



# KlinikNews

Ausgabe 1 | 23

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



## Editorial



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die gemeinhin angespannte Personalsituation im Spitalswesen in der Steiermark – wie auch in ganz Österreich – stellt uns täglich vor neue Herausforderungen. Nur durch eine konstruktive Zusammenarbeit der Kolleg\*innen in den Spitälern mit den niedergelassenen Frauenärzt\*innen können wir gemeinsam im Interesse der sich uns anvertrauenden Schwangeren und Patientinnen gute Arbeit leisten. Wir möchten diese Gelegenheit nutzen, uns bei Ihnen allen hierfür zu bedanken!

In der vorliegenden Sommerausgabe unseres Klinik-Newsletters dürfen wir Sie wieder über Neuigkeiten klinischer und wissenschaftlicher Art aus der Universitätsfrauenklinik Graz informieren.

Auf der Titelseite dieses Newsletters werfen wir übrigens diesmal einen Blick in unseren sommerlichen Garten, der direkt vor dem Kreißsaal liegt. Wir wünschen Ihnen alles Gute für Ihren Sommer 2023.

Mit kollegialen Grüßen

*Karl Tamussino*

*Herbert Fluhr*



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

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



## Inhalt

### Geburtshilfe

- Kinderwunsch nach Krebs: Was ist zu beachten?
- Erfolgreich in Forschung und klinischer Tätigkeit
- Toxoplasmoseinfektion in graviditate
- Leibliche Kommunikation in der Geburtsbegleitung
- Sectio-Bonding im Kreißsaal-OP
- Interprofessionelle Betreuung von Sternenkindeltern

### Gynäkologie

- Operationskurs Urogynäkologie und Beckenbodenchirurgie
- MH@Kinaesthetics ist mehr als Bewegung
- d-CIN: Erstbeschreibung einer squamösen intraepithelialen Vorläuferläsion
- Palliative Care in der Gynäkologie

### Auszeichnungen und Termine

- Dr. Moser: Pensionierung
- Dr. Zeck: Chief des Sexual and Reproductive Health Branch der UNO
- Dr.<sup>in</sup> Šemrl: Research-Fellowship in Brüssel
- Dr.<sup>in</sup> Berger: Projektförderung durch die Stadt Graz
- Veranstaltungen: Infoabende und Kolposkopiekurs
- Podcast mit Univ.-Prof. Dr. Fluhr und Hebamme Petra Seibitz
- Film ab: unser Kreißsaal!
- Kontaktdaten

# Geburtshilfe

## Kinderwunsch nach Krebs: Was ist zu beachten?

Dr.<sup>in</sup> Marion Neumayer und Priv.-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Monika Wölfler

Die Fortschritte in der Reproduktionsmedizin einerseits und in der Therapie von malignen Erkrankungen andererseits haben für Betroffene nicht nur neue Perspektiven hinsichtlich des Überlebens eröffnet, sondern auch neue Wege zu fertilitätsprotektiven Maßnahmen vor gonadotoxischen Therapien und zur Wiederherstellung der Fertilität nach überstandener Tumorerkrankung ermöglicht. Die Beratung und gegebenenfalls Behandlung junger Menschen, die von malignen Erkrankungen betroffen sind, ist mittlerweile in den entsprechenden Leitlinien [Fertilitätserhalt bei onkologischen Erkrankungen (awmf.org)] verankert, da für Betroffene eine therapiebedingte Infertilität meist genauso schwerwiegend eingestuft wird wie die onkologische Erkrankung selbst.



© Montage: stock.adobe.com/HC\_FOTOSTUDIO/annebel146

### Kinderwunsch nach Krebs

Der Kinderwunsch sollte aus reproduktionsbiologischer Sicht frühestens ein halbes Jahr (1, 2) nach Abschluss der Chemotherapie realisiert werden, da die Auswaschphase der Chemotherapie und ein Zyklus der Spermatogenese und Oogenese abgewartet werden sollte. Aus onkologischer Sicht muss meist länger als ein halbes Jahr gewartet werden. Eine Kinderwunschtherapie ist erst dann möglich, wenn eine Schwangerschaft mit der Grunderkrankung vereinbar ist und die behandelnden Onkolog\*innen die Patientin für eine

Schwangerschaft freigegeben haben. Wenn möglich, sollte nach Beendigung einer Krebstherapie mit fertilitätsprotektiver Maßnahme eine Spontankonzeption angestrebt werden, da assistierte Reproduktionstechniken mit einem größeren Aufwand, mehr behandlungsinduziertem Stress und bei der Durchführung einer In-vitro-Fertilisation (IVF) mit einem, wenn auch nur leicht erhöhten Risiko für kindliche Fehlbildungen einhergehen (1). Für eine Spontankonzeption spricht auch, dass es keinen Anhalt für eine erhöhte Fehlbildungsrate der Kinder nach einer gonadotoxischen Therapie gibt (2).

### Fertilitycheck nach Krebs

Zur Einschätzung der individuellen ovariellen Reserve und der aktuellen ovariellen Aktivität nach einer gonadotoxischen Therapie ist neben der Bestimmung eines vollständigen Hormonstatus besonders die Evaluation des Anti-Müller-Hormons (AMH) ein geeignetes Verfahren. AMH wird von kleinen präantralen und frühen antralen Follikeln gebildet. Die AMH-Bestimmung erfolgt idealerweise zu Beginn des Zyklus und kann mithilfe altersentsprechender Normogramme evaluiert werden. Die sonographische Bestimmung der Anzahl der



© stock.adobe.com/SciPro

2-10 Millimeter großen antralen Follikel (antral follicle count = AFC) kann ebenfalls zur Einschätzung der ovariellen Reserve herangezogen werden und zeigt eine gute Korrelation mit dem AMH Wert.

Insbesondere wenn die ovarielle Reserve nach einer gonadotoxischen Therapie reduziert ist, empfiehlt sich eine zügige Sterilitätsabklärung mit Überprüfung der Tubendurchgängigkeit und des männlichen Faktors im Sinne eines Spermioграмms, damit weitere Sterilitätsfaktoren in den Entscheidungsprozess der Kinderwunschbehandlung miteinfließen können.

Mit Hilfe eines Zyklusmonitorings kann der Zeitpunkt für den Geschlechtsverkehr optimiert werden. Weitere Maßnahmen zur Unterstützung der Spontankonzeption wären die leichte Stimulation mit Hilfe von Clomiphen, Letrozol oder Gonadotropinen, die Ovulationsinduktion mittels HCG-Gabe und die Unterstützung der Lutealphase mittels Progesteron.

Bei einer geringgradigen andrologischen Subfertilität wäre eine intraute-

rine Insemination zu erwägen und bei Tubenfaktor oder einer hochgradigen Einschränkung der Spermienqualität wäre eine IVF bzw. intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) indiziert.

Wenn nach gonadotoxischer Therapie eine prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI) vorliegt oder eine Schwangerschaft nicht spontan eintritt, können die kryokonservierten Oozyten/Embryonen oder das Gonadengewebe genutzt werden.

Kryokonservierte Gameten und Gonadengewebe werden nur dann abgerufen, wenn in Folge der onkologischen oder nicht-onkologischen Behandlung eine Infertilität eintritt. Entsprechend ist die Abrufquote der kryokonservierten Präparate gering (2,9 Prozent für Ovargewebe, 6,1 Prozent für Oozyten, 8,3 Prozent für Spermien (3-7)).

Allerdings ist davon auszugehen, dass diese für Oozyten und Ovargewebe steigen, da oft viele Jahre bis zum Kinderwunsch vergehen und das Alter der Frau reproduktionsbiologisch ein wichtiger Faktor ist. (3)

### Kinderwunsch nach Kryokonservierung von Oozyten

Nach dem Auftauen der Oozyten werden diese per ICSI fertilisiert. Ein Embryotransfer kann hiernach im natürlichen Zyklus oder im artifiziiellen Zyklus stattfinden. Wenngleich das Risiko für eine Prognoseverschlechterung durch eine Stimulation gering sein dürfte, wäre im Falle eines hormonrezeptorpositiven Karzinoms der natürliche Zyklus zu favorisieren.

Der weitere Ablauf und der Erfolg unterscheiden sich grundsätzlich nicht von dem Vorgehen bei einer IVF/ICSI bei infertilen Paaren.

### Kinderwunsch nach Kryokonservierung von Ovarialgewebe

Im Rahmen der Transplantation von Ovargewebe sollte die Tubendurchgängigkeit überprüft werden und falls vorliegend auch andere Sterilitätsfaktoren wie Endometrioseherde oder Adhäsionen entfernt werden. Auch die männliche Fertilität sollte in diesem Zeitraum abgeklärt werden, um das Paar hinsichtlich der Konzeption bestmöglich beraten zu können. Nach der Transplantation von Ovargewebe dauert es ca. zwei bis drei Monate, bis aus den Primordial- und Primärfollikeln reife Follikel heranwachsen. Grundsätzlich kann eine Spontankonzeption oder eine IVF-Konzeption angestrebt werden. Nach den bisher publizierten Studien sind Spontanschwangerschaften häufiger als IVF-Schwangerschaften (5). Eine IVF scheint für diese Patientinnen nicht erfolgsversprechender zu sein, da die wiederhergestellte ovarielle Reserve meist sehr gering ist und die Patientinnen oft funktionell in einer beginnenden prämaturen ovariellen Insuffizienz sind. Zur Verbesserung der Erfolgchancen kann ein Zyklusmonitoring oder eine niedrigdosierte Stimulation, kombiniert mit Ovulationsinduktion und Geschlechtsver-

kehr zum optimalen Zeitpunkt erwogen werden. Nur wenn innerhalb eines Jahres nach der Transplantation keine Schwangerschaft eintritt oder zusätzlich andere Sterilitätsfaktoren vorliegen, sollte primär eine IVF erfolgen. (5, 6)

Für die Transplantation von Ovargewebe ist zu beachten, dass möglichst nur ein Teil des kryokonservierten Gewebes transplantiert werden soll für den Fall, dass diese erfolglos bleibt. Sollte es zu keiner relevanten endogenen hormonellen Aktivität kommen, kann eine erneute Transplantation erfolgen.

Die Schwangerschaftsrate scheint mit der Notwendigkeit einer weiteren Transplantation abzunehmen. Die Expertise bei der Durchführung der Transplantation beeinflusst die Schwangerschaftsrate positiv. Ebenso ist das Alter der Frau zum Zeitpunkt der Kryokonservierung auch für die Erfolgsrate entscheidend. (14, 15)

### Kinderwunsch nach Kryokonservierung von Spermien

Sollte nach Beendigung der Krebstherapie beim Mann eine Azoospermie vorliegen, kann mit Hilfe der kryokonservierten Spermien versucht werden, eine Schwangerschaft zu erreichen. Ob dies mittels intrauteriner Insemination oder IVF/ICSI angestrebt wird, entscheidet sich je nach Menge und Qualität des kryokonservierten Materials und ob weitere Sterilitätsfaktoren bei der Frau vorliegen. Es gilt zu beachten das Spermien-Depot bei Azoospermie des Mannes nicht mittels Inseminationen komplett aufzubauchen, um für eine etwaige spätere IVF-Behandlung noch ausreichend Material zu haben. (7-10)

### Erfolgsaussichten

Die Erfolgsraten nach der Verwendung kryokonservierter Oozyten,

Ovargewebe und Spermien sind stark abhängig von der Anzahl und Qualität der Gameten bzw. des Ovargewebes.  
In etwa jede vierte Frau bekommt

nach der Verwendung kryokonservierter Oozyten oder Ovargewebe ein Kind (4).  
Bei kryokonservierten Spermien ist es ca. die Hälfte der Paare (7).

### Netzwerk „FertiPROTEKT“

Im Rahmen des Netzwerkes FertiPROTEKT haben sich in Österreich, Deutschland und der Schweiz Zentren zusammengetan, um flächendeckend Strukturen zur interdisziplinären Abstimmung und Durchführung von Beratungen und Therapien zu bieten und diese in einem Register aufzuzeichnen (Informationen: [www.fertiprotekt.com](http://www.fertiprotekt.com)).

Zu allen Fragen des praktischen Vorgehens basierend auf den aktuellen Daten inklusive Literaturverzeichnis gibt es das FertiPROTEKT-Buch „Indikation und Durchführung fertilitätsprotektiver Maßnahmen bei onkologischen und nicht-onkologischen Erkrankungen“, 2. überarbeitete Auflage 2020, das von Mitgliedern des FertiPROTEKT Netzwerk e.V. verfasst wurde und kostenfrei verfügbar ist.



### Key facts zu Kinderwunsch nach Krebsbehandlung

- Nach Überprüfung der ovariellen Reserve und Funktion, Tubendurchgängigkeit bzw. Spermogramm, Spontankonzeption anstreben und falls notwendig Abrufen des kryokonservierten Materials.
- Entsprechend der aktuellen Datenlage scheint die Spontankonzeption der IVF nach Transplantation von Ovargewebe überlegen zu sein.

### Quellen

Fertiprotekt Handbuch

1. von Wolff M, Haaf T. In-vitro-Fertilisations-Technologien und Kindergesundheit – Risiken, Ursachen und mögliche Konsequenzen. Dtsch Ärztsbl 2020;117:23-30
2. Meistrich ML, Byrne J. Genetic disease in offspring of long-term survivors of childhood and adolescent cancer treated with potentially mutagenic therapies. Am J Hum Genet 2002;70:1069-71.
3. Cobo A, García-Velasco JA, Domingo J, Pellicer A, Remohí J. Elective and onco-fertility preservation: factors related to IVF outcomes. Hum Reprod 2018;33:2222-31.
4. Diaz-Garcia C, Domingo J, Garcia-Velasco JA, Herraiz S, Mirabet V, Iniestal, Cobo A, Remohí J, Pellicer A. Oocyte vitrification versus ovarian cortex transplantation in fertility preservation for adult women undergoing gonadotoxic treatments: a prospective cohort study. Fertil Steril 2018;109:478-85.e2
5. Van der Ven H, Liebentron J, Beckmann M, Toth B, Korell M, Krüssel J, Frambach T, Kupka M, Hohl MK, Winkler-Crepaz K, Seitz S, Dogan A, Griesinger G, Häberlin F, Henes M, Schwab R, Sütterlin M, von Wolff M, Dittrich R; FertiPROTEKT network. Ninety-five orthotopic transplantations in 74 women of ovarian tissue after cytotoxic treatment in a fertility preservation network: tissue activity, pregnancy and delivery rates. Hum Reprod 2016;31:2031-41
6. Jadoul P, Guilmain A, Squifflet J, Luyckx M, Votino R, Wyns C, Dolmans MM. Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: lessons learned from 545 cases. Hum Reprod 2017;32:1046-54
7. Ferrari S, Paffoni A, Filippi F, Busnelli A, Vegetti W, Somigliana E. Sperm cryopreservation and reproductive outcome in male cancer patients: a systematic review. Reprod Biomed Online 2016;33:29-38

8. Wainer R, Albert M, Dorion A, Bailly M, Bergère M, Lombroso R, Gombault M, Selva J. Influence of the number of motile spermatozoa inseminated and of their morphology on the success of intrauterine insemination. *Hum Reprod* 2004;19:2060-5.
9. Cao S, Zhao C, Zhang J, Wu X, Zhou L, Guo X, Shen R, Ling X. A minimum number of motile spermatozoa are required for successful fertilisation through artificial intrauterine insemination with husband's spermatozoa. *Andrologia* 2014;46:529-34.
10. Gubert PG, Pudwell J, Van Vugt D, Reid RL, Velez MP. Number of motile spermatozoa inseminated and pregnancy outcomes in intrauterine insemination. *Fertil Res Pract* 2019;5:10.
11. Ghobara T, Gelbaya TA, Ayeleke RO. Cycle regimens for frozen-thawed embryo transfer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;7:CD003414.
12. Meirou D, Ra'anani H, Shapira M, Brenghausen M, Derech Chaim S, AvielRonen S, Amariglio N, Schiff E, Orvieto R, Dor J. Transplantations of frozen-thawed ovarian tissue demonstrate high reproductive performance and the need to revise restrictive criteria. *Fertil Steril* 2016;106:467-74.
13. Gook D, Hale L, Polyokov A, Stern K. Outcomes from heterotopic and orthotopic grafting of human cryopreserved ovarian tissue. *Hum Reprod* 2019;34(Suppl.):i60-i61.
14. Lotz L, Bender-Liebenthrön J, Dittrich R, Häberle L, Beckmann MW, Germeyer A, Korell M, Sängler N, Krüssel JS, von Wolff M; FertiPROTEKT (Transplantation group). Determinants of transplantation success with cryopreserved ovarian tissue: data from 196 women of the FertiPROTEKT network. *Hum Reprod*. 2022 Nov 24;37(12):2787-2796. doi: 10.1093/humrep/deac225. PMID: 36272106.
15. Dolmans MM, von Wolff M, Poirot C, Diaz-Garcia C, Cacciottola L, Boissel N, Liebenthrön J, Pellicer A, Donnez J, Andersen CY. Transplantation of cryopreserved ovarian tissue in a series of 285 women: a review of five leading European centers. *Fertil Steril*. 2021 May;115(5):1102-1115. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.03.008. PMID: 33933173.

### Kinderwunschambulanz: Ansprechpartnerinnen

Dr.<sup>in</sup> Marion Neumayer

marionsophie.neumayer@  
uniklinikum.kages.at



Priv.-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup>  
Monika Wölfler

Monika.Woelfler@  
medunigraz.at



Terminvereinbarung Kinderwunschambulanz  
Tel. +43 316 385-12260  
kinderwunsch@uniklinikum.kages.at

© Univ. Klinikum  
Graz/M. Kantzaj

© LKH-Univ. Klinikum  
Graz/M. Kantzaj

## Erfolgreich in Forschung und klinischer Tätigkeit

*Dr.<sup>in</sup> Sarah Feigl, Dr.<sup>in</sup> Ebba Kirchoff und Dr. Lukas Schönbacher*

Wer an einer Universitätsklinik tätig ist, bringt meistens auch Interesse an wissenschaftlicher Arbeit mit. Viele Assistenzärzt\*innen haben bereits im Studium Forschungsluft geschnuppert und suchen nach Möglichkeiten, ihr Forschungsprofil zu erweitern oder streben eine wissenschaftliche Karriere an.

Der Ruf der wissenschaftlichen Laufbahn leidet jedoch, da wissenschaftliche Tätigkeit oft nicht in den klinischen Alltag integriert werden kann und der Großteil der Forschungsleistung in der Freizeit erbracht wird. Wir präsentieren Ihnen drei Erfahrungsberichte von jungen Forscher\*innen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz, die unterschiedliche Möglichkeiten der Integration von Forschungszeit darstellen und das wissenschaftliche Interesse junger Kolleg\*innen bestärken werden.



Proben in der Zentrifuge

### Lukas Schönbacher: HMO-Profil

Um die Brücke zwischen klinischer Tätigkeit und Grundlagenwissenschaft zu schlagen, bedarf es keiner weiten Reisen oder Auslandsaufenthalte. Mit dem grundlagenwissenschaftlichen Labor an der Grazer Universitätsfrauenklinik und mehreren Arbeitsgruppen, deren rege Forschungstätigkeit sich von der Plazenta- bis hin zur Muttermilchforschung erstreckt, existieren beste

Voraussetzungen für translationale Forschungsvorhaben auch in unserem Haus.

Ein solches konnte in den vergangenen Monaten von Lukas Schönbacher begonnen werden, der dafür sechs Wochen von der klinischen Arbeit freigestellt wurde. Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe rund um Evelyn Jantscher-Krenn und in Zusammenarbeit mit Maria Ramos-Roman, einer Endokrinologin vom UT Southwestern Medical Center in Dallas (Texas), wurden rund 400 Blutplasma- und Muttermilchproben von 28 teils stillenden, teils nicht mehr stillenden Müttern hinsichtlich ihrer HMO-Profilen untersucht. HMOs (Humane Milcholigosaccharide) sind bioaktive Glykane, die in menschlicher Muttermilch vorkommen, in niedrigerer Konzentration aber auch im Blut von Schwangeren und stillenden Müttern nachgewiesen werden können. Über die systemischen und

© Schönbacher



© Schönbacher

Reichhaltige Probensammlung

möglicherweise metabolischen Funktionen dieser Zuckerketten ist bisher sehr wenig bekannt. Erste Indizien weisen darauf hin, dass manche HMOs in die Adaptation des Zuckerstoffwechsels während der Schwangerschaft involviert sein könnten. Die nun untersuchten Proben stammen aus oGTTs (oralen Glucose-Toleranztests) und hyperinsulinämischen-euglycämischen Clampexperimenten (dem Goldstandard zur Messung der Insulinsensitivität). Nach Abschluss der Messungen sollte unter anderem die Frage beantwortet werden können, ob eine Änderung der Plasma-Glucose oder des Plasma-Insulins zu kurzfristigen Veränderungen im HMO-Profil führt. Dies wird zum besseren Verständnis der Rolle von HMOs im Zuckermetabolismus beitragen.

### Ebba Kirchhoff: Galektine

Ebba Kirchhoff konnte Ende des vergangenen Jahres einen siebenwöchigen Aufenthalt am Universitätsklinikum Hamburg nutzen, um verschiedene Galektine in Serumproben von metabolisch gesunden Schwangeren sowie Schwangeren mit Übergewicht und einem Gestationsdiabetes mittels ELISA zu messen. Sie arbeitete in dieser Zeit in der Arbeitsgruppe von Prof. Blois, einer internationalen Forschungsgruppe, in

der sie nicht nur viele neue Erkenntnisse über die Arbeit in einem großen Labor sammeln konnte, sondern auch sehr herzliche und interessante Kontakte knüpfen konnte.

Galektine sind zuckerbindende Proteine, die einen Einfluss auf die Implantation sowie die Entstehung einer Präeklampsie haben. Inwieweit die Galektine auch einen Einfluss auf die Entstehung eines Gestationsdiabetes haben, ist derzeit noch nicht ausreichend geklärt.

Des Weiteren hat Ebba Kirchhoff ebenfalls aus Serumproben von Patientinnen mit einem Antiphospholipidsyndrom anti-Galektin-Antikörper gemessen, um zu zeigen, inwieweit eine Ausprägung von (Auto-)Antikörpern eine Auswirkung auf die Schwangerschaft und mögliche Komplikationen hat.

Insgesamt war der Aufenthalt in Hamburg sehr erfolgreich. Leider kann aufgrund von Vorgaben der Ärztekammer diese die Weiterbildung so positiv beeinflussende Zeit nicht direkt als Ausbildungszeit angerechnet werden – ein Punkt, der möglicherweise Assistenzärzt\*innen hindert, so einen interessanten Forschungsaufenthalt anzustreben.

### Sarah Feigl: „Fertilitom“

Sarah Feigl befindet sich im 6. Ausbildungsjahr als Assistenzärztin und ist seit 2019 an der Grazer Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig.

Im Rahmen der Schwerpunktausbildung „Gynäkologische Endokrino-

logie und Reproduktionsmedizin“ arbeitet sie auch an Forschungsprojekten in diesem Bereich. Seit Sommer 2022 betreut sie das Projekt „Fertilitom“ unter der Leitung von Prof. Martina Kollmann. Im Rahmen dieser Studie werden das Mikrobiom, HPV-Status und Infektionsstatus bei 150 Kinderwunschpaaren untersucht.

Ein großes Projekt wie dieses braucht viele personelle und zeitliche Ressourcen – die Planung hat bereits zwei Jahre zuvor begonnen. Um das Projekt voranzutreiben und die aufwändige Rekrutierungsphase gut ins Laufen zu bringen, absolvierte Sarah Feigl von Oktober 2022 bis Juni 2023 das „Wissenschaftliche Modul“ für die letzten neun Monate ihrer Facharztausbildung. Um auch während dieser Zeit die klinische Ausbildung weiter voranzutreiben, wird sie in dieser Zeit an einem Tag pro Woche auch operativ ausgebildet.

Die Planung von Forschungsprojekten bedeutet einen immensen Aufwand und erfordert steten Einsatz und Flexibilität der beteiligten Forscher\*innen. Das „Wissenschaftliche Modul“ schafft den Raum, sich intensiv Zeit für die vielseitigen Arbeiten (Planung, Rekrutierung, Proben-sammlung, Probenverarbeitung, interdisziplinären Austausch) zu nehmen. Nur so können Projekte erfolgreich und in absehbarem Zeitrahmen durchgeführt werden. Und nicht zu unterschätzen: Die Motivation bleibt erhalten, da so eine gute Vereinbarkeit zwischen Forschung, klinischer Arbeit und Freizeit gelingt.

### Forschung an der Universitätsfrauenklinik

Dr.<sup>in</sup> Sarah Feigl, Tel. +43 316 385-80836

S.Feigl@medunigraz.at

Dr.<sup>in</sup> Ebba Kirchhoff, Tel. +43 316 385-81542

Ebba.Kirchhoff@medunigraz.at

Dr. Lukas Schönbacher, Tel. +43 316 385-83434

LukasEustach.Schoenbacher@uniklinikum.kages.at



© LKH-Univ. Klinikum Graz/Schwager

## Toxoplasmoseinfektion in graviditate

Univ.-Ass. Dr.<sup>in</sup> Sarah Jauch und Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Philipp Klaritsch

Toxoplasmose ist eine durch das Protozoon *Toxoplasma gondii* hervorgerufene Zoonose, bei der der Hauptwirt die Katze ist. Während eine Infektion bei immunkompetenten Menschen meist asymptomatisch verläuft, kann diese bei ungenügendem Schutz während einer Schwangerschaft massive gesundheitliche Folgen für das (ungeborene) Kind haben. Daher ist in diesen Fällen umgehend eine Therapie einzuleiten.

Hauptwirt ist die Katze. Mit dem Katzenkot ausgeschiedene Oozysten reifen innerhalb von zwei bis vier Tagen zu infektiösen Sporozysten, die je nach Klima bis zu 18 Monate oder sogar mehrere Jahre überleben können. Im Zwischenwirt werden durch die zelluläre Immunabwehr im Verlauf replikative Tachyzoiten der aktiven Infektionsphase in ein zystisches Ruhestadium, die Bradyzoiten, umgewandelt. Der Mensch kann sich u. a. über die Nahrung durch kontaminierte Erde, Grundwasser oder zystenhaltiges Fleisch, Kontakt zu Katzen bzw. Katzenkot und seltener bei Transplantation oder transplazentar infizieren<sup>1</sup>.

### Epidemiologie und Serologie

Im Jahr 2020 wurden in der Europäischen Union 5,1 kongenitale Toxoplasmosefälle pro 100.000 Lebendgeburten gemeldet. Dennoch ist die Prävalenz nicht suffizient beurteilbar. So haben beispielsweise acht Mitgliedstaaten keine Daten beigetragen und nicht in allen Mitgliedstaaten ist ein generelles Toxoplasmose-screening in der Schwangerschaft implementiert<sup>2</sup>. In Österreich existiert

seit 1974 ein nationales Screeningprogramm<sup>3</sup>. Die serologische Testung (optimal SSW <9+0) ist Teil der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, die bis zur 16. SSW durchzuführen ist<sup>4,5</sup>. Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung beträgt die Seroprävalenz ca. 30 Prozent<sup>6</sup>. Bei negativem Titer sind Kontrollintervalle von 8 Wochen empfohlen<sup>5</sup>. Bei positivem IgM-Antikörperbefund ohne Vorbefunde ist eine weitere Abklärung ggf. über ein Referenzlabor, die kurzfristige Verlaufskontrolle (zwei Wochen) auch mit quantitativen Untersuchungsverfahren sowie die Bestimmung der IgG-Avidität sinnvoll<sup>1,5</sup>. Zwischen 1992 und 2008 infizierten sich in Österreich jährlich 8,5 von 10.000 Schwangeren mit Toxoplasmose.

Die Anzahl der Kinder mit kongenitaler Toxoplasmose betrug im gleichen Zeitraum 1,0 pro 10.000<sup>3</sup>.

### Auswirkungen und Vorgehen bei Primärinfektion in der Schwangerschaft

Die Infektion immunkompetenter Menschen verläuft meist asymptomatisch. Selten treten grippeähnliche Symptome mit Fieber und Lymphadenitis auf. Mit zunehmendem Gestationsalter steigt die Transmissionsrate, wohingegen das Risiko schwerwiegender fetaler Schädigungen abnimmt<sup>1</sup>. Viele infizierte Neugeborene präsentieren sich postnatal zunächst klinisch unauffällig<sup>3</sup>. Allerdings kann beispielsweise die



Retinohoroiditis auch noch Jahre später auftreten<sup>1,7</sup>. Schwere Verlaufsformen können u.a. einhergehen mit Abort/intrauterinem Fruchttod bzw. der klassischen Trias – Retinohoroiditis, Hydrozephalus und intrakranielle Verkalkungen – mit Folgen wie neurologischen Auffälligkeiten etc. Die Retinohoroiditis tritt dabei am häufigsten auf<sup>1,3</sup>. Sonographisch können darüber hinaus ggf. weitere unspezifische Zeichen detektiert werden: Wachstumsrestriktion, Mikrozephalus, zerebrale Blutungen, Hepatosplenomegalie, Aszites oder Hydrops<sup>8,9</sup>.

Bei Toxoplasmoseinfektion in der Schwangerschaft sollte daher umgehend eine Therapie eingeleitet werden. In Österreich beinhaltet diese bis SSW 15+6 Spiramycin (375 mg 2-2-2 per os). Die Abklärung der fetalen Infektion erfolgt mittels PCR-Diagnostik aus Fruchtwasser. Die Amniozentese (AC) soll in Österreich allen Schwangeren mit gesicherter akuter Toxoplasmoseinfektion ab 15+0 SSW angeboten werden.

Die weitere Therapie erfolgt dann abhängig vom Ergebnis der AC: Bei Nachweis von Toxoplasma-DNA im Fruchtwasser bzw. nicht durchgeführter AC erfolgt ab SSW 16+0 eine alternierende Therapie mit einer oralen Kombinationstherapie – bestehend aus Pyrimethamin (1. Tag 50 mg, danach 25mg/d), Sulfadiazin (1. Tag 1,5 g, danach 750 mg/d) und Folsäure 15 mg (3x pro Woche) – im vierwöchentlichen Wechsel mit Spiramycin. Bei infektiologisch unauffälliger (negativer) AC wird lediglich Spiramycin bis zum Ende der Schwangerschaft verordnet<sup>5</sup>.

Durch diese pränatale Therapie konnte – verglichen mit keiner Therapie – in Österreich die maternofetale Transmissionsrate um den Faktor 6 gesenkt werden<sup>3</sup>. Auch hinsichtlich der postnatalen Therapie ist das Er-

gebnis der AC von Relevanz<sup>5</sup>. Die Sensitivität des Nachweises von Toxoplasma-DNA aus Fruchtwasser liegt  $\leq 90$  Prozent. Daher empfehlen internationale Guidelines serielle Ultraschalluntersuchungen auch bei

negativer AC. Außerdem kann ein fetales MRT in Betracht gezogen werden<sup>8</sup>. Postpartal wird IgG und IgM aus dem Nabelschnurblut bestimmt<sup>5</sup> und das weitere Procedere durch die Neonatologen festgelegt.

### Expositionsprophylaxe<sup>10,11</sup>

- Gemüse, Salat und Obst gründlich waschen.
- Fleisch vor dem Verzehr ausreichend erhitzen.
- Keine Rohmilchprodukte verzehren.
- Bei der Gartenarbeit Handschuhe tragen.
- Gründliches Händewaschen vor dem Essen, nach der Fleischzubereitung, der Gartenarbeit, dem Besuch von Sandspielplätzen etc.
- Bei Katzenhaltung: Fütterung mit Dosen- oder Trockenfutter und die tägliche Reinigung der Kotkästen anderen Personen überlassen

### Quellen

1. Robert Koch Institut. RKI-Ratgeber Toxoplasmose. 2018; [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Toxoplasmose.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Toxoplasmose.html) (Stand 30.04.2023).
2. European Food Safety Authority and European Centre for Disease Prevention and Control. The European Union One Health 2021 Zoonoses Report. *EFSA J.* 2022;20(12):e07666.
3. Prusa AR, Kasper DC, Pollak A, Gleiss A, Waldhoer T, Hayde M. The Austrian Toxoplasmosis Register, 1992-2008. *Clinical infectious diseases.* 2015;60(2):e4-e10.
4. Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III. Leitfaden zum Ausfüllen des Mutter-Kind-Passes. 2015; [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:80fc7e8e-f724-4fee-a2b3-a15f872c224c/mukipass\\_leitfaden\\_.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:80fc7e8e-f724-4fee-a2b3-a15f872c224c/mukipass_leitfaden_.pdf) (Stand 07.05.2023).
5. Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin. „Österreichische Richtlinie für das Toxoplasmose-Screening in der Schwangerschaft und frühen Kindheit“. Screening, Therapie und kindliches Follow-up. 2013; [https://www.oeghmp.at/media/richtlinie\\_toxoplasmose-screening.pdf](https://www.oeghmp.at/media/richtlinie_toxoplasmose-screening.pdf) (Stand 05.05.2023).
6. Sagel U, Kramer A, Mikolajczyk RT. Incidence of maternal Toxoplasma infections in pregnancy in Upper Austria, 2000-2007. *BMC Infect Dis.* 2011;11:348.
7. Wallon M, Kodjikian L, Binquet C, et al. Long-term ocular prognosis in 327 children with congenital toxoplasmosis. *Pediatrics.* 2004;113(6):1567-1572.
8. Khalil A, Sotiriadis A, Chaoui R, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in congenital infection. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(1):128-151.
9. Codaccioni C, Picone O, Lambert V, et al. Ultrasound features of fetal toxoplasmosis: A contemporary multicenter survey in 88 fetuses. *Prenat Diagn.* 2020;40(13):1741-1752.
10. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Information für medizinisches Fachpersonal - Toxoplasmose. 2017; [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e4f149c8-ae6d-4e35-a358-9d13b202470b/Toxoplasmose\\_Prozent20Information\\_Prozent20F ProzentC3 ProzentBCr Prozent20medizinisches Prozent20Fachpersonal.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e4f149c8-ae6d-4e35-a358-9d13b202470b/Toxoplasmose_Prozent20Information_Prozent20F ProzentC3 ProzentBCr Prozent20medizinisches Prozent20Fachpersonal.pdf) (Stand 29.04.2023).
11. Labor Enders. Patienten-Information Toxoplasmose in der Schwangerschaft. 2022; [https://www.labor-enders.de/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2022/01/Toxoplasmose\\_Patienten-info\\_2022.pdf](https://www.labor-enders.de/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2022/01/Toxoplasmose_Patienten-info_2022.pdf) (Stand 07.05.2023).

Univ.-Ass. Dr.<sup>in</sup>  
Sarah Jauch

Tel. +43 316 385-81077  
Sarah.Jauch  
@medunigraz.at



Assoz.-Prof. Priv.-Doz.  
Dr. Philipp Klaritsch

Philipp.Klaritsch@  
medunigraz.at



## Leibliche Kommunikation in der Geburtsbegleitung

Hebamme Elisabeth Bogensperger

Als Hebamme in einem interdisziplinären Team komme ich immer wieder in Situationen, in denen ich mit Gebärenden in einem guten Begleitmodus bin, es aber schwierig ist, dasjenige, was ich zusätzlich zu allem Mess- und Bewertbaren erfahre, mitzuteilen.

Die Frage nach der Beschreibbarkeit dessen, was Hebammen in der Geburtsbegleitung genau machen, ist für mich persönlich als Hebamme nicht drängend, dennoch ist mitunter ein Gefühl von Unzufriedenheit spürbar, wenn Hebammen ihre Tätigkeit weniger gut erklären können, als Angehörige anderer, in der Geburtshilfe tätiger Berufsgruppen.

Für die Arbeit der Hebamme mangelt es an Ausdrucksmöglichkeiten und Begriffen, weil ihr Tun nicht hinlänglich nach naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten beschreibbar ist. Diesem Mangel entgegenzuwirken, ist die Motivation, mich im Rahmen einer Abschlussarbeit für ein berufsbegleitendes Bachelorstudium der Frage nach erweiterten Ausdrucksmöglichkeiten für die Tätigkeit von Hebammen zu widmen.

### Das leibphänomenologische Konzept

Antworten darauf konnte ich in Arbeiten der Philosophin und Hebamme Sabine Dörpinghaus finden, denen das leibphänomenologische Konzept von Hermann Schmitz zugrunde liegt. In den folgenden Überlegungen gebe ich einen kleinen Einblick in Schmitz „*Neue Phänomenologie*“, erkläre die darin bedeutsame „*leibliche Kommunikation*“ und zeige davon ausgehend den Erkenntnisgewinn dieser Pers-



© LKH-Univ. Klinikum Graz/M. Kanitzaj

pektiven für unterschiedliche Facetten des schwer Beschreibbaren in der Geburtsbegleitung und Hebammenkunde auf.

Die Bedeutung des eigenleiblichen Spürens steht im Mittelpunkt des philosophischen Ansatzes von Hermann Schmitz. Zentral ist der Begriff „*Leib*“, der sich von Körper insofern unterscheidet, als er weder messbar ist, noch sich in einen zeitlichen und räumlichen Ordnungsrahmen einfügen lässt. Der Leib eines Menschen ist dasjenige, was jemand von sich selbst ohne die Zuhilfenahme seiner fünf Sinne spüren kann (Schmitz 2016, 147). Weil er nicht an seine Körpergrenzen gebunden ist, hat der Leib einen Umraum, welcher einer Dynamik unterliegt. Dieser dynamische Umraum des Leibes gerät bei der Begegnung mit einem anderen Leib in Resonanz und es kommt zu einem kommunikativen Geschehen,

das beide Leiber gleichermaßen betrifft. Für die Geburtsbegleitung bedeutet dies, dass sich die Hebamme leiblich spürend einlassen muss auf ihr Gegenüber, um über den Ausdruck der Gebärenden einen leiblichen Eindruck von ihr und von der Gesamtsituation zu erhalten. Dadurch ist sie in der Lage, „mit ihr leiblich zu kommunizieren und Nuancen, Befindlichkeiten, Stimmungen, vage Verhältnisse und andere qualitative Aspekte im Begleiten zu registrieren“ (Dörpinghaus 2016, 81).

### Begleiten und Betreuen

Wenn es um die Betreuung durch die Hebamme geht, ist damit das Durchführen von Tätigkeiten, wie beispielsweise die Überwachung der mütterlichen Vitalfunktionen, der kindlichen Herztöne, das Vorschlagen von Positionen gemeint. In Abgrenzung dazu

ist das Begleiten etwas, das schwer zu vermitteln ist: Das Besondere am Begleitmodus ist, dass es dabei um das Zulassen, das Aushalten und das einführende Verstehen geht (vgl. Dörpinghaus 2013, 162). In den vielfältigen Anschlussmöglichkeiten an die leibliche Kommunikation wird der Anwendungsbezug für die Geburtsbegleitung deutlich: Das leibliche Verstehen ergänzt und vervollständigt das sprachliche Verstehen. Damit finden das Erleben der Frau und ihre leibliche Verfasstheit Beachtung, ohne dabei die Relevanz des hohen Standards der medizinischen Betreuung zu relativieren.

### Kanäle leiblicher Kommunikation

Für die Frau dazusein, bedeutet einerseits, dafür verantwortlich zu sein, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse Gehör finden, andererseits ist damit die Zusage des Mit-seins seitens der Hebamme verbunden. Durch ihr „Einlassen auf eine Gebärende und ihren Körperleib“ (Dörpinghaus 2016, 81) wird sie aufnahmebereit für das, was ihr in leiblicher Kommunikation von der Frau mitgeteilt wird.

Der Blick als wichtigste leibliche Äußerung (vgl. Fuchs 2000, 78) vermag durch seine Gerichtetheit sowohl etwas über den eigenen Leib auszusagen, als auch über jenen eines Gegenübers, in unserem Fall der Gebärenden. Er hilft uns bei der Kontaktaufnahme. Wenn die Frau in der Austreibungsphase in sich selbst und in die Wehenarbeit versunken ist, sucht die Hebamme den Blickkontakt zur Gebärenden, um damit die Anleitung zum aktiven Schieben mitzugestalten. Der Akustik kommt gerade in klischeehaften Geburtsdarstellungen große Beachtung zu. Aus leibphänomenologischer Perspektive kann man dem Gehörten nicht ausweichen. Man wird davon spürbar affiziert und kann sich davon kaum distanzieren. Die akustischen Äußerungen der Gebärenden ermöglichen der Heb-

amme, einen Eindruck von ihr und vom Geburtsgeschehen zu erhalten. Der Einsatz der Stimme, sei es durch den sanften Tonfall oder in ihrer Bestimmtheit, ist ein Beispiel dafür, wie effektiv das akustische Medium für das Geschehen der leiblichen Dynamik und der leiblichen Kommunikation ist. Die Bedeutung von Gespräch und Rede in der Geburtsbegleitung ist unbestritten. In der Rede ereignet sich das Mit-sein. Diese kann um die Dimensionen von Gestik, Mimik und Klang und sogar um die des Schweigens erweitert werden. In der Geburtsbegleitung ist es sinnvoll, dem vorsprachlichen Bereich stärker Aufmerksamkeit zu schenken, als man es gewöhnlich tut, um auch das Jenseits der Sprache zu fassen (vgl. Dörpinghaus 2016, 82) und damit die Grenzen der Sprache zu verrücken. Bei der Berührung in der Geburts-situation geht es sowohl um das Herstellen eines Kontaktes zwischen zwei Körpern, als auch um ein Berührt-werden im leiblichen Sinn. Für ein Berühren im medizinischen Kontext, welches unter anderem auch der Befundaufnahme dient, kennen wir die Regeln: Das Einverständnis der Gebärenden ist einzuholen, man kündigt eine Berührung an und orientiert sich an ihren Erwartungen. Das Besondere am leiblichen Berühren und Berührt-werden ist, dass es in der Geburtssituation immer beide betrifft: die Gebärende und die Hebamme. Sei es, dass die Gebärende die Hand der Hebamme fasst oder sich an ihr abstützt, weil es ihr in ihrer Geburtsarbeit hilft, oder umgekehrt die Hebamme eine Massage oder die Unterstützung für eine bestimmte Position anbietet. Das Durchführen der Leopold'schen Handgriffe ist nicht bloß ein mechanisches Abtasten, sondern auch eine Möglichkeit, zu einem umfangreichen leiblichen Wissen zu kommen.

Durch Atmung kann das eigenleibliche Spüren intensiviert werden. In der Geburtsbegleitung unterstützt

die Hebamme die Gebärende in ihrer Wehenarbeit durch Atemanleitung und durch ein Mitatmen. Dieses Mitatmen erfordert von der Hebamme, sich einzulassen auf den Atemrhythmus der Frau, um dadurch über eine lange Zeit mit ihr zu sein. Wieder ist es das Einlassen auf die Gebärende in ihrer leiblichen Verfasstheit, das der Hebamme dazu verhilft, in ihrem leiblichen Spüren eine Situation zu erfassen.

Leibliche Kommunikation ist ebenso wie die Einbeziehung des naturwissenschaftlich-technischen Wissens ein Teil der professionellen Begleitung durch die Hebamme. Wenn ein Team sich auch über leibliche Eindrücke verständigen kann, kann dieser Erkenntnisgewinn dazu führen, dass Symptom und Phänomen im Sinne einer guten Geburtsbegleitung zusammengeführt werden (vgl. Dörpinghaus 2016, 86). Das Erkenntnisvermögen des Leibes verdient Beachtung.

### Literatur:

- Dörpinghaus, Sabine: Dem Gespür auf der Spur. Leibphänomenologische Studie zur Hebammenkunde am Beispiel der Unruhe, Freiburg: Karl Alber 2013 (Neue Phänomenologie 20).
- Dörpinghaus, Sabine: Leibliche Resonanz im Geburtsgeschehen, in: Landweer, Hilge / Marcinski, Isabella (Hg.): Dem Erleben auf der Spur. Feminismus und die Philosophie des Leibes, Bielefeld: transcript 2016 (Edition Moderne Postmoderne), 69–89.
- Fuchs, Thomas: Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie, Stuttgart: Clett-Kotta 2000.
- Schmitz, Hermann: Ausgrabungen zum wirklichen Leben, München, Karl Alber 2016.
- Schmitz, Hermann: Der Leib, Berlin: de Gruyter 2011 (Grundthemen Philosophie).

Elisabeth Bogensperger

Elisabeth.Bogensperger@  
uniklinikum.kages.at



## Sectio-Bonding im Kreißsaal-OP des LKH-Univ. Klinikum Graz

Dr.<sup>in</sup> Eva-Christine Weiss und Hebamme Larissa Berghold, BSc

Die ersten gemeinsamen Momente des gegenseitigen Kennenlernens mit dem neugeborenen Baby sind für alle Eltern etwas ganz Besonderes.

Deshalb freut es uns als Kreißsaalteam, auch bei Kaiserschnitten ein Bonding noch im Operationssaal ermöglichen zu können!

Aktuell bieten wir wochentags zwischen 8:00 und 16:00 Uhr ein Bonding bei geplanten Kaiserschnitten ohne erwartbare Auffälligkeiten von Seiten der Mutter oder des Kindes bereits im OP an. Das Neugeborene wird direkt nach der Entbindung von der Hebamme übernommen und der Mutter auf die Brust gelegt. Ebenso ist es möglich, eine Begleitperson wie beispielsweise die\*den Partner\*in mit in den OP zu nehmen, um gemeinsam mit dem Baby die ersten aufregenden Minuten verbringen zu können.

### Die Voraussetzungen für ein (geplantes) Sectio-Bonding

Da das Baby direkt nach der Geburt medizinisch überwacht werden muss, um seine Anpassung an die neue Situation beurteilen zu können, müssen gewisse medizinische sowie personelle Ressourcen gegeben sein. Dies kann manchmal das Bonding-Angebot einschränken bzw. ein geplantes Sectio-Bonding kurzfristig unmöglich machen.

Die Schwangerschaftsanamnese muss soweit unauffällig sein, dass von einem unauffälligen und gut adaptierenden (reifen) Neugeborenen, das keine unmittelbare kinderärztliche Versorgung braucht, ausgegangen



© stock.adobe.com/hyna

werden kann. Dies ist natürlich nur dann der Fall, wenn ein geplanter Kaiserschnitt durchgeführt wird. Außerdem ergibt sich durch das Bonding im OP ein gewisser Mehraufwand für das Personal, wodurch es auch die aktuelle Kreißsaalauslastung sowie die pädiatrischen Ressourcen erlauben müssen, die Anwesenheit der verschiedenen Berufsgruppen im OP gewährleisten zu können. Wir versuchen so gut es geht, für alle nicht-akuten Kaiserschnitte während der Regelbetriebszeiten bei Wunsch der Mutter/Eltern das Sectio-Bonding zu ermöglichen. Sollte es aus medizinischen oder personellen Gründen nicht möglich sein, das Bonding bereits im OP durchzuführen, geben wir wie bisher natürlich auch weiterhin unser Bestes, dies so rasch wie möglich im Kreißzimmer (oft vor Rückkehr der Mutter aus dem OP mit der Begleitperson) zu unterstützen!

### Literatur:

- Kollmann M, Aldrian L, Scheuchenegger A, Mautner E, Herzog SA, Urlesberger B, Raggam RB, Lang U, Obermayer-Pietsch B, Klaritsch P. Early skin-to-skin contact after cesarean section: A randomized clinical pilot study. PLoS One. 2017 Feb 23;12(2):e0168783. doi: 10.1371/journal.pone.0168783. PMID: 28231274; PMCID: PMC5322896

Larissa Berghold, BSc

Tel. +43 316 385-81091  
Larissa.Berghold@  
uniklinikum.kages.at



Dr.<sup>in</sup> Eva-Christine  
Weiss

EvaChristine.Weiss@  
uniklinikum.kages.at



© LKH-Univ. Klinikum Graz (2x)

## Interprofessionelle Betreuung von Sternenkindeltern

Projektgruppe: Univ.-Prof. Herbert Fluhr, Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Maria Deutsch, DGKP Brigitte Salmhofer und Hebamme Petra Seibitz

Nicht jede Schwangerschaft nimmt einen glücklichen Ausgang. Die Nachricht, dass ein Kind im Mutterleib schwer erkrankt oder bereits verstorben ist oder auch, dass es nach der Geburt nicht leben wird, ist ein schwerer Schock für die betroffenen Eltern. Sie bestmöglich dabei zu unterstützen, die Situation anzunehmen, stellt hohe Ansprüche an das gesamte geburtshilfliche Team. Vor Kurzem präsentierte man nun eine spezielle, liebevoll zusammengestellte „Schatzkiste“, die neben Informationsmaterial auch Erinnerungsstücke an das Baby enthält und die allen Betroffenen von der Klinik angeboten wird.



© stock.adobe.com/natalia\_maroz

In der Geburtshilflichen Abteilung des Uniklinikum Graz gibt es seit mehr als 20 Jahren ein interdisziplinäres Vorgehen für eine Stille Geburt. Seit Ende der 1990er-Jahre erfolgte ein Paradigmenwandel im Umgang mit betroffenen Frauen und Paaren. War man damals noch sehr zurückhaltend und zögerlich mit dem Angebot an die Betroffenen, sich von ihrem verstorbenen Kind verabschieden zu können und damit den Tod zu realisieren und „begreifbar“ zu machen, so erfolgte nach und nach ein veränderter Zugang zu dieser Thematik. Was für uns heute zum Standard gehört, war zur damaligen Zeit keineswegs selbstverständlich. Der Anblick eines toten Kindes löste damals – und tut es heute noch – Emotionen aus, jedoch der Umgang damit veränderte sich. Man erkannte, dass es für die Verarbeitung und Trauerbewältigung der betroffenen Mütter und Väter von Vorteil war, wenn man ihnen diese Möglichkeiten anbot.

Eine Stille Geburt ist für Mütter und auch Väter eines der schmerzhaftesten Erlebnisse, äußerst belastend und komplex. Auf Wochen der Vorfreude folgen Schmerz, Verzweiflung und Trauer. So unterschiedlich Menschen in Stresssituationen handeln, so unterschiedlich sind auch die Reaktionen von Betroffenen bei Kindesverlust. Oberste Prämisse allen Handelns ist, dass auf die Bedürfnisse des trauernden Paares eingegangen wird. In der Praxis bedeutet dies, den trauernden Eltern den Kontakt mit ihrem Kind nicht aufzudrängen, sondern sie als betreuende Person über die Verabschiedungsmöglichkeit zu informieren und sie mit sehr viel Feingefühl bei ihrer Entscheidung zu unterstützen.

Es gibt dazu internationale Guidelines der verschiedenen Fachgesellschaften. Auch wir an der geburtshilflichen Abteilung haben seit vielen Jahren eine interdisziplinäre Leitlinie, die es allen Berufsgruppen erleich-

tert, sich an dieser Struktur zum Zwecke eines gemeinsamen Vorgehens zu orientieren. Ohne Zweifel ist die Betreuung eines Elternpaares rund um eine Stille Geburt eine anspruchsvolle Herausforderung für das ganze Team im klinischen Setting.

Die stationäre Aufnahme, die Aufklärung, Betreuung und Begleitung vor und während der Stillen Geburt und die Versorgung des verstorbenen Babys wird interdisziplinär vom professionellen stationären Pflorgeteam, den Hebammen, den hausinternen Klinischen Psychologinnen und vom ärztlichen Dienst durchgeführt. Nicht alleine der Moment der Stillen Geburt fordert, sondern auch die Zeit davor und danach. Der Bogen reicht von der Betreuung der Wehenden mit ihrer Angst, was kommen wird, bis hin zur Versorgung des toten oder sterbenden Kindes und dem verzweifelten Abschied der Eltern von ihrer gemeinsamen Zukunft mit diesem

Baby. Die Betreuenden fungieren in ihrem Umgang mit dem verstorbenen Kind oft als hilfreiches Vorbild für die verunsicherten Eltern. Dieser „besondere“ Betreuungsbedarf wird zusätzlich zum Stationsaufkommen von den Mitarbeiter\*innen (oft auch nachts) bewältigt und fordert höchsten professionellen und mentalen Einsatz.

### Betreuungsangebot & Infobroschüre

Eltern wünschen sich vom professionellen geburtshilflichen Team, dass dieses sie in Momenten von emotionalem Chaos und Verzweiflung unterstützt. Eine gut strukturierte Informationsweitergabe an die Eltern bezüglich der bevorstehenden Geburt, der Begegnung mit dem verstorbenen Kind sowie einer Beratung bei Entscheidungen, die getroffen werden müssen, sind wertvoll. Oftmals wird die Aufnahmefähigkeit von trauernden Eltern jedoch überschätzt. Um diese neuen und überwältigenden Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, braucht es Zeit und oft mehrere Gespräche. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen, eine geeignete Broschüre mit den wichtigsten Eckpunkten für die erste Zeit im Krankenhaus und darüber hinaus zu gestalten. Dieser Leitfaden wird bereits vor bzw. während des stationären Aufenthaltes ausgehändigt und kann somit frühzeitig Informationen geben. Er führt durch alle Bereiche, welche aus unserer langjährigen Erfahrung für trauernde Eltern als wichtig erachtet werden und beinhaltet folgende Punkte:

- Begriffserklärungen
- Informationen über den Ablauf einer Stillen Geburt
- Leitfaden für die Begegnung mit dem Kind
- Aufklärung über Bestattungsmöglichkeiten und
- Auskunft über standesamtliche und sozialrechtliche Belange



Die Schatzkiste, die die Betroffenen bekommen, steckt voller Informationen und Erinnerungsstücken an das Baby

Weiters wird ausführlich auf die erste Zeit der Trauer eingegangen, da Tod und Sterben meist keine selbstverständlichen Themen in Familien mehr darstellen. Aufgezeigt werden auch die möglichen Auswirkungen auf der Paarebene und der wichtige Umgang mit Geschwisterkindern. Es wird dazu motiviert, sich bei Bedarf auch an Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen zu wenden. Eine reiche Auswahl an Literatur und Internetadressen bietet Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten zu dieser Thematik.

### Eine „Schatzkiste“ für die Eltern

Die Informationsbroschüre ist jedoch nur Teil eines Ganzen. Um alle Utensilien im Sinne einer „Schatzkiste“ gesammelt aufbewahren zu können, entwarfen wir eine Schatulle aus Holz, welche eine schlichte und einfache Optik haben sollte und auch noch den Platz und die Idee für eine



kreative Gestaltung ermöglicht. Hier fanden wir mit dem Verein „tagwerk“ – einem gemeinnützigen Verein der Caritas – einen geeigneten Partner, welcher uns in diesem Ansinnen tatkräftig unterstützte.

In der Schatulle ist neben der Informationsbroschüre ausreichend Platz für den Mutter-Kind Pass, die Erinnerungskarte mit dem Fußabdruck und die Fotos des Kindes (die nur auf Wunsch der Mutter/des Paares mitgegeben werden), den Folder für die

Bestattungsmöglichkeiten in Graz, Duftkissen und Erinnerungsstücke an das verstorbene Kind.

Aus der langjährigen Erfahrung mit Sternenkindern war für uns die Entwicklung der Gedenkschatulle ein großes Anliegen. Sie soll den Familien ein bleibendes Zeichen für die Existenz ihres Kindes und ein kleiner Mosaikstein auf dem Weg ihrer Trauerarbeit sein.

Seit Mai 2023 steht diese Gedenkschatulle nun bereit und kann den trauernden Eltern angeboten werden. Die Wichtigkeit dieses Angebots wird zudem unterstrichen durch die explizite ideelle Unterstützung dieses Projektes durch die steirische Landesrätin für Gesundheit, Pflege, Sport und Gesellschaft, Dr.<sup>in</sup> Juliane Bogner-Strauß.

### Good Practice, good care!

Die Betreuung, die die Eltern durch das geburtshilfliche Team während dieses Lebensereignisses erhalten, beeinflusst deren Wahrnehmung der gesamten Situation im stationären Setting, deren Erinnerungen daran, deren Bewältigung des Verlustes ihres Kindes und deren Wohlbefinden im weiteren Lebensverlauf.

An der geburtshilflichen Abteilung der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe wird der Umgang mit Frauen/Paaren nach einer Stillen Geburt als ein interprofessionelles Vorgehen seit mehreren Jahrzehnten gelebt und kann – wie in der Fachliteratur beschrieben – als „good practice“ bzw. „good care“ bezeichnet werden.

### Literatur

- Brunhuber, L. (2015). Wenn das Lebensende dem Lebensanfang vorausgeht. Das Erleben von Pflegepersonen einer gynäkologischen Normalstation bei einer stillen Geburt. Masterarbeit Universität Wien.
- Donegan, G., Noonan, M. & Bradshaw, C. Schwangerschaftserfahrungen von Eltern nach perinatalem Verlust: Eine integrative Übersichtsarbeit. *Geburtshilfe*. 2023 Jun; 121:103673. doi: 10.1016/j.midw.2023.103673. Epub 2023. März 30 PMID: 37037073.
- Lothrop, H. (2016). Gute Hoffnung - jähes Ende: Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit; Begleitung und neue Hoffnung für Eltern. München: Kösel.
- Tsakiridis, I., Giouleka, S., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A. & Dagklis, T. Investigation and management of stillbirth: a descriptive review of major guidelines. *Journal of Perinatal Medicine*, vol. 50, no. 6, 2022, pp. 796-813. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0403>



### Projektgruppe „Sternenkindeltern“

Bild von links:  
Psychologin Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Maria Deutsch,  
DGKP Brigitte Salmhofer, Stations-  
leitung, Univ.-Prof. Herbert Fluhr,  
Abteilungsleiter, und Petra Seibitz,  
leitende Hebamme

[geburtshilfe@uniklinikum.kages.at](mailto:geburtshilfe@uniklinikum.kages.at)

# Gynäkologie

## Operationskurs Urogynäkologie und Beckenbodenchirurgie

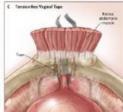
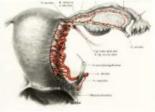
Assoz.-Prof. PD Dr.<sup>in</sup> Daniela Gold

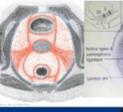
**AUB**

  
Medical University of Graz

Die abdominalen Operationen  
und suburethrale Bänder

AUB Operationskurs




**29.-30. März 2023**

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



© LKH-Universität, Klinikum Graz/Thomas Aigmtüller

An der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Graz und am neuen Anatomischen Institut der Med Uni Graz wurde auch heuer wieder erfolgreich der Operationskurs der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenchirurgie (AUB) durchgeführt. Am ersten Tag erfolgte der theoretische Teil im Hörsaal der Frauenklinik mit Vorträgen über topografische operative Anatomie, die Schritte der Hysterektomie, Indikationsstellung und perioperatives Management bis hin zu Lebensqualität und Sexualität. Am zweiten Tag erfolgte ein theoretischer

und praktischer Teil in den neu eröffneten Räumen des Anatomischen Instituts. Die urogynäkologischen Themen beinhalteten unter anderem die laparoskopische Sarkokolpopexie, die Kolposuspension nach Burch und suburethrale Schlingen. In Kleingruppen mit je zwei Tutor\*innen wurden hands-on an den Körperspender\*innen intensiv die einzelnen Operationsschritte geübt.

Die 20 Teilnehmer\*innen des schon früh ausgebuchten Kurses lobten unter anderem die Praxisnähe des Kurses und die gute Betreuung in

den Kleingruppen. Aufgrund der positiven Rückmeldungen und der guten Zusammenarbeit wird voraussichtlich auch im kommenden Jahr ein AUB-Operationskurs in Graz angeboten werden.

Assoz.-Prof. PD Dr.<sup>in</sup>  
Daniela Gold

Tel. +43 316 385-81437  
Daniela.Gold@  
medunigraz.at



© privat

## MH@Kinaesthetics ist mehr als Bewegung

Zusammenfassung der Abschlussarbeit im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachassistenz (PFA)

*PFA Luise Maria Ulrike Bramauer*

Im Zuge eines stationären Aufenthaltes gehen bei Patient\*innen oft Bewegungskompetenzen verloren. Verursacht wird das häufig von Immobilität, Schmerzen, Ängsten, Unsicherheiten, strukturellen wie auch organisatorischen Rahmenbedingungen.

Es zeigen sich Komplikationen wie zum Beispiel Dekubitus, Kontrakturen, Pneumonie, Verlust der Mobilität und damit einhergehend der Verlust von Alltagskompetenzen. Die Aufgabe der Pflegepersonen ist es, die Patient\*innen im Wiedererlernen unterschiedlicher Bewegungsmuster anzuleiten. Damit Pflegepersonen dies – individuell auf den jeweiligen Unterstützungsbedarf der Patient\*innen abgestimmt – anbieten können, sind ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz und zeitlichen Ressourcen notwendig. Dadurch ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Wie können Pflegepersonen Patient\*innen beim Wiedererlangen ihrer eigenen Bewegungsmuster bei Schmerzen oder nach einer Operation unterstützen?
- Wie kann MH@Kinaesthetics dazu genutzt werden?

Pflegepersonen sollen der Nutzen und die Wirksamkeit der Instrumente des Bildungssystems von MH@Kinaesthetics und auch wie dadurch die Bewegungskompetenz, der Genesungsprozess und die Selbstständigkeit der Patient\*innen positiv beeinflusst werden können, aufgezeigt werden. Denn die Art und Weise der pflegerischen Handlungen wirkt sich positiv auf die Gesundheit der Patient\*innen und der Pflegeperson aus.

### Selbstkontrolle als Herausforderung

Bei der Einlieferung ins Krankenhaus, kommen Patient\*innen meist auf der Transportliege. Auf der Station angekommen, finden sie ein für sie vorbereitetes Bett vor. Nach dem Anziehen des Nachthemdes oder des Pyjamas übertragen sie die Entscheidungen über ihre Pflegebehandlungen und ihren Genesungsprozess den Pflegepersonen im Krankenhaus. Diese sind nun gefordert, den Patient\*innen, die in einer unbekanntem Umgebung sind und oft Schmerzen oder Angst haben, vor anstehenden Untersuchungen oder Operationen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Da die zeitlichen Ressourcen sehr eingeschränkt sind, ist es den Pflegepersonen oft nicht möglich, sich individuell auf die\*den einzelne\*n Patient\*in zu konzentrieren und zu beobachten, welche Art von Unterstützung für jede\*n einzelne\*n notwendig ist. Die große Herausforderung an die Pflege ist es, jede einzelne Pflegehandlung so zu gestalten, dass die/der Patient\*in die Selbstkontrolle darüber behält. Eines der wichtigsten Angebote zur Gesundheitsentwicklung der Patient\*innen ist, dass sie\*er die eigenen Bewegungskompetenzen einsetzen kann.

### Kohärenzgefühl und salutogenetischer Ansatz

Kranke, pflegebedürftige und verletzte Menschen müssen neue Möglichkeiten finden, wie sie sich bewegen können. Umso besser diese an ihren Zustand angepasst werden, umso einfacher werden diese von Patient\*innen verstanden und auch an-

gewendet. Dieses Pflegephänomen wird im Kohärenzgefühl von Aaron Antonovsky genau beschrieben. Den Patient\*innen muss verständlich gemacht werden, warum diese Pflegehandlung so wie sie angewandt wird, notwendig ist. Den Patient\*innen muss die Handlung sinnvoll und nützlich erscheinen. Zusätzlich müssen sie in der Lage sein, ihre Ressourcen zur Bewältigung belastender Lebenssituationen gezielt einsetzen zu können. Auch die Ressourcen anderer Personen können zur Unterstützung genutzt werden.

In einer Metapher beschreibt Aaron Antonovsky, dass das Leben einem reißenden Fluss voller Gefahren ähnelt. Eine Person fällt immer wieder in den Fluss und wird von einer beobachtenden Person immer wieder aus dem Fluss gerettet. Ist es sinnvoll diese Person immer wieder zu retten, oder sollte man überlegen, wie man sie dabei unterstützen könnte, selbst aus dem Fluss zu kommen oder eventuell gar nicht mehr in den Fluss zu fallen? Würde man dieser Person das Schwimmen beibringen, wäre der reißende Fluss keine Gefahr mehr für sie. Sie muss ihre Situation verstehen, damit sie sie bewältigen kann, indem sie auf ihre eigenen Ressourcen zurückgreift und wieder selbstständig aus dem Fluss schwimmt. Daher ist es wichtig, sich am salutogenetischen Ansatz zu orientieren. Dazu kann das Bildungssystem von MH@Kinaesthetics gut eingesetzt werden. Es hilft Menschen zu verstehen, wie wichtig unsere täglichen Bewegungen sind, die wir oft einfach so nebenbei ausführen. Das wichtigste Werkzeug für eine lebenslange Gesundheitsentwicklung ist die Bewegung.



© pixabay/StockSnap

## Bewegungsfehler und Bewegungsabläufe

In der Feedback-Kontroll-Theorie von Norbert Wiener wird aufgezeigt, dass der Mensch in seiner Bewegung ein Ziel hat, auf das er sich hinbewegt. Dabei verspürt er Veränderungen und passt seine Bewegungen so lange an, bis er an sein Ziel gelangt. Jeder Mensch lenkt sein eigenes Verhalten durch Bewegungsfehler. Diese Fehler sind wichtig, denn nur dadurch ist es möglich, neue Ideen für andere Bewegungsabläufe zu finden. Das MH® Kinaesthetics-Konzeptsystem wird als Werkzeug genutzt mit dem Bewegungsabläufe erfahren, analysiert und dokumentiert werden können. Mit kinaesthetischen Fähigkeiten können Pflegepersonen nicht nur Verletzungen vorbeugen, sondern auch den eigenen professionellen Status verbessern. Sie übernehmen eine bedeutsame Funktion in der Gesundheitsentwicklung, wenn sie die vorhandenen Ressourcen ihrer Patient\*innen aktivieren. Eine wichti-

ge Voraussetzung dafür ist die Wahrnehmung. Jeder Mensch bewegt sich auf seine eigene individuelle Art. Das Beobachten und Hinterfragen ist ein wesentlicher Bestandteil der pflegerischen Arbeit.

## Umsetzung von MH®Kinaesthetics

Einer der wichtigsten Grundsätze von MH® Kinaesthetics ist es, Gewicht in der Schwerkraft zu bewegen und es nicht gegen diese zu heben. Damit MH® Kinaesthetics auf den Stationen integriert werden kann, bedarf es Schulungen der Mitarbeiter\*innen und des Besuchs von Kursen. Die in den Kursen erworbenen Fähigkeiten können auf verschiedene Weise an das Team weitergegeben werden. Eine wertschätzende und lösungsorientierte Kommunikation ist Voraussetzung dafür, dass im Lernprozess ein praktischer Nutzen und eine positive Auswirkung auf die Gesundheit spürbar wird. Es gibt zwei wichtige Punkte die für eine gelingende Umsetzung notwendig sind: Zum einen ist das eigene

Umsetzen des Konzeptwissens im täglichen Tun erforderlich. Im Team wird beobachtet, wie Bewegungen einfacher gestaltet werden können. Dazu kommt zum anderen noch das Weitergeben von Informationen in individuell auf die Mitarbeitenden abgestimmten Lernprozessen. Pflegepersonen sollen die Ressourcen der Patient\*innen nutzen und die Fähigkeiten der Patient\*innen erhalten oder wiederherstellen. Dazu muss sich die Pflegeperson mit den Patient\*innen auseinandersetzen, denn nur so gelingt es, individuell dort zu unterstützen wo es nötig ist. So trägt die Pflegeperson zu ihrer eigenen und zur Gesundheitsförderung der Patient\*innen bei, die Pflegequalität wird positiv beeinflusst und im Arbeitsprozess können durch die Förderung und Erarbeitung der Selbstständigkeit von Patient\*innen immer wieder zeitliche Ressourcen gewonnen werden. Das wiederum wirkt sich auch motivierend auf die Pflegepersonen aus.

## Literatur

- Antonovsky A., 1997, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgvt-Verlag Tübingen
- Hatch F., Maietta L. 2003, Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten. 2. Auflage, München, Jena, Urban & Fischer Verlag
- Hojdelewicz B.M., Resch-Kröll U., 2018, Kinaesthetics in der Pflege, Facultas Verlag
- Lauper R. 2005, Salutogenese; Schwimmen lernen im Fluss des Lebens, www.spiraldynamik.com/newsarchiv /312000\_medizin\_200509\_renate lauper.htm, abgerufen am 17.3.2022
- Madleitner B.M., Resch-Kröll U., 2022, Kinaesthetics in der Pflege, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Facultas Verlag
- Schlesselmann E., (Hrsg), 2019, Bewegung und Mobilitätsförderung, Hogrefe Verlag

PFA Luise Maria Ulrike  
Bramauer

LuiseMariaUlrike.  
Bramauer@uniklinikum.  
kages.at



© Ciesla Gramann

## d-CIN: Erstbeschreibung einer squamösen intraepithelialen Vorläuferläsion des HPV-negativen Zervixkarzinoms

Ao. Univ.-Prof. Dr. Olaf Reich und Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Sigrid Regauer

In einer Zeit, als die HPV-Genese des Zervixkarzinoms noch unbekannt war, präsentierte Leopold Koss (1920-2012, Erstbeschreiber der Koilozyten; von griechisch „koilos“) im Jahre 1963 die Theorie, dass an der Zervix alle Grade von plattenepithelialen Dysplasien, auch solche von nur geringem Schweregrad, prinzipiell invasiv werden können.

Die Praxis der folgenden Jahre zeigte jedoch, dass eine Invasion nahezu immer von schweren HPV-assoziierten Dysplasien den Ausgang nimmt.

2020 hat die WHO die Existenz HPV-negativer Plattenepithelkarzinome der Zervix anerkannt, nicht jedoch das Vorkommen intraepithelialer Vorläuferläsionen.

In einer größeren Studie an Konisaten der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe publizierten wir 2020 wenige Fälle, bei denen mittels klinischer Tests keine HPV-DNA und auch keine HPV-mRNA in den Läsionen nachweisbar war (1). Infolge konnten von uns 3 Fälle invasiver HPV-negativer Plattenepithelkarzinome mit hochdifferenzierten intraepithelialen Vorläuferläsionen charakterisiert werden (2, 3). Zum Beweis der HPV-Negativität in diesen Tumoren erfolgte zusätzlich zur PCR basierten Testung eine Metagenom-Sequenzierung (5 Mio. Reads) in der ebenfalls keine HPV-Genomsequenzen nachweisbar waren (Analytik Karl Kashofer; Institut für Pathologie, MUG). Die von uns gefundenen präkanzerösen Läsionen zeigten interessanterweise z. T. eine Morphologie, wie sie für das

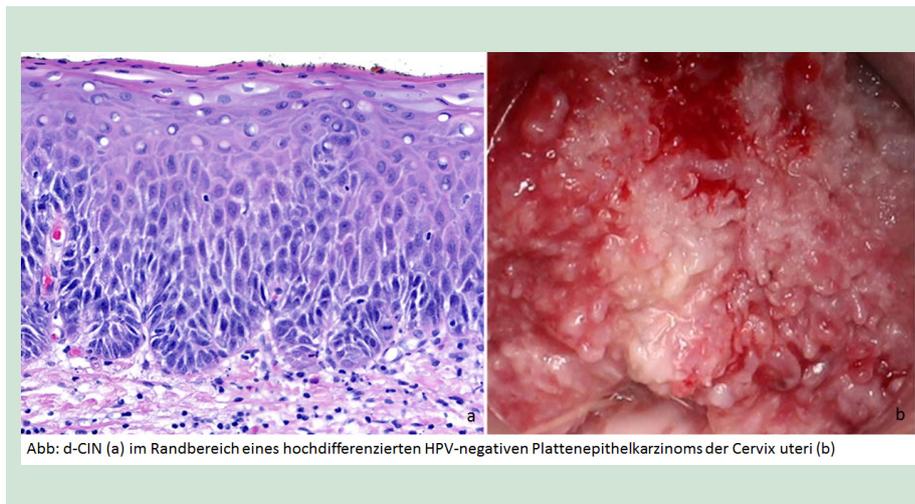


Abb: d-CIN (a) im Randbereich eines hochdifferenzierten HPV-negativen Plattenepithelkarzinoms der Cervix uteri (b)

© Fotolabor Univ.-Klinik f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

HPV-negative Vulvakarzinom erstmals 1965 von Murray Richardson Abell beschrieben und später d-VIN genannt wurde. Für die Zervix haben wir deshalb in Analogie die Bezeichnung d-CIN vorgeschlagen (2). Die weitere Charakterisierung der von uns gefundenen hochdifferenzierten intraepithelialen d-CIN zeigte jeweils somatische Gen-Mutationen (Analytik Karl Kashofer, Institut für Pathologie, MUG). Dies stellt einen wesentlichen Unterschied zu HPV-assoziierten intraepithelialen Neoplasien dar, welche, entgegen zu früheren Annahmen, auch bei einem hohen Schweregrad (HSIL (CIN 3)) keine Mutationen haben (4).

### „Hit and run“-Theorie widerlegt

Das Vorkommen von HPV-negativen Zervixkarzinomen wurde bisher gerne mit der „hit and run“ Theorie erklärt. Diese Theorie besagt, dass HPV zunächst ätiologisch wirksam ist, aber später im Rahmen der Tumorpro-

gression verloren geht. Die von uns gezeigte HPV-Negativität in präinvasiven Vorläuferläsionen widerspricht dieser Annahme und widerlegt sie. Eine ausgiebige Recherche der Literatur zeigte, dass Übergänge hoch differenzierter plattenepithelialer intraepithelialer Neoplasien in invasive Karzinome bereits vor vielen Jahren kasuistisch beschrieben wurde, z. B. von Walter Schiller im Am J Obstet Gynecol 1953; 65:1088 und vom Grazer Pionier der Zervixpathologie Erich Burghardt in seinem Buch und Atlas: Early histological diagnosis of cervical cancer. Thieme, Stuttgart, 1973.

Kliniker\*innen und Patholog\*innen sollten von der Existenz HPV-negativer hochdifferenzierter Plattenepithelkarzinome und ihrer Präkanzerose wissen, da diese Läsionen durch ihren hohen Differenzierungsgrad nicht nur erschwert zu diagnostizieren sind, sondern die Erkrankungen aufgrund früher Mutationen vermutlich aggressiver verlaufen, als jene

bei HPV-assoziierten Karzinomen. Deshalb sollten (häufige) HPV-assoziierte intraepitheliale squamöse Neoplasien der Zervix von (seltenen) HPV-unabhängigen intraepithelialen plattenepithelialen Neoplasien unterschieden werden (2, 3). Erfreulicherweise schlägt unsere Erstbeschreibung der d-CIN eine Brücke zur Habilitationsschrift von Walter Schauenstein (1870-1943), der als Assistent der Grazer Frauenklinik im Jahr 1908 erstmals intraepitheliale Vorstufen des invasiven Zervixkarzinoms, deren Existenz bis dahin bezweifelt wurde, beschrieben hat.

### Quellen

1. Reich O, Regauer S, Kashofer K. Possibly carcinogenic HPV subtypes are a cause of HSIL and negative clinical HPV tests - A European prospective single center study. *Gynecol Oncol.* 2020;158:112-116.
2. Regauer S, Reich O, Kashofer K. HPV-negative squamous cell carcinomas of the cervix with special focus on intraepithelial precursor lesions. *Am J Surg Pathol.* 2022;46:147-158.
3. Regauer S, Reich O. The histological and molecular spectrum of highly differentiated HPV-independent cervical intraepithelial neoplasia. *Am J Surg Pathol.* 2023; in press.
4. Kashofer K, Regauer S, Reich O, Petru E, Winter E. Driver gene mutations in micro-invasive cervical squamous cancers have no prognostic significance. *Gynecol Oncol.* 2022;165:121-8.

Ao. Univ.-Prof. Dr.  
Olaf Reich

Olaf.Reich@  
medunigraz.at



Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup>  
Sigrid Regauer

Sigrid.Regauer@  
uniklinikum.kages.at  
Tel. +43 316 385-13689



## Palliative Care in der Gynäkologie

DGKP Tanja Brandstätter, Assoz.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Gerda Trutnovsky und Dr.<sup>in</sup> Birgit Wunsch

**Die Bedeutung und Definition der Palliativmedizin hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt.**

Im Gegensatz zu früheren Auffassungen, die Palliativmedizin mit End-of-Life Care gleichgesetzt haben und ihren Einsatz erst nach Ende der tumorspezifischen Therapie gesehen haben, hat sich jetzt ein integratives Modell von Palliativmedizin durchgesetzt. Demnach fängt Palliative Care mit der Diagnosestellung einer Krebserkrankung an und nimmt an Bedeutung zum Lebensende so lange zu, bis sie die alleinige Behandlungsmodalität ist. Auch nach dem Tod der\*des Patient\*in ist sie noch für die Betreuung der Angehörigen im Sinne einer Trauerbegleitung zuständig. Im Integrativen Modell des National Cancer Institute sieht man anschaulich wie sich die tumorspezifische Therapie und die palliative Betreuung ergänzen bzw. wie sich die Schwerpunkte im Laufe einer

Krebserkrankung verschieben (siehe Abbildung). Mehrere Studien konnten zeigen, dass durch die frühzeitige Einbindung der Palliativmedizin nicht nur die Lebensqualität, sondern auch das Überleben von Patient\*innen verbessert werden kann.

### Kontinuierliche Betreuung und Nicht-Verlassen

Der integrative Gedanke zeigt sich auch in der Definition von Palliativmedizin der WHO von 2022: „Palliativmedizin dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patient\*innen und ihren Familien, die mit den Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, unvoreingenommener Erfassung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen – seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Natur.“ Gleichzeitig wird von der WHO eine „kontinuierliche

Betreuung und das Nicht-Verlassen von Patient\*innen im gesamten Krankheitsverlauf von der Diagnosestellung bis zum Tod“ gefordert.

### Palliativmedizin an der Gynäkologischen Onkologie Graz

Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen mit Krebserkrankungen wird an der Grazer Frauenklinik seit vielen Jahren gelebt: Patientinnen werden von der Diagnosestellung über die operative Therapie, Chemotherapie, Nachsorge und Rezidivbehandlung bis hin zur End-of-Life Care an der Klinik betreut. Neben der interdisziplinären Zusammenarbeit (z. B. mit dem Strahlentherapiezentrum und der Inneren Medizin) besteht auch eine gute Kooperation mit dem Mobilien Palliativteam und der Palliativstation. Die Prinzipien der palliativmedizinischen Betreuung werden jedoch auch von allen Mitgliedern des onkologischen Teams unter der Leitung von ao. Univ.-Prof. Dr. Petru

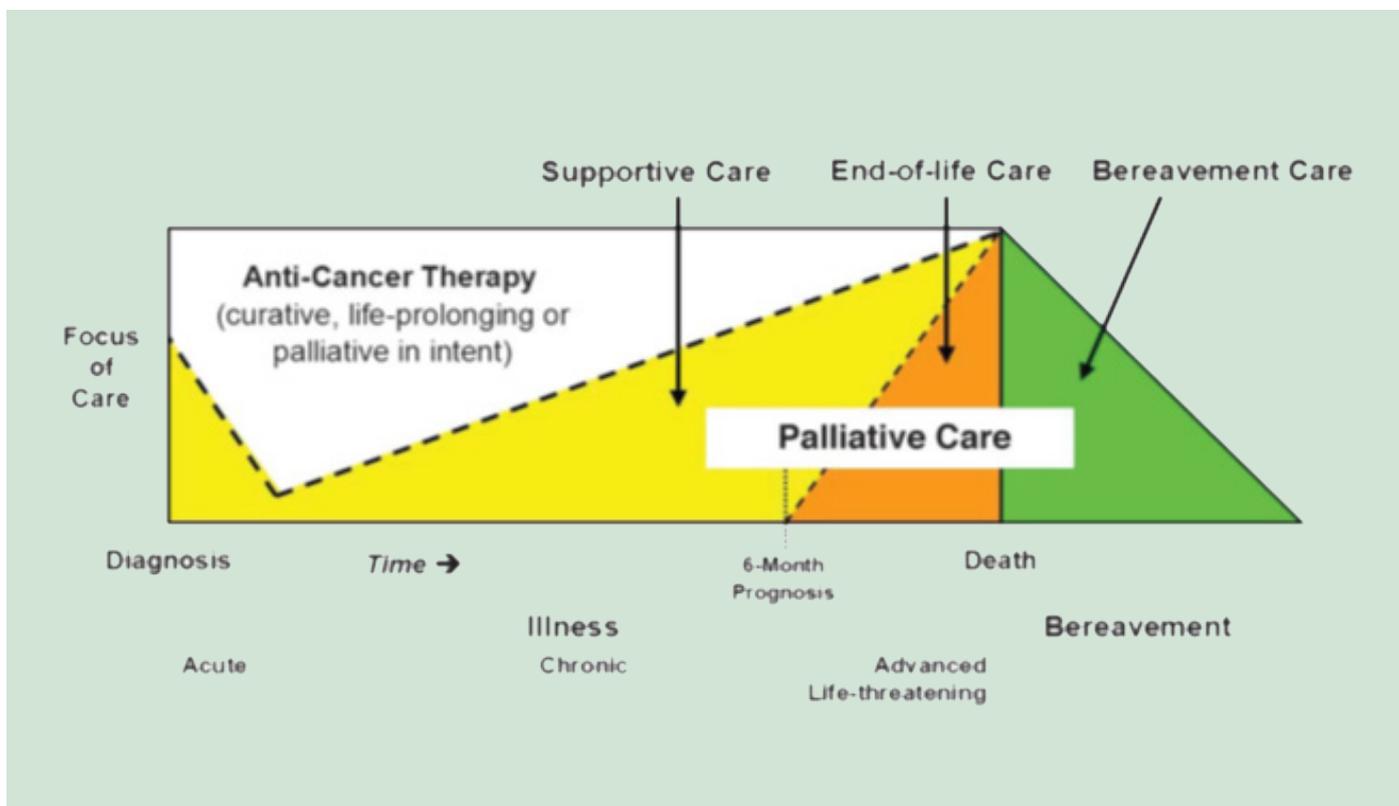


Abbildung aus: National Cancer Institute, www.cancer.gov

während der ambulanten und stationären Betreuung von onkologischen Patientinnen umgesetzt. Im Rahmen der Fort- und Weiterbildung haben nun drei Mitglieder der Abteilung für Gynäkologie Graz – eine DGKP und zwei Ärztinnen – eine spezielle Ausbildung in Palliative Care absolviert.

### Interprofessioneller Basislehrgang „Palliative Care“

Der zweisemestrige Interprofessionelle Basislehrgang Palliative Care ist Voraussetzung für die Zuerkennung des ÖÄK-Diploms Palliativmedizin. Im Rahmen von vier Lehrgangsblocken mit insgesamt 168 Unterrichtseinheiten und einem 40-stündigen Praktikum werden im Kurs zahlreiche Fragestellungen aus dem Bereich Palliativmedizin, Palliativpflege und palliativer Sozialarbeit aktiv und in-

terprofessionell erarbeitet. Neben medizinischen und pflegerischen Schwerpunkten stellen die psychosozialen Dimensionen von „Palliative Care“ sowie Ethik und Recht wichtige Lehrgangsinhalte dar.

In der Steiermark wird der Lehrgang unter der Leitung von DGKP Eva Maria Kürbisch, BSc, MSc (Palliative Care), DGKP Mag.<sup>a</sup> Barbara Sandner, MSc und OÄ Dr.<sup>in</sup> Julijana Verebes unter Einbindung von zahlreichen Referent\*innen aus diversen Fachgebieten organisiert.

DGKP Tanja Brandstätter, Assoz.-Prof.<sup>in</sup> PD Dr.<sup>in</sup> Gerda Trutnovsky und Dr.<sup>in</sup> Birgit Wunsch und haben den interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care erfolgreich abgeschlossen und damit die Weiterbildung „Palliativpflege“ bzw. das ÖÄK-Diplom Palliativmedizin erlangt.

**Tanja Brandstätter, BScN**

TanjaKathrin.Brandstaetter@uniklinikum.kages.at



**Dr.<sup>in</sup> Birgit Wunsch**

Tel. +43 316 385-81642  
BirgitKirsten.Wunsch@uniklinikum.kages.at



**Assoz.-Prof.<sup>in</sup> PD Dr.<sup>in</sup> Gerda Trutnovsky**

Tel. +43 316 385-81081  
Gerda.Trutnovsky@medunigraz.at



## Auszeichnungen und News

© Fotolabor JFK/G. Schwagerl



Dr. Franz Moser

### Pensionierung Dr. Franz Moser

Dr. Franz Moser tritt am 1. Juli 2023 im 68. Lebensjahr in den Ruhestand. Nach der Promotion 1985 absolvierte er den Turnus, hauptsächlich im heimatlichen Osttirol. Anschließend arbeitete er mit seiner Frau Barbara 3 Jahre im Old Mutare Mission Hospital in Zimbabwe. Nach seiner Rückkehr 1994 begann er seine Ausbildung an der Frauenklinik. Mit unaufgeregter Kompetenz, Umsicht, Verlässlichkeit, Empathie und Humor betreute er bei uns knapp 30 Jahre Frauen und Familien, bildete Kolleg\*innen aus (zuletzt als Ausbildungsleiter) und nahm verschiedenste wichtige Funktionen an der Klinik wahr. Wir bedanken uns!

© W. Zeck/Unicef



Dr. Willibald Zeck

### Chief des Sexual and Reproductive Health Branch der UNO

Dr. Willibald Zeck, der an der Grazer Frauenklinik seine Ausbildung machte und habilitierte, wurde am 30. Jänner 2023 zum Chief des Sexual and Reproductive Health Branch der UNO in New York bestellt. Dies ist eine zentrale Position für die weltweite Frauengesundheit und Dr. Zeck ist somit der hochrangigste österreichische UN Official in New York. Wir gratulieren Dr. Zeck und freuen uns, dass er weiterhin Vorlesungen zu Global Women's Health bei uns hält.

© Euro Foto, d.o.o., Kranj, Slowenien

Dr.<sup>in</sup> Neli Šemrl

### Research-Fellowship in Brüssel

Assistenzärztin, Dr.<sup>in</sup> Neli Šemrl, wurde im Dezember 2022 in das Fellowship-Programm der Medizinischen Universität Graz aufgenommen und wird daher ab Juli 2023 ein Jahr lang am Zentrum für Reproduktionsmedizin des „University Hospital Brussels“ tätig sein. Das Zentrum ist auf Infertilitätsbehandlungen spezialisiert und zählt zu den führenden Forschungszentren im Bereich der Reproduktionsmedizin („Centrum voor Reproductieve Geneeskunde“, CRB). Dr.<sup>in</sup> Šemrl hatte bereits im Herbst 2022 die Möglichkeit, eine Woche lang im CRB zu hospitieren. Das Interesse für Endokrinologie und Reproduktionsmedizin hat sie schon früh während ihrer Facharztausbildung entdeckt. Im Jahr 2022 begann sie mit ihrer Doktorarbeit, in der sie sich mit den genetischen Markern idiopathischer männlicher Infertilität befasst. „Dieses Stipendium wird mir“, wie sie betont, „nicht nur Einblicke in die Behandlung von Infertilität, sondern auch Potenzial für zukünftige Forschungsoperationen bieten. Ich möchte meinen Mentoren und Kollegen an der Universitätsklinik Graz für ihre wertvolle Unterstützung und Ermutigung danken.“

© LKH-Universität Klinikum Graz/ Studioine Photostudios GmbH/ PlacentiaLab Graz-Imprint

Dr.<sup>in</sup> Natascha Berger

### Förderung durch Stadt Graz

Dr.<sup>in</sup> Natascha Berger, Biochemie-PostDoc im Forschungslabor der Klinischen Abteilung für Geburtshilfe, hat für das Projekt „Der Einfluss von Gallensäuren auf die Eierstockfunktion bei Kinderwunschpatientinnen“ von der Stadt Graz eine finanzielle Unterstützung in der Höhe von 13.400 Euro erhalten. In dem translationalen Forschungsprojekt wird der Zusammenhang von metabolischen Markern bei Kinderwunschpatientinnen und deren intrafollikulärem Stoffwechsel auf zell- und molekularbiologischer Ebene analysiert.

## Veranstaltungen und Termine

### Ao. Univ.-Prof. Dr. Reich: Fortgeschrittenen Kolposkopiekurs mit Prüfung zum Kolposkopiediplom



Anmeldung

Gemeinsam mit namhaften Referent\*innen aus dem deutschsprachigen Raum werden Sie Ihre Kenntnisse der Kolposkopie auffrischen und vertiefen können.

- Das Kolposkop wird Ihnen zunehmend ein vertrautes Hilfsmittel bei der Untersuchung von Cervix, Vulva, Vagina und Perianum sein.
- Der Kurs ist zertifiziert (AG-CPC Deutschland, AKOL Schweiz, AGK Österreich).
- Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer für Österreich beantragt.
- Teilnehmer\*innen aus Österreich erlangen mit der Teilnahme die Mitgliedschaft der AG für Kolposkopie für 2024 ([www.kolposkopie.at](http://www.kolposkopie.at)).

**13.-14. Oktober 2023 | Graz**

Bitte bringen Sie eigene Fälle zur Diskussion mit.  
Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

[www.uniklinikumgraz.at/frauenklinik/veranstaltungen](http://www.uniklinikumgraz.at/frauenklinik/veranstaltungen), [www.ag-cpc.de/veranstaltungen](http://www.ag-cpc.de/veranstaltungen)



## WIR MACHEN ELTERN

KINDERWUNSCH  
ZENTRUM GRAZ

Infoveranstaltung zu den Themenbereichen:  
Kinderwunsch, künstliche Befruchtung, hormonelle  
Störungen und deren Abklärung und Therapie

**Wann:** 11.07.2023, 17:00-18:00 Uhr  
**Wo:** Online  
**Keine Voranmeldung notwendig!**

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



## 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](mailto:elterninformationsabend@uniklinikum.kages.at)

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

## Podcast: Sprechstunde am Uniklinikum



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



## 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  
kennenzulernen, die ihrer Berufung  
mit viel Feingefühl und hoher  
Kompetenz nachgehen. Ganz dem  
Filmtitel entsprechend: „Weil jede  
Geburt etwas Besonderes ist!“



## Kontakt Daten

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

**Klin. Abteilung für Gynäkologie**  
Tel. 0316/385-83006 bzw. 12502  
gynaekologie@uniklinikum.kages.at

**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  
gyn.obgyn@medunigraz.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](http://www.uniklinikumgraz.at/frauenklinik) weitere Informationen.**