

# FrauenHeilKunde-INFO

Newsletter Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Oktober 2022



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem vierten Newsletter in diesem Jahr möchten wir Sie über Neuigkeiten aus dem Bereich der Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin informieren, so zum Beispiel über Limitierungen bei der Kostenübernahme für fertilitätserhaltende Maßnahmen.

Wir berichten zudem über Aktuelles auf dem Gebiet der Endometriose und des chronischen Unterbauchschmerzes der Frau und Stellung eine minimalinvasive, organerhaltende Operation zur Behandlung eines symptomatischen Uterus myomatosis vor. Ergänzend finden Sie im Anhang dieses Newsletters einen Patientinnenfragebogen bei viszeralen und urogenitalen Schmerzen.

Außerdem möchten wir Sie auf unsere PHOEBE-Studie aufmerksam machen, in der wir Biomarker für das PCO-Syndrom bei jungen Frauen untersuchen. Eine Übersicht der Teilnahmebedingungen für Patientinnen lassen wir Ihnen ebenfalls im Anhang dieses Newsletters zukommen.

Des Weiteren möchten wir Sie über Alternativen zu invasiven Untersuchungsmethoden im Bereich Präimplantationsdiagnostik und Add-Ons bei der Kinderwunschbehandlung informieren.

In der Hoffnung, Sie mit diesem Newsletter in Ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen, verbleibe ich mit kollegialem Gruß,

Ihr



Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

## PCOS-ein Update: PHOEBE-Studie

Das polyzystische Ovarialsyndrom (PCOS) betrifft 10 Prozent aller Frauen im reproduktiven Alter. PCOS kann die Fertilität, die psychische und die kardiovaskuläre Gesundheit beeinflussen: 80 Prozent der Frauen sind von (Sub-)fertilität und 50 Prozent im Alter von 40 Jahren von (Prä-)diabetes betroffen. Es besteht das Risiko, ein Metabolisches Syndrom und eine Depression zu entwickeln. Der chronischen Anovulation sollte zudem hinsichtlich des erhöhten Endometriumkarzinomsrisikos entgegen werden. Die Rotterdam-Klassifikation ist die Grundlage der Diagnosestellung. Hierfür müssen zwei der drei folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Oligo-/Anovulation
- Hyperandrogenismus (klinisch oder biochemisch)
- Polyzystisches Ovar im Ultraschall

Bei jugendlichen Mädchen ist das PCOS eine besondere diagnostische Herausforderung, da sich die Diagnosekriterien aus dem Erwachsenenalter nicht einfach auf das jugendliche übertragen lassen. Aus diesem Grund möchten wir im Rahmen der PHOEBE-Studie (*Polycystic ovarian syndrome (PCOS) in Human adolescent and young adult females – Biomarker Evaluation study*) Biomarker für das PCOS bei Frauen im Alter von 15-25 Jahren untersuchen.

Weitere Informationen zur PHOEBE-Studie finden sie [hier](#) oder als Anlage.

## Wir freuen uns, wenn Sie uns bei dieser Studie unterstützen und mögliche Studienteilnehmerinnen an uns verweisen.

## Kostenübernahme Fertilitätserhaltende Maßnahmen

Nach der Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- und Spermazellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) werden Maßnahmen der Kryokonservierung von Oozyten und Spermien seit dem 01.07.2021 für Versicherte der GKV übernommen und können über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden. Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wird jedoch durch folgende Aspekte limitiert:

Bei Frauen werden die Kosten für die Kryokonservierung von Oozyten bis zum vollendeten 40. Lebensjahr übernommen, bei Männern erfolgt die Kostenübernahme der Kryokonservierung von Spermien bis zum vollendeten 50. Lebensjahr. Für Patientinnen unter 18 Jahren besteht eine Zulassungsbegrenzung für die in der Stimulationsbehandlung notwendigen Medikamente. Aus diesem Grund ist eine Kostenübernahme nicht garantiert, sondern liegt im Ermessen der Krankenkassen. Daher empfiehlt die Kassenzentrale Bundesvereinigung (KBV), im Vorfeld eine Kostenübernahmeerklärung einzuholen. Liegt ein hormonrezeptorpositiver Tumor vor, sind die Stimulationstherapeutika kontraindiziert. Wird ein Fertilitätserhalt gewünscht, muss das Verfahren der Fertilitätsprotektion dementsprechend vollständig durch die Patientin selbst finanziert werden. Es ist nicht möglich, lediglich die Medikation off-label privat zu rezeptieren, die Kosten der Eizellentnahme hingegen zulasten der GKV abzurechnen. Eine Lösung für dieses Dilemma existiert derzeit nicht. Des Weiteren ist an vielen Universitäten eine klassische Abrechnung nach EBM nicht möglich. Obwohl die Richtlinie bereits seit 2021 gültig ist, stehen klare Abrechnungswege für die betroffenen Universitäten weiterhin nicht fest.

Positiv zu bewerten ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 18. August 2022 die Richtlinie um den Leistungsanspruch auf Kryokonservierung von Eierstockgewebe erweitert hat. Dadurch besteht für Mädchen und Frauen, die sich einer potentiell keimzellschädigenden Behandlung unterziehen lassen müssen, zukünftig ab der ersten Regelblutung bis zum vollendeten 40. Lebensjahr eine weitere medizinische Option, eine spätere Schwangerschaft zu ermöglichen.

Leider wurden in der Richtlinienergänzung des G-BAs nicht Mädchen vor der Menarche von der Kostenübernahme der Ovarikryokonservierung ausgeschlossen. Gerade für diese Gruppe stellt jedoch die Kryokonservierung von Ovarialgewebe häufig die einzige Option zum Fertilitätserhalt dar. Die drei unabhängigen Mitglieder des G-BA stimmten dafür, Kindern die Möglichkeit der Kryokonservierung von Ovarialgewebe zu ermöglichen. Letztendlich scheiterte dies jedoch am Widerstand der Vertreter der KBV. In der Mitteilung des Ausschusses heißt es, dass es wegen der derzeitige experimentell einzustufenden Studienlage noch unklar sei, ob sich das zugehörige medizinisch-wissenschaftliche Konzept zur Kryokonservierung von Eierstockgewebe und einer anschließenden Schwangerschaft auf diese Gruppe übertragen lasse. Der G-BA will die sich schnell entwickelnde Datenlage spätestens in zwei Jahren überprüfen und neu beraten.

Bevor die Leistungen zur Kryokonservierung von Eierstockgewebe jedoch erbracht und abgerechnet werden können, muss der Beschluss des G-BA, nach Nichtbeanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit, im Bundesanzeiger veröffentlicht werden und in Kraft treten. Das Bundesministerium hätte also die Möglichkeit einzugreifen und den im Gesetz vorgesehenen Ausschluss der Patientinnen vor der ersten Regelblutung abzulehnen.

Anschließend muss der sogenannte Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen noch über die Höhe der ärztlichen Vergütung entscheiden. Daher ist mit einer möglichen Inanspruchnahme voraussichtlich ab dem Frühjahr 2023 zu rechnen.

## Fokus Ovartransplantation

Die Kryokonservierung und spätere Transplantation von Ovarialgewebe ist mittlerweile eine etablierte Methode zur Fertilitätsprotektion. Ein kürzlich veröffentlichtes systematisches Review und eine Meta-Analyse individueller Patiententendenzen im renommierten Journal Human Reproduction Update (Khattak, H., et al., *Fresh and cryopreserved ovarian tissue transplantation for preserving reproductive and endocrine function: a systematic review and individual patient data meta-analysis*. Hum Reprod Update, 2022, 28(3): p. 400-416.) zeigen anhand von 87 Studien (mit 735 Frauen) folgende Ergebnisse:

- Die Schwangerschaftsrate lag bei 37 Prozent (95 Prozent CI: 32 bis 43 Prozent) und die Lebendgeburtenrate bei 28 Prozent (95 Prozent CI: 24 bis 34 Prozent Lebendgeburtenrate).
- Die mediane Zeit bis zur Rückkehr von FSH auf einen Wert <25 IU/l war 19 Wochen.
- Die mediane Dauer der Transplantatfunktion betrug 2,5 Jahre.

Die Analyse zeigte damit, dass die Kryokonservierung und Transplantation von Eierstockgewebe die reproduktiven und hormonellen Funktionen bei Frauen wiederherstellen können.

## Aktuelles auf dem Gebiet der Endometriose

Die im Jahr 2018 erschienene S2k Leitlinie *Diagnostik und Therapie der Endometriose (AWMF-Nr. 015/045)* etablierte ein dreigliedriges Stufensystem als Versorgungsstruktur für die Therapie von Patientinnen mit Endometriose. Stufe I bildet hier die zertifizierte (spezialisierte) Frauenarztpraxis, Stufe II wird durch die Endometriosesprechstunde/-einheit dargestellt. Das Endometriosezentrum, welches zudem wissenschaftliche Studien durchführt, bildet die Stufe III. Das Universitäts-Endometriosezentrum Franken ist seit 2020 nach der höchsten Stufe zertifiziert und wurde zuletzt 2021 erfolgreich rezertifiziert. Dieses System soll die Qualität der Versorgung von Patientinnen mit Endometriose verbessern und auch zu einer Reduktion der langen Latenzzeit bis zu Diagnosestellung und Therapieeinleitung verkürzen. Ab Stufe I ist die Teilnahme am Grundkurs Endometriose Stufe I und Stufe II Voraussetzung für jede Frauenärztin und jeden Frauenarzt. Aktuelle Termine für die Endo I und II Kurse erhalten sie unter [www.ag-endometriose.de](http://www.ag-endometriose.de).



Abbildung 1: Dreigliedriges Stufensystem als Versorgungsstruktur für die Therapie von Patientinnen mit Endometriose

## Differentialdiagnose chronischer Unterbauchschmerz der Frau

Die Prävalenz-Angaben des chronischen Unterbauchschmerzes der Frau sind mit ca. 2,1 bis 24 Prozent sehr schwankend. Es gibt **keine einheitliche internationale Definition** zum chronischen Unterbauchschmerz. Nach der **International Association for the Study of Pain** ist die gewählte Zeitdauer von sechs Monaten willkürlich. Sie wurde gewählt, da drei Monate bei zyklischen Schmerzen als nicht lange genug eingeschätzt wurden. Werden Zeichen des nicht-akuten Verlaufes und zentrale Sensibilisierungsmechanismen beobachtet, spricht man von chronischem Schmerz, unabhängig von der Zeitdauer.

Einen wesentlichen Stellenwert bei der Diagnostik des chronischen Unterbauchschmerzes hat die Anamnese mit Erfragen von Lokalisation, Intensität, Dauer, Qualität und Beeinflussung inklusive Schmerzskizze. Hinzu kann hier ein **Fragebogen (Modul Viszerale und urogenitale Schmerzen, siehe E-Mail-Anlage)** der Deutschen Schmerzgesellschaft sein. Zudem sind differentialdiagnostisch die gynäkologische Untersuchung, Laborchemische Untersuchungen, bildgebende Diagnostik und die interdisziplinäre Zusammenarbeit relevant.

**Chronische Unterbauchschmerzen** können als Symptom differentialdiagnostisch bei gynäkologischen Erkrankungen, urologischen Erkrankungen, gastrointestinalen und protektologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems und des Bindegewebes sowie bei psychischen Störungen auftreten.

Exemplarisch sind **Adhäsionen** ein signifikantes Gesundheitsproblem mit Einschränkungen in der Lebensqualität, Re-Operationen, Sterilitäts- und Schmerzproblematik. Ätiologisch sind hier vor allem operative Eingriffe und insbesondere Laparotomien, Operationen am Ovar und Myomenektomien zu nennen. Die Verwendung von Adhäsionsbarrieren und operative Techniken (Laparoskopie, Vermeiden von Blutungen, exzessive Destruktion von Gewebe und Ischämie, Zurücklassen von chirurgischem Nahtmaterial) können die **Quantität von Adhäsionen verringern**. An der hiesigen Frauenklinik werden den Patientinnen verschiedene Materialien zur Adhäsionsprophylaxe angeboten.

Weitestgehend unbekannt, aber mit einer Prävalenz von 10 bis 30 Prozent eine der Ursachen für chronischen Unterbauchschmerz, ist das **Beckenvenensyndrom** (syn. pelvic congestion syndrome oder pelvines Kongestionssyndrom). Vor allem prämenopausale Patientinnen und Multipara sind betroffen. Ätiologisch ist hier eine venöse Insuffizienz der linken V. ovarialis, Venenerkrankungen im Retroperitoneum, arteriovenöse Malformationen mit aortalisierten Tumoren und anatomische Varianten. Dies führt zu einer Kongestion mit parauterinen Varikose im kleinen Becken. Anamnestisch geben die Patientinnen nicht zyklusabhängige Schmerzen linksbetont im kleinen Becken, oft schon viele (> 6) Monate bestehende Beschwerden, lageabhängige Beschwerden mit Zunahme in aufrechter Körperhaltung und im Sitzen oder auch in Linksseitenlage, sowie eine Dyspareunie, Dysmenorrhoe und postkoitale Schmerzen an. Diagnostisch ist hier vor allem die gynäkologische Sonographie mit Duplex und ggf. mit Valsalva-Manöver relevant, hier zeigt sich eine Zunahme der pelvinen Gefäße. Zudem kann die Diagnose mittels Kernspintomographie des Beckens gestellt werden. Therapeutisch können medikamentöse (hormonelle) Therapien sowie operative Eingriffe zur Embolisation der Gefäße erfolgen.

Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen können in unserer Spezialprechstunde vorstellig werden:

## Sprechstunde für chronische Unterbauchschmerzen

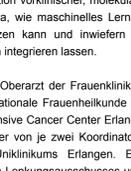
**Sprechzeiten:** Donnerstag 9.00 bis 16.00 Uhr und nach Vereinbarung  
**Terminvereinbarung** bitte telefonisch unter 09131 85-33425  
**Erreichbarkeit:** Montag bis Freitag 9.30 – 12.30 Uhr  
**Ort:** Universitäts-Endometriosezentrum Franken und Universitäts-Fortpflanzungszentrum Franken  
 Gebäude B, 3., OG, Zimmer 03.174  
 Universitätsstraße 21/23  
 91054 Erlangen

## SonataTM

Sonata TM – eine minimalinvasive Radiofrequenzablation zur Behandlung eines symptomatischen Uterus myomatosis – wird seit 2016 erfolgreich in unserer Frauenklinik eingesetzt. Hierfür erfolgt zunächst eine Standard-Hysteroskopie, ggf. werden hierbei intrakavitäre Myome mittels Resektoskopie entfernt.

Für eine Radiofrequenzablation besonders geeignet sind submuköse oder intra-transmurale Myome. Nach der Hysteroskopie wird eine intrauterine Ultraschallsonde in das Cavum uteri eingebracht und über Elektrode ein entsprechend des Volumens des Myoms berechnete Radiofrequenzenergie appliziert. Nach anfänglicher Zunahme der Blutungsintensität in den ersten drei Monaten, wird zu einer zunehmenden Nekrose des behandelten Myoms zurückzuführen ist, kommt es zu einer Schrumpfung und Abnahme der Blutungsintensität. Es können mehrere Myome in derselben Sitzung ablatiert werden. Ein zukünftiger Kinderwunsch stellt kein Ausschlusskriterium dar, ausgetragene Schwangerschaften sind beschrieben [1]. Im FAST-EU Trial konnte eine signifikante Volumenreduktion erreicht werden [2]. In 79,2 Prozent der Fälle kam es nach 12 Monaten zu einer klinischen Reduktion der Blutungsintensität. Im deutschen Expertenkonsensus 2020 mit Teilnahme von Kolleginnen und Kollegen der Frauenklinik des Uniklinikums Erlangen und publiziert in den Ausgaben Februar/März 2021 des *Frauenarzt*, 62. Jahrgang, sind die aktuellen Empfehlungen zusammengefasst.

Über den folgenden QR-Code ist der Artikel für Sie bereitgestellt:



[https://www.dropbox.com/s/442fa12icr1p/Sonderdruck\\_Sonata\\_Frauenarzt.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/442fa12icr1p/Sonderdruck_Sonata_Frauenarzt.pdf?dl=0)

Für Ihre und unsere Patientinnen steht unter dem folgenden Link bzw. QR-Code ein Video zur Erläuterung der Methode zur Verfügung:



<https://www.youtube.com/watch?v=7HxJULXSA&feature=youtu.be>

Beratung, Untersuchung und Aufklärung über die Therapiemöglichkeiten führen wir wöchentlich in unserer Sprechstunde für Myome durch.

Selbstverständlich können Sie uns persönlich kontaktieren.  
 Ihre Ansprechpersonen in der Frauenklinik Erlangen:  
 GOÄ PD. Dr. med. Stefanie Burghaus, MHBA  
 OA Dr. med. Felix Heindl

Terminvereinbarung über das Oberarztsekretariat:  
 Tel. 09131 85-44039

## Präimplantationsdiagnostik

Die Präimplantationsdiagnostik (Pre-Implantation Genetic Testing bzw. PGT) ist in Deutschland mittlerweile ein fester Bestandteil der reproduktionsmedizinischen Behandlung. Voraussetzung für die Durchführung ist in Deutschland die Zustimmung der zuständigen Ethikkommission.

Mittels invasiver Untersuchungsmethoden besteht die Möglichkeit, embryonales Gewebe vor Implantation in die Gebärmutter auf monogenetische Erkrankungen (PGT-M), strukturelle Chromosomenaberrationen (PGT-SR) oder Aneuploidien (PGT-A) zu testen. Die Gewinnung des Untersuchungsmaterials, zumeist mittels Biopsie pluripotenter Trophoblastenzellen, stellt jedoch einen Eingriff mit hoher Invasivität dar. Neben einer potenziellen Schädigung des Embryos, konnte für die PGT-A zudem keine höhere Rate an Schwangerschaften verzeichnet werden, weshalb diese im Rahmen der IVF-Praxis nicht routinemäßig empfohlen wird (Gleicher, 2021).

Demnach ist die Suche nach möglichen Alternativen Gegenstand der aktuellen Forschung. Hierzu zählt beispielsweise die nicht-invasive Präimplantationsdiagnostik (niPGT), bei welcher die Untersuchung der Blastozystenflüssigkeit oder des Embryokulturmediums erfolgt. Bei hoher Kontaminationsgefahr und eingeschränkter klinischer Aussagekraft ist dieses Vorgehen jedoch noch nicht klinisch nutzbar.

Eine weitere Option zur Beurteilung der Embryonen besteht in Form einer morphokinetischen Untersuchung, wobei die Symmetrie des Embryos mit der Euploidie korreliert. Um die Aussagekraft der Untersuchung zu stärken, wird hierfür aktuell der Einsatz von Artificial Intelligence erprobt.

Ergänzend zur Untersuchung des Embryonengewebes kann zudem ein Genetic Carrier Testing eingesetzt werden. Dabei werden die Eltern auf Anlageträgerschaft rezessiv vererbbarer Erkrankungen getestet.

## Add-Ons in der Kinderwunschprechstunde

Trotz eines großen Angebots zusätzlicher Untersuchungen und Maßnahmen mit dem Ziel der Reduktion der Abortrate sowie der Erhöhung der Lebendgeburtenrate gibt es für die Wirksamkeit der einzelnen Verfahren zu aktuellen Zeitpunkt wenig wissenschaftliche Evidenz. Daher sollte die Wahl der Add-Ons auf individueller Basis getroffen werden. Zum besseren Überblick über den Grad der Empfehlung zu einzelnen Add-Ons hat die Human Fertilisation & Embryology Authority ein Ampel-System etabliert (à [Treatment.add-ons.with.limited.evidence.HFEA](#)).

- **Aspirin und niedermolekulares Heparin:** In der ALIFE-Studie sowie in einem Cochrane-Review wurde weder durch Aspirin alleine, noch in Kombination mit niedermolekularem Heparin das Abortrisiko bei Frauen mit wiederholten Fehlgeburten reduziert. Aktuell werden die Ergebnisse der ALIFE2-Studie erwartet, in welcher die Gabe von niedermolekularem Heparin bei Frauen mit rezidivierenden Aborten und Thrombophilie untersucht wird.
- **Scratching:** Auch hinsichtlich des gezielten Setzens kleiner lokaler Verletzungen an der Endometriumschleimhaut im Vorzyklus vor einer Kinderwunschbehandlung – dem Scratching – ist die Datenlage aktuell widersprüchlich und die Studienqualität mangelhaft. Zuletzt zeigte sich ein Vorteil in der Subgruppe der Patientinnen mit einem gescheiterten IVF/ICSI-Vorzyklus (van Hoogenhuijze et al. 2021).
- **Pränatale genetische Testung:** Da die Aneuploidierate ab dem 35. Lebensjahr ansteigt, erhofft man sich von einer pränatalen genetischen Testung die Vermeidung von Aborten und/oder Implantationsversagen. Allerdings konnten zuletzt weder die STAR-Studie (Aneuploidiescreening mittels Trophoctodembiopsie und Next-Generation Sequencing) noch die ESTEEM-Studie (Aneuploidie-Screening mittels Poikörperdiagnostik) eine Verringerung der Abortrate bzw. eine Erhöhung der Lebendgeburtenrate nachweisen.
- **Embryogluie:** zur möglichen Unterstützung der Implantation mittels Hyaluronsäure (Embryogluie) konnte im Rahmen eines Reviews im *Human Reproduction Update* nun eine Verbesserung der Schwangerschaftsrate beim Embryonentransfer nachgewiesen werden (RR 1,457, 95 Prozent - CI 1,197-1,261). Neben der Anwendung von Embryogluie zeigten die Ultraschallunterstützung und die Nutzung eines weichen Katheters positive Effekte auf die Lebendgeburtenrate.
- **Timelapse-Mikroskopie:** Die Ergebnisse hinsichtlich einer Erhöhung der Geburten- und der Schwangerschaftsrate sind aktuell unstritten. Es besteht die Überlegung, in Zukunft durch Kombination aus künstlicher Intelligenz und dem Profilmessprofil des Embryos Empfehlungen für oder gegen eine Verwendung zur Implantation abzuleiten.
- **Weitere:** Zu weiteren Add-Ons wie dem assisted hatching, der Applikation von Cortison, der ERA-Testung (Endometrial Receptivity Array) oder Aussagen zum Mikrobiom gibt es aktuell aufgrund fehlender wissenschaftlicher Nachweise oder nicht ausreichender Datenlage noch keine Empfehlungen.

## Personalia

Pressemitteilung (25.08.2022):

**Prof. Fasching ist neues Leopoldina-Mitglied**  
**Oberarzt der Frauenklinik in Wissenschaftsakademie aufgenommen**

**Die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften – hat nun ihre neuen Mitglieder gewählt. Unter ihnen ist auch Prof. Dr. Peter A. Fasching, Oberarzt und W2-Professor der Frauenklinik (Direktor Prof. Dr. Matthias W. Beckmann) des Universitätsklinikums Erlangen sowie Co-Koordinator des Universitäts-Brustkrebszentrums Franken und des Gynäkologischen Universitäts-Krebszentrums Franken des Uniklinikums Erlangen. Die neuen Leopoldina-Mitglieder erhalten ihre Urkunden traditionell im Jahr nach ihrer Wahl im Rahmen des Symposiums ihrer Fachklasse. Leopoldina-Präsident Prof. (ETHZ) Dr. Gerald Haug wird das Dokument dementsprechend voraussichtlich im Juli 2023 an Prof. Fasching übergeben.**

Prof. Faschings Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Big Data bzw. Digitalisierung des Gesundheitswesens, statistische Modellierung, Genomik und Systembiologie sowie Translation vorklinischer, molekularer und bildgebender Diagnostik in die Klinik. Er erforscht etwa, wie maschinelles Lernen klinische Entscheidungen bei Krebserkrankungen unterstützen kann und inwiefern sich Genom-Multicomicsdaten in Machine-Learning-Algorithmen integrieren lassen.

Seit 2006 ist Peter Fasching Oberarzt der Frauenklinik des Uniklinikums Erlangen, seit 2011 W2-Professor für Translationale Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Uniklinikum Erlangen und dem Comprehensive Cancer Center Erlangen-EMN, Leiter der Clinical Trial Unit der Frauenklinik und einer von je zwei Koordinatoren des Brustzentrums und des Genitalkrebszentrums des Uniklinikums Erlangen. Er war in mehreren wichtigen Brustkrebsstudien Mitglied des Lenkungsausschusses und Principal Investigator. Darüber hinaus ist er Co-Projektleiter des Projektes „Maschinelles Lernen mit Wissensgraphen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung.

Zur Originalmeldung:  
<https://www.frauenklinik-uk-erlangen.de/aktuelles/nachrichten/detail/prof-fasching-ist-neues-leopoldina-mitglied/>

## Bestandene Facharztprüfungen:

- Dr. med. Frederik Stübs, Facharzt
- Dr. med. Adriana Titzmann, stv. Oberärztin

## Neue Mitarbeitende:

- Manuel Hörner, Assistenzarzt

## Veranstaltungen

Online-Update Prä- und Perinatalmedizin  
 09. November 2022, [www.uker.de/fk-perinatal-symposium-2022](http://www.uker.de/fk-perinatal-symposium-2022)

Gynäkologische Onkologie  
 14. Dezember 2022, [www.uker.de/fk-gyn-onko-2022](http://www.uker.de/fk-gyn-onko-2022)

## Impressum

Herausgeber: V.i.S.d.P.:  
 Uniklinikum Erlangen Prof. Dr. Matthias W. Beckmann  
 Frauenklinik  
 Universitätsstr. 21/23 Gesamtherstellung:  
 91054 Erlangen Uniklinikum Erlangen  
 91054 Erlangen Kommunikation  
 Tel.: 09131 85-33553 91012 Erlangen  
 Fax: 09131 85-33456

[fk-direktion@uk-erlangen.de](mailto:fk-direktion@uk-erlangen.de) Falls Sie Ihre Abbonnements verwalten oder  
[www.frauenklinik-uk-erlangen.de](http://www.frauenklinik-uk-erlangen.de) abbestellen möchten, klicken Sie [HIER](#).