschließender Kreißsaalführung!

Wann: jeden zweiten Mittwoch um 17 Uhr

Wo: Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe des LKH-Univ. Klinikum Graz

Anmeldung bitte unter
elterninformationsabend@uniklinikum.kages.at



Details finden Sie auf unserer Homepage:
<https://www.uniklinikumgraz.at/frauenklinik/veranstaltungen>

Kontakt Daten

Vorstellung der Patient*innen ausschließlich mit Termin und Zuweisung unter:

Klin. Abteilung für Gynäkologie
Tel. 0316/385-83006 bzw. 12502

Klin. Abteilung für Geburtshilfe
Tel. 0316/385-13371 oder 12888
geb_amb_sek@uniklinikum.kages.at

Gyn. Endokrinologie/IVF
Tel 0316/385-12260
kinderwunsch@uniklinikum.kages.at

Notfallversorgung: Mo. bis Fr.: 15:00-07:00 Uhr, Sa., So., Feiertag: 00:00 bis 24:00 Uhr, T. +43 316 385-84184

Für fachliche Fragen wenden Sie sich bitte an das jeweilige Sekretariat:

Klin. Abteilung für Gynäkologie
Tel. 0316/385-12201
Fax 0316/385-13061
gynaekologie@uniklinikum.kages.at

Klin. Abteilung für Geburtshilfe
Tel. 0316/385-17069
Fax 0316/385-14197
geburtshilfe@uniklinikum.kages.at

Gyn. Endokrinologie/IVF
Tel 0316/385-13810
Fax 0316/385-14189
endo-reprod.obgyn@medunigraz.at

Auf unserer Homepage finden Sie unter www.uniklinikumgraz.at/frauenklinik weitere Informationen.