

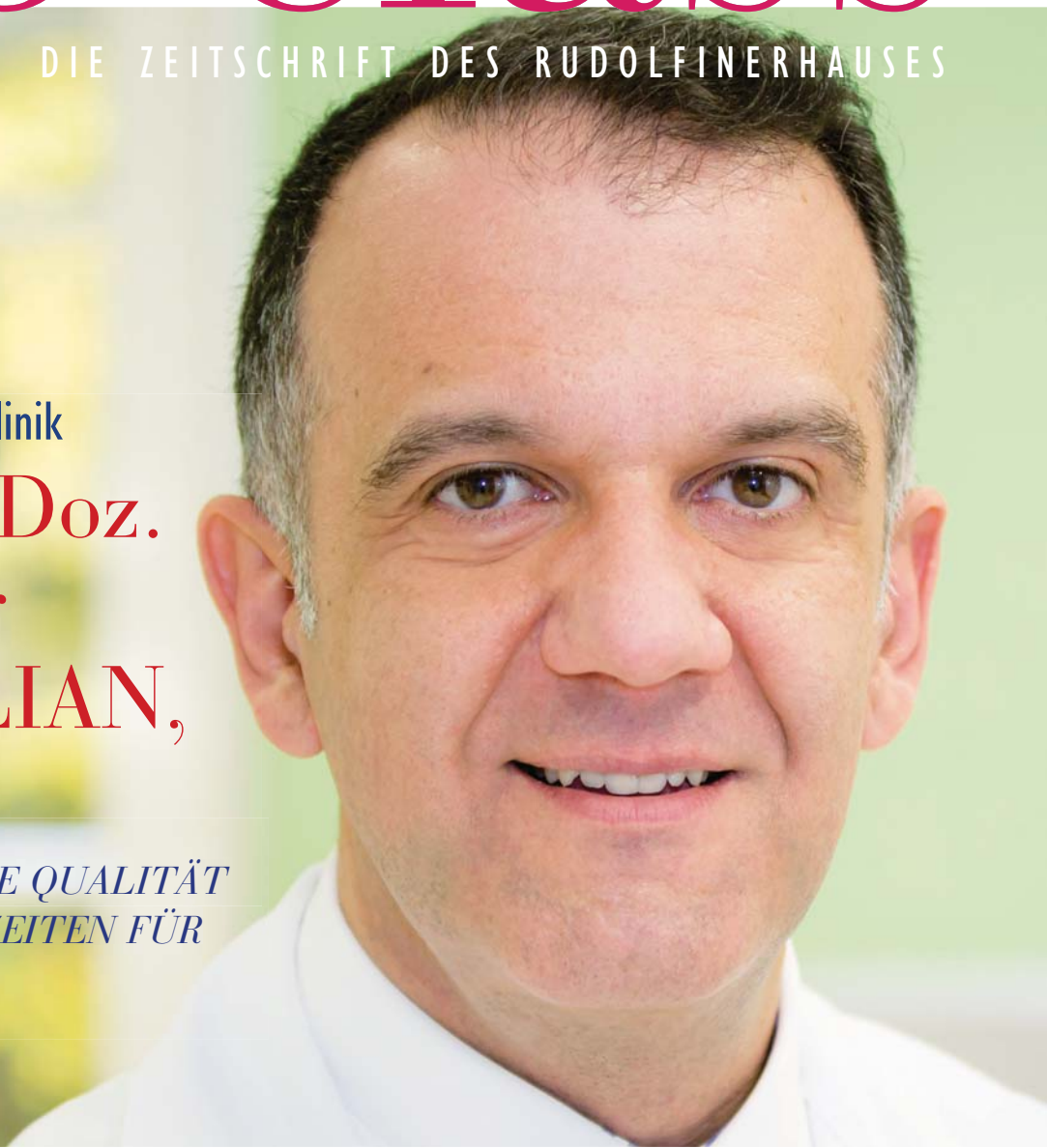
top class

DIE ZEITSCHRIFT DES RUDOLFINERHAUSES

■ Ambulanz & Tagesklinik

Prof. Priv.Doz.
Dr. Arthur
BOHDJALIAN,
MBA

*HOHE MEDIZINISCHE QUALITÄT
UND KURZE WARTENZEITEN FÜR
UNSERE PATIENTEN*



■ Diagnose Brustkrebs

Für jede Frau ein individuelles
Therapiekonzept
Breast cancer

■ Gastroskopie und Koloskopie

Moderne Medizintechnik für
Magen-Darm-Untersuchungen
Endoscopic procedures

■ Spezialambulanz

Neues Gesundheitservice
für Gedächtnisstörungen
Dementia outpatient service

CONTENTS

inhalt

NEWS	4	News, Events & Lifestyle <i>Druckfrisch aus dem Rudolfinerhaus</i> <i>Hot off the press from the Rudolfinerhaus</i>
INSIDE	06	Campus Rudolfinerhaus <i>Hilfe aus dem Cockpit</i> <i>Inspiration from the cockpit</i>
	08	Ambulanz & Tagesklinik <i>Für höchste Ansprüche</i> <i>Outpatient day clinic – Meeting the highest demands</i>
KOMPETENZ	12	Krebsvorsorge <i>Endoskopische Untersuchungen</i> <i>Endoscopic examinations</i>
	15	Ärzte am Rudolfinerhaus auf einen Blick <i>Kompetenzzentren, Ordinationen & Konsultationsräume, Belegärzte</i> <i>Doctors and medical practices at the Rudolfinerhaus</i>
	20	Chirurgie des Rektumkarzinoms <i>Darmkrebs im Vormarsch</i> <i>Colorectal cancer on the rise</i>
	24	Therapie und Behandlung des Mammakarzinoms <i>Diagnose Brustkrebs</i> <i>Diagnosis breast cancer</i>
	28	Zur Früherkennung von Demenzerkrankungen <i>Neue Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen</i> <i>New special outpatient clinic for memory-impaired patients</i>



WILLKOMMEN IM NEUEN TOP CLASS!

WELCOME TO THE NEW TOP CLASS!

editorial

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich freue mich, Ihnen die nächste Ausgabe des Top Class Magazins überreichen zu können. Das Rudolfinerhaus geht auch 2017 den eingeschlagenen Weg der Innovationen weiter, um seine Stärken im nationalen wie internationalen Gesundheitsbereich aufzuzeigen und weiterhin zu entwickeln.

Neben strukturellen und baulichen Maßnahmen steht die Qualität der Medizin und Pflege im Vordergrund der Aktivitäten. Die Interdisziplinarität innerhalb der medizinischen Fächer gewinnt immer mehr an Bedeutung, und durch Änderungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz im vorigen Jahr wurden auch maßgebliche Bereiche der Pflegekompetenz erweitert. Der Vorreiterrolle in der Pflegeentwicklung folgend, steht daher die patientenorientierte Pflegeentwicklung, Beratung und Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen im Fokus sowie die Weiterentwicklung der engen Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten des Hauses.

Um die Verzahnung von Campus und Privatklinik weiter zu unterstreichen und den Studierenden des Campus eine innovative und dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende theoretische und praktische Ausbildung zu ermöglichen, wurde vom Campus ein didaktisch hochwertiges Konzept zur Optimierung von Theorie und Praxis in der pflegerischen Ausbildung entwickelt und findet bereits seit Herbst Anwendung. Dementsprechend finden Sie Details dazu in diesem Heft sowie Fachartikel zu spezifischen Beiträgen der chirurgischen Leistungen des Hauses.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre des vorliegenden Top Class Magazins!

Univ.Prof. Dr. Elisabeth Seidl
Präsidentin Rudolfiner-Verein – Rotes Kreuz
President Rudolfiner-Society – Red Cross



Der Schwerpunkt unserer Innovation der vergangenen Monate war zweifelsohne die Eröffnung des neuen Operationssaales, der aufgrund seiner modernsten Ausstattung bei allen Kollegen und Kolleginnen größte Zustimmung erfährt. Da grundsätzlich keine Sperren vergeben wurden, ist eine höhere Flexibilität in der Terminvergabe möglich.

Um, dem Trend der Zeit folgend, zunehmend tagesklinische Eingriffe zu ermöglichen, wurde die Ambulanz räumlich erweitert und in eine chirurgische (Erdgeschoß) und eine konservative (1.Stock) strukturiert. Das Leistungsangebot der Ambulanz wird in der Ausgabe von dem stellvertretenden Ärztlichen Leiter Prof. Priv.Doz. Dr. Arthur Bohdjalian dargestellt. Der chirurgische Schwerpunkt des Hauses wird mit Beiträgen von OA Dr. Beate Stocker über das Mammakarzinom sowie Univ.Prof. Dr. Béla Teleky über das Rektumkarzinom unterstrichen.

Im Rahmen der Rudolfinerhaus Vorlesungen konnten wir hervorragende Redner gewinnen: Univ.Prof. Dr. Günther Laufer referierte zum Thema „Klappenchirurgie“, Univ. Prof. Dr. Michael Gnant hielt im Rahmen der Eröffnung des OPs einen exzellenten Vortrag über Theodor Billroth und die Chirurgie; Univ.Prof. Dr. Peter Dal-Bianco sprach über die Ambulanz für Demenz und Gedächtnisstörungen, die am Haus eröffnet hat, und Univ.Prof. DDR. Wolfgang Graninger bot ein Feuerwerk über Hospitalismus.

In der Hoffnung, Sie mit der vorliegenden Ausgabe zu informieren und auf interessante Aspekte hinzuweisen, verbleibe ich mit kollegialen Grüßen

Univ.Prof. Dr. Hubert Pehamberger
Ärztlicher Direktor am Rudolfinerhaus
Medical Director at Rudolfinerhaus



IMPRESSUM und Offenlegung gem. § 25 Mediengesetz

Medieninhaber & Herausgeber: Rudolfiner-Verein – Rotes Kreuz
Billrothstraße 78, 1190 Wien, www.rudolfinerhaus.at
Vorstand: KommR Dr. Georg Semler, Dr. Martin Leixnering,
KommR Elisabeth Mayerhoffer
Konzept, redaktionelle u. grafische Produktion:
arge | zeit | media, www.argezeit.at
Druck: Offset 5020, Bayernstraße 27, 5072 Siezenheim
Fotos: iStock Photo, Rudolfinerhaus, Katharina Schiffl, Doris Kucera,
Karl Michalski, Anna Rauchenberger, Campus Rudolfinerhaus,
Schaub-Walzer/PID, HBF/Daniel Trippolt
Blattlinie: Top Class dient der Information der
Patienten, Ärzte und Vereinsmitglieder.

Wir bitten um Verständnis, dass wir aus Gründen der Vereinfachung in unseren Texten auf die Genderformulierung verzichten.

Die Verwendung von redaktionellen Inhalten ist nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung durch den Herausgeber gestattet.

Druck- und Satzfehler vorbehalten.



Willkommen am Rudolfinerhaus

Eine äußerst gelungene Veranstaltung fand Anfang des Jahres für den renommierten Club Diplomatie & Wirtschaft statt. Mitglieder der angesehenen Plattform für Botschafter bzw. Diplomaten und Führungskräfte der österreichischen Wirtschaft waren gerne und zahlreich der Einladung des Rudolfinerhauses gefolgt, sich vor Ort über Fragen der Gesundheitsversorgung bzw. des medizinischen Angebots am Rudolfinerhaus zu informieren. Neben informellem Austausch und gesellschaftlichem Small Talk hielten Univ. Prof. Dr. Hubert Pehamberger, Prof. Priv.-Doz. Dr. Arthur Bohdjalian, MBA und OA Dr. Thomas Brunner

Kurzreferate über die neuesten Entwicklungen und Pläne des Rudolfinerhauses, wie die aktuell erweiterten OP-Kapazitäten oder die Eröffnung der Abteilung für Invasive Kardiologie und Angiographie – die erste an einer Wiener Privatklinik. ■

WELCOME RECEPTION

Numerous members of the renowned Austrian Diplomacy & Business Club followed the invitation to learn more about the latest updates and development plans of Rudolfinerhaus.

Topics included the hospital's expanded OR capacities as well as the newly established, state-of-the-art departments for invasive cardiology and angiography. ■



Ehrenzeichen

Am 17. Jänner 2017 wurde Univ.Prof. Dr. Hubert Pehamberger in feierlichem Rahmen das Goldene Ehrenzeichen der Ärztekammer für seine außerordentlichen Leistungen für die österreichische Medizin überreicht.

Damit nicht genug – Ende Februar wurde der langjährige ehemalige Leiter der Universitätsklinik für Dermatologie der MedUni Wien auch mit dem Großen Silbernen Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich ausgezeichnet.

Pehamberger wurde 1951 in Wien geboren und studierte 1969 bis 1975 Medizin in Wien. 1981 schloss er seine dermatologische Facharztausbildung an der I.

Universitäts-Hautklinik Wien ab und habilitierte 1985. Im Jahr 1997 wurde er zum Universitätsprofessor für Dermatologie und Venerologie berufen. Neben unterschiedlichen Funktionen in akademischer Selbstverwaltung an der MedUni Wien nahm er auch Aufgaben in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gremien wahr.

Wir gratulieren dem Ärztlichen Direktor des Rudolfinerhauses sehr herzlich!

HIGHEST HONOUR

Univ. Prof. Dr. Hubert Pehamberger, Medical Director of Rudolfinerhaus, received the Golden Honour Award of the Austrian Medical Association in recognition of his extraordinary professional accomplishments, as well as the Grand Decoration of Honour in Silver for Services to the Republic of Austria. ■



V.l.n.re.: Präsident der Wiener Ärztekammer Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, PhD, Univ.-Prof. Dr. Hubert Pehamberger, Ärztlicher Direktor des Rudolfinerhauses und Aufsichtsratsvorsitzender KR Dr. Georg Semler



▲
Überreichung durch Sektionschef Dr. Clemens Martin Auer, Ministerium für Gesundheit



IN MEMORIAM
KR DR. ERICH WITT

Wenige Wochen vor seinem 99. Geburtstag ist KR Dr. Erich Witt, von 2006 bis 2011 Präsident des „Billroth-Verein zur Förderung der Pflegeforschung am Rudolfinerhaus“ und seit Jahrzehnten dem Rudolfinerhaus eng verbunden, friedlich entschlafen.

Der promovierte Mediziner absolvierte seine Facharztausbildung für Innere Medizin unter den Professoren Jagitsch und Fellingner, womit sein erster Kontakt zum Rudolfinerhaus begründet wurde. Nach knapp 20 Jahren medizinischer Tätigkeit wechselte er in den 1960er-Jahren in den schwiegerelterlichen Betrieb, die Österreichischen Kunststoffwerke H. Schmidberger GmbH, wo er bis zu seiner Pensionierung sehr erfolgreich tätig war.

Dr. Witt war jahrzehntelang dem Rudolfinerhaus und der Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Krankenpflege eng verbunden. Er war Ausschussmitglied des Rudolfiner-Vereins und Vizepräsident. Von 2006 bis 2011 war Dr. Witt Präsident des „Billroth-Verein zur Förderung der Pflegeforschung“.

Die öffentliche Anerkennung seines Wirkens äußerte sich nicht zuletzt in zahlreichen Auszeichnungen. KR Dr. Erich Witt war u.a. Träger des Großen Silbernen Ehrenzeichens für die Verdienste um die Republik Österreich.

Unser besonderes Mitgefühl gilt seiner Familie.



Lernen – üben – anwenden Hilfe aus dem Cockpit

Die Pflegeausbildung startet europaweit mit neuen Konzepten, um Theorie und Praxis noch effizienter zu verbinden. Der Campus Rudolfinerhaus hat die Weichen dafür schon gestellt und ist mitten im Aufbau eines Lernzentrums für transferförderndes Lernen.

Risiken vermeiden, Schäden minimieren und Kompetenzen ausbauen – in der Luftfahrt gehört das Lernen an und mit Simulationen bereits seit Jahrzehnten zum Alltag. In der Medizin hat die Methode in den letzten Jahren vor allem in der Notfallmedizin Einzug gehalten, um Handgriffe und Abläufe von Rettungskräften zu optimieren.

Seit Kurzem ist der Trend auch bei der Ausbildung von qualifiziertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angekommen. So gibt es bereits Anstrengungen an einigen Universitäten und Ausbildungsstätten in Deutschland und in der Schweiz, sogenannte Skills-Labs oder Lernwerkstätten in Studienpläne zu integrieren. Auch am Campus Rudolfinerhaus wurden erste

Schritte in diese wichtige Richtung bereits gesetzt.

AUS EINS UND EINS MACH DREI

„Tatsächlich haben wir schon 2015 den sogenannten ‚3. Lernort‘ im Curriculum unseres Bachelor-Studiengangs eingeführt. In der Fachsprache bezeichnen wir damit ein Lehr- und Lernmodul, das das klassische, schulische Lernen von theoretischem Wissen – also dem 1. Lernort – und das Lernen in konkreten Praxissituationen im Klinikalltag – dem 2. Lernort – ergänzt“, erklärt Campus-Direktorin Mag. Elisabeth Sittner im Gespräch. „Der 3. Lernort ist damit nicht nur ein virtuelles Konstrukt, sondern tatsächlich auch ein physischer Raum des Lernens, Experimentierens, des Erfahrungs-

austauschs und der Diskussion, wo Methoden wie Eigenerfahrungen oder das Arbeiten mit Simulationspatienten durchgeführt werden können.“ Insgesamt sind 18 ECTS-Punkte verteilt über 6 Semester für diese besondere Art des Wissenstransfers im aktuellen Studienplan eingerechnet.

IM INTERNATIONALEN TREND

Das Angebot wird derzeit weiterentwickelt. Colombine Eisele, Dipl. Pflegepäd. (FH), sowie Anja Patschka, BA, MSc, beide am Campus Rudolfinerhaus unterrichtend, arbeiten konzeptionell und inhaltlich bereits an den nächsten Steps. „Zum aktuellen Zeitpunkt stehen wir im Erfahrungsaustausch mit anderen Bildungseinrichtungen und sammeln Inputs über mögliche

Im Gespräch:
Colombine EISELE
Dipl. Pflegepäd. (FH)
Lehrende



Anja PATSCHKA,
BA, MSc
Lehrende



Ausbaustufen und Lösungsansätze. Denn eines ist zu beachten: dass nämlich jedes Ausbildungsangebot sein individuelles Konzept entwickeln muss, das auf die speziellen örtlichen, arbeitsorganisatorischen oder Curriculum-abhängigen Rahmenbedingungen eingeht.“ Was dennoch alle Bestrebungen gemeinsam haben, ist der Ausbau beruflicher Handlungskompetenz.

- Das beinhaltet zum einen den Erwerb sowohl manueller als auch sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten, begleitet und angeleitet von einer Lehrperson. Immerhin können z.B. Aspekte der Körperpflege für den Studierenden theoretisch völlig klar und eindeutig sein. Die konkrete Ausführung am Patienten, bei der auch interagiert und kommuniziert werden muss, ergibt jedoch oft eine völlig neue Situation. Übungen und anschließende Reflexionen mit Simulationspatienten können hier ganz neue Einblicke für die Studierenden bringen.
- Ebenso können Feedback und Selbstreflexion etwa bei problemorientierten Fallbearbeitungen oder Problemlösungszirkeln

wichtige Hilfestellung geben, die normalerweise weder über die Theorie abgerufen werden können, noch im Praxisalltag zeitlich Platz finden. Der persönliche Erfahrungsaustausch oder die Reflexion konkreter Situationen am Praxis-Arbeitsplatz erweitern eindeutig die persönliche Lösungskompetenz.

- Darüber hinaus bietet die Einrichtung z.B. eines Zentrums für transferförderndes Lernen, ausgestattet mit unterschiedlichsten Materialien, die Möglichkeit selbstständigen Lernens und Übens sowohl als Einzelarbeit wie auch in der Gruppe.

Die Ausrichtung ist damit eindeutig definiert: alles in allem eine modern ausgestattete, der Berufswelt nachempfundene Lernumgebung zu schaffen, die es ermöglicht, berufstypisches Handeln und Verhalten in geschütztem Rahmen zu erproben und zu reflektieren – basierend auf gelernter Theorie und erlebter Praxis. „Eine Transferleistung, die übrigens nicht als einspurige Datenübertragung funktioniert, sondern nur als wechselseitiger Wissensaustausch sinnvoll und effizient ist“, so Eisele und Patschka mit Überzeugung. ■

Inspiration from the cockpit

The nursing program at Campus Rudolfinerhaus introduced a third practical component to supplement theoretical and clinical learning in 2015.

Simulation models, which have been used in the aeronautical industry for decades, received increased attention in the field of medicine in the context of training emergency responders. A new hands-on learning space at Rudolfinerhaus Campus offers students an opportunity to deepen their nursing training with simulations, discussion and working with role models. While a routine activity such as physical patient care may be obvious to students in theory, the exercises and reflection with role models provide important insights in the associated interaction and communication with patients.

By addressing specific case scenarios and problem solutions, future nurses learn approaches to appropriate problem resolutions to help them navigate their professional environment. ■

Für höchste Ansprüche

Rund 10.000 Patienten vertrauen jährlich auf die exzellente medizinische Versorgung von Ambulanz und Tagesklinik am Rudolfinerhaus. Tendenz steigend. Für Prof. Dr. Arthur Bohdjalian, MBA, Leiter der Ambulanz sowie stellvertretender Ärztlicher Direktor am Rudolfinerhaus, eine eindeutige Bestätigung des umfassenden Leistungsspektrums, das vor allem unter einer Prämisse steht: absolute Patientenzufriedenheit.

GUT ZU WISSEN

AMBULANZ & TAGESKLINIK

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag 8:00–16:00

Kontakt und Anmeldung:

Tel.: +43-1-36036-6468

E-Mail: ambulanz@rudolfinerhaus.at

Der Trend Richtung Tagesklinik ist ziemlich eindeutig. Immer mehr Patienten wollen nach einer tagesklinisch durchgeführten OP lieber in die gewohnte Umgebung zurück und sich zu Hause verwöhnen lassen. Oder entscheiden sich aus beruflichen Gründen dafür. Andererseits inkludieren auch immer mehr Privatversicherungen tagesklinische Leistungen in ihre Produkte“, analysiert Bohdjalian die aktuelle Situation.

Zu den häufigsten Untersuchungen in der Ambulanz am Rudolfinerhaus gehören Vorsorgekoloskopien und Magenspiegelungen: Über 4.000 Magendarmspiegelungen finden allein im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen statt. Umfassend betreut werden Patienten darüber hinaus in

den Fachambulanzen für Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Innere Medizin, Neurologie, Onkologie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie dem Schmerzzentrum. „Diese Interdisziplinarität eines weitreichenden Leistungsspektrums auf hohem Niveau ist einer der großen Vorteile, die unsere Patienten sehr schätzen,“ so Bohdjalian im Gespräch. Durch die Erweiterung neuer Räumlichkeiten ist darüber hinaus eine Kapazitätserweiterung erfolgt.

Der Chirurg aus Leidenschaft ist seit Jänner 2013 Leiter von Ambulanz und Tagesklinik sowie seit 2016 auch stellvertretender Ärztlicher Direktor am Rudolfinerhaus. Studium und Ausbildung absolvierte er an der Universität Wien,

an der Columbia sowie an der New York University. Seine Habilitation über Diabetes und Übergewichtschirurgie legte er an der MedUni Wien ab, wo er im Anschluss auch tätig war. „Zwischendurch“ holte sich Bohdjalian noch seinen MBA in Health Care Management an der WU Wien ab. Seine Lehrtätigkeit an der Uni Wien schätzt er als besondere Abwechslung und Aufgabe aufgrund der Arbeit mit jungen Menschen.

TOP AUSGESTATTETE WALK-IN-KLINIK

Als Leiter von Ambulanz und Tagesklinik laufen bei ihm alle medizinischen Entscheidungen dieses Bereiches zusammen. Zum einen kommen Patienten auf Anraten ihres Arztes hierher und werden

→ FORTSETZUNG AUF SEITE 10

Meeting the highest demands OUTPATIENT DAY CLINIC

The growing trend to rely on day clinics is quite undeniable. “Patients increasingly prefer to return to their home environment to be cared for by family members after outpatient surgery, while others decide in favour of this option for professional reasons. At the same time, a growing number of private insurance companies have started to offer outpatient services in their product plans,” says Dr. Bohdjalian about the current situation.

The most frequently performed procedures in the Rudolfinerhaus outpatient clinic include preventive colonoscopies and gastroscopies. Thus, over 4,000 gastroscopies are performed as part of screening examinations. In addition, the outpatient services for dermatology, ENT, gynaecology,

internal medicine, neurology, oncology, ophthalmology, orthopaedics and emergency surgery, pain center and urology provide extensive patient care. “The interdisciplinary nature of our broad, high-quality service spectrum is one of the major advantages appreciated by our patients,” says Bohdjalian in an interview. The premises have been recently expanded to add additional capacities.

Bohdjalian, a passionate surgeon became the head of the outpatient centre and day clinic in January 2013, followed by the appointment to serve as deputy medical director of Rudolfinerhaus in 2016. He completed his medical training at Vienna University as well as Columbia and New York University. His doctoral research at

Medical University Vienna, where he was employed afterward, focused on diabetes and bariatric surgery. “In between” Bohdjalian also managed to earn an MBA in healthcare management from Vienna Business University. He particularly likes teaching at Vienna University because he appreciates the variety of subject areas and enjoys working with young people.

WALK-IN CLINIC WITH TOP EQUIPMENT

As the head of the outpatient centre and day clinic, he is ultimately responsible for all medical decisions of the unit. Patients are referred by their doctors and are cared for by qualified nursing staff until a consultant physician arrives, but the outpatient centre and day clinic at Rudolfinerhaus

→ CONTINUE PAGE 11



→ FORTSETZUNG VON SEITE 9

vom kompetenten Fachpersonal bis zum Eintreffen des Belegarztes versorgt. Zum anderen sind Ambulanz und Tagesklinik am Rudolfinerhaus auch eine Walk-in-Klinik: In diesem Fall wird entsprechend Best Medical Practice Guidelines entschieden, was zu tun ist und welcher Facharzt die Behandlung übernehmen soll. „Nachdem wir in der glücklichen Lage sind, in unserem Haus eben alle wesentlichen medizinischen Fachrichtungen vor Ort zu haben, ist es möglich, unsere in- und ausländischen Patienten rasch und bestmöglich zu versorgen.“

Zwei Endoskopieräume, ein Eingriffsraum, drei Infusionsbereiche, Konsultationsräume sowie hochqualifiziertes Pflegepersonal und natürlich beste Fachärzte sorgen dafür, dass Patienten in der Tagesklinik umfassend betreut werden können. „Zudem wurde die Funktionalität des OPs erweitert sowie die Gesamtkapazität erhöht. Darüber hinaus ist unsere Anästhesie 24 Stunden am Tag verfügbar. Die Ambulanz ist damit eine optimale Drehscheibe mit exzellenter Vernetzung in unsere Institute und zu unseren Konsiliarärzten.“

EFFIZIENTES QUALITÄTSMANAGEMENT

Neben der medizinischen Verantwortung stehen für Bohdjalian aber auch Managementaufgaben im Fokus: Steigende Patientenzahlen stellen neue Herausforderungen an die Tagesklinik. Mittlerweile lassen auch immer mehr Mitarbeiter internationaler, in Wien ansässiger Konzerne ihre Vorsorgeuntersuchung am Rudolfinerhaus durchführen. „Angesichts dieses steigenden Volumens ist es ganz wichtig, dass wir unsere Strukturen und Arbeitsprozesse permanent an die neuen Anforderungen anpassen“, so Bohdjalian.

Sein Fazit: „Ein effizientes und umfassendes Qualitätsmanagement ist deshalb ein absolutes Muss.“

Dafür und für die reibungslose Organisation der täglichen Administrationsaufgaben sorgt ein 12-köpfiges Team unter Stationsleiterin Christine Milian. „Auf dieses Team kann ich mich zu 100% verlassen“, schätzt sich Bohdjalian glücklich.

IM MITTELPUNKT STEHT DER MENSCH

Sein Ziel ist klar: „Zum einen will ich erreichen, dass Ambulanz

und Tagesklinik ihren hervorragenden Ruf kontinuierlich ausbauen und dass es uns weiterhin gelingt, mit vielen neuen Patienten, die uns ihr Vertrauen schenken, ein kräftiges Wachstum zu erzielen.“

Auf medizinischer Seite stehen für ihn Prävention und Früherkennung von Krankheiten im Vordergrund: „Das bedeutet gleichzeitig auch, das Wohlbefinden unserer Patienten zu optimieren, indem wir das Risiko, Krankheiten zu entwickeln, minimieren und Behandlungen schon im frühen Stadium durchführen.“

Kurze Wartezeiten und neuestes Equipment sollen dafür sorgen, dass Patienten die Sicherheit erhalten, nach modernsten medizinischen Standards betreut zu werden, so Bohdjalian. Und das unabhängig vom Fachgebiet: Durch die medizinischen Kompetenzzentren stehen in Ambulanz und Tagesklinik alle Fachrichtungen schnell und unkompliziert zur Verfügung. Mittelpunkt aller medizinischen Bemühungen ist dabei immer der Patient: „Das Individuum steht über allem. Das ist meine tiefste Überzeugung: Jeder Mensch sollte mit Würde und Respekt behandelt werden.“ ■



→ CONTINUED FROM PAGE 9

also serves as a walk-in clinic. In that case, it is determined on the basis of best medical practice guidelines what to do and which specialist physician will take over the treatment. "Since we are so fortunate as to have all essential medical disciplines represented in-house, we can quickly provide and optimal care options for every patient."

Two endoscopy rooms, a surgery suite, three infusion areas, consultation rooms along with highly qualified nursing staff and, of course, top-level specialist physicians ensure that patients receive comprehensive care and treatment in the day clinic. "The functionality of the operating room has been significantly expanded over the past months, and increased our capacities. Then our anesthetics service is available around the clock. That makes the outpatient centre an optimal hub with excellent connections to our institutes and our consulting physicians."

EFFICIENT QUALITY MANAGEMENT

In addition to bearing medical responsibility, Bohdjalian also has to focus on management tasks. Growing patient numbers continue to represent new challenges for the day clinic. Increasingly, employees of international corporations based in Vienna rely on Rudolfinerhaus for their medical screening needs. "In

view of the rising volume, it is essential to permanently adapt our structures and work processes to these new requirements," says Bohdjalian, and concludes: "Efficient and comprehensive quality management is an indispensable requirement." This and the seamless organization of daily administrative tasks is the responsibility of a 12-member team led by head nurse Christine Milian. "I am fortunate to have such a stellar team to count on," says Bohdjalian.

FOCUS ON PEOPLE

The goal is obvious: "I want the outpatient centre and day clinic to continuously expand its outstanding reputation and encourage strong growth by attracting many new patients who place their trust in our services."

On the medical side, prevention and early detection of diseases are the highest priority: "That also means optimizing the well-being of our patients by minimizing the risk of developing illnesses and by providing treatment in the earliest stages." Short waiting times and modern equipment ensure that patients receive care in accordance with state-of-the-art medical standards, Bohdjalian says. Although the response depends on the specialty area, the medical competency centres ensure that experts from all medical disciplines are quickly available in the outpatient centre in the clinic without unnecessary comple-

xity. The patient is always at the core of all medical efforts: "The individual is our highest concern. Everyone deserves to be treated with dignity and respect." ■



МЫ ОРИЕНТИРУЕМСЯ НА ВЫСОКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К КАЧЕСТВУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Свое доверие нам оказывают около 10 000 пациентов в год. Они высоко ценят многопрофильность наших услуг. У нас вы сможете обследоваться и пройти лечение практически по любому направлению медицины. Новейшее оборудование и короткое время ожидания соответствуют современным стандартам лечения и гарантируют качество. Главная цель проф. А. Боджялян и его команды - здоровье каждого пациента. ■

Endoskopische Untersuchungen – Krebsvorsorge



Unkompiziert, ambulant und schmerzlos: So laufen moderne endoskopische Untersuchungen heutzutage ab. Hatten vor allem Spiegelungen von Magen und Darm noch vor einigen Jahren einen „schlechten“ Ruf, kann heute mittels moderner Geräte und sanfter Durchführung der gesamte Magen-Darm-Trakt schonend untersucht und bei Bedarf therapeutisch behandelt werden.

WICHTIGES INSTRUMENT IN DER DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Wörtlich genommen, bedeutet Endoskopie „in das Innere sehen.“ Sie spielt in der Diagnostik der Inneren Medizin eine große Rolle: So können mit einem Endoskop Hohlgane und Körperhöhlen ausgeleuchtet und untersucht sowie die gewonnenen Daten für Diagnose, Operationsplanung, Therapie und Nachsorge eingesetzt werden.

Ein Endoskop ist ein schlauchförmiges Instrument, das je nach Untersuchungszweck einen Durchmesser von wenigen Millimetern bis zu knapp zwei Zentimetern hat. An der Spitze ist es mit einer Lichtquelle und optischen Geräten ausgestattet. Im Inneren der heutigen Standardgeräte befindet sich eine Videoptik, die Bilder auf einen Monitor überträgt.

MEDIZINTECHNIK FÜR HÖCHSTE ANSPRÜCHE UND PRÄZISION

Man unterscheidet mittlerweile zwischen starren, flexiblen und Kapselendoskopen: Ein starres Endoskop wird benutzt, um leicht zugängliche Stellen wie den Enddarmbereich oder den Hals-, Nasen- und Ohrenbereich zu untersuchen. Flexible Endoskope können gezielt

durch die Organe geführt werden und kommen beispielsweise zur Untersuchung von Dickdarm, Luftröhre und Lunge zum Einsatz.

Zu den modernsten Formen der Endoskopie gehört die Kapselendoskopie, die im Dünndarm eingesetzt wird. In der Kapsel – in der Größe einer Filmtablette – befindet sich eine kleine Kamera, die gezielt den Verdauungstrakt durchwandert. Ein neues und schonenderes Verfahren ist auch die sogenannte virtuelle Endoskopie: Dabei werden zweidimensionale Schnittbilder eines Magnetresonanztomographen in dreidimensionale Endoskopiebilder umgerechnet, ohne mit einem Endoskop direkt in die Organe einzudringen.

DIAGNOSTIK UND THERAPIE IN KOMBINATION

Durch die ständige Weiterentwicklung der Endoskopie können verschiedene diagnostische Eingriffe zunehmend mit therapeutischen Anwendungen kombiniert werden. Die dazu notwendigen Instrumente bringt der Arzt über gesonderte Arbeitskanäle durch das Endoskop direkt ein. Beispiele für per Endoskop mögliche therapeutische Maßnahmen sind:

- **Bougierung:** Die Aufdehnung von Verengungen, zum Beispiel in

→ FORTSETZUNG AUF SEITE 14





Endoscopic examinations CANCER CHECK-UP

An easy and painless outpatient procedure – that’s the modern reality of endoscopic examinations. While endoscopic procedures of the stomach and intestines had a “bad” reputation a few years ago, today’s modern equipment and non-invasive performance allows for low-impact examinations of the entire gastrointestinal tract, including the necessary therapeutic procedures.

IMPORTANT DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TOOL

Endoscopy literally means “viewing the inside.” It plays a major role in internal medicine diagnostics and serves to illuminate and examine hollow organs and body cavities, with the resulting data used for diagnosis, surgical planning, therapy and follow-up.

An endoscope is a tube-shaped instrument, which has a diameter of a few millimetres to almost 2 centimetres, depending on the diagnostic purpose. The tip features a light source and optical devices. Today’s standard devices comprise video optics, which transmit images to a monitor.

MEDICAL TECHNOLOGY FOR HIGHEST DEMANDS AND PRECISION

Modern medicine distinguishes between rigid, flexible and capsule endoscopes: Rigid endoscopes are used to

examine easily accessible areas such as the rectum or the ear, nose and throat area. Flexible endoscopes, in contrast, can be inserted specifically into organs and are used for examinations, for example of the colon, the airways, and the lungs.

Capsule endoscopy, which is used in the small intestine, is among the most advanced forms of endoscopy. The capsule – in the size of a film-coated tablet – contains a tiny camera that moves through the digestive tract. So-called virtual endoscopy represents a new and even less invasive procedure: Two-dimensional section images from magnetic resonance or computed tomography procedure are converted to three-dimensional endoscopic images without the direct use of an invasive endoscope in the organs.

COMBINED DIAGNOSTICS AND THERAPY

Thanks to the continuous advancement of endoscopy, a number of diagnostic interventions can increasingly be combined with therapeutic applications. The physician directly inserts the necessary instruments through separate working channels via the endoscope. Examples of therapeutic measures that can be performed endoscopically include:

- *Bougienage*: Widening a restriction, for example for accessing the oesophagus in oesophagoscopy.

- *Haemostasis*: Staunching bleeding with a laser or medications, for example in the case of bleeding ulcers during gastroscopy.
- *Polyp removal* (benign mucous membrane growth): Endoscopes can also be used to remove polyps, for example in the colon, the stomach, or the vocal chords.

LARGE RANGE OF OUTPATIENT SERVICES AT RUDOLFINERHAUS

The day clinic at Rudolfinerhaus, as part of preventive medicine, offers extensive endoscopic examinations, minor surgery as well as first aid and emergency care. A surgical suite, an endoscopy room and consulting rooms are available for a broad spectrum of diagnostic investigation along with endoscopy towers, gastroscopes, rectoscopes, colonoscopes, and duodenoscopes.

CRUCIAL FOR CANCER PREVENTION

Endoscopic examinations via colonoscopy (examination of the colon) play an important role, particularly in the early detection of stomach and colon cancer. Colorectal cancer includes precursor stages such as benign intestinal polyps, and is the second or third most common cancer in men and women. A colonoscopy should be performed

→ CONTINUE PAGE 19

→ FORTSETZUNG VON SEITE 12

der Speiseröhre bei der Speiseröhrenspiegelung (Ösophagoskopie).

- ▶ **Blutstillung:** Blutungsquellen werden mit dem Laser oder durch Medikamente gestillt, etwa bei blutenden Magengeschwüren während der Gastroskopie.
- ▶ **Abtragung von Polypen** (gutartige Schleimhautwucherungen): Mit dem Endoskop können auch Polypen abgetragen werden, beispielsweise im Dickdarm, im Magen oder an den Stimmbändern.

GROSSES SPEKTRUM IN DER RUDOLFINERHAUS AMBULANZ

Die Tagesklinik des Rudolfinerhauses ermöglicht im Rahmen der Vorsorgemedizin umfassende

endoskopische Untersuchungen, kleinere chirurgische Eingriffe sowie eine Erst- und Notfallversorgung. Zur diagnostischen Abklärung mit breitem therapeutischen Spektrum stehen ein Eingriffsraum, ein Endoskopieraum sowie Konsiliarräume ebenso zur Verfügung wie Endoskopietürme, Gastroskope, Rektoskope, Koloskope und Duodenoskope.

ENTSCHEIDEND FÜR DIE KREBSVORSORGE

Vor allem in der Früherkennung von Darmkrebs spielt die endoskopische Untersuchung via Koloskopie (Untersuchung des Dickdarms) eine wichtige Rolle: Das kolorektale Karzinom umfasst Vorstufen wie den gutartigen Darmpolyp und ist die zweit- bzw. dritthäufigste Krebserkrankung bei Frauen und Männern. Bei Indikationen wie Blut im Stuhl, Stuhlnunregelmäßigkeiten, chronischem Durchfall, Darmentzündungen sowie Bauchschmerzen ist daher eine Darmspiegelung angezeigt.

Die Ösophagogastroduodenoskopie (kurz Gastroskopie oder auch Magenspiegelung) dient vor allem zur diagnostischen Abklärung anhaltender Oberbauchbeschwerden, wiederkehrenden Sodbrennens oder Völlegefühl, Reflux sowie fortbestehender Schluckbeschwerden oder bei Verdacht auf Magengeschwür bzw. Magenschleimhautentzündung (Gastritis).

SCHMERZFREIE UNTERSUCHUNG MIT GERINGEM RISIKO

Nach vollständiger Entleerung des Magens bzw. Darms wird das Endoskop in Seiten- bzw. Rückenlage durch Mund und Speiseröhre bzw.



Anus und Mastdarm eingeführt und langsam vorgeschoben. Sowohl Darm als auch Magen werden mit Luft bzw. Gas aufgeblasen, um eine bessere Beurteilung und Diagnostik zu ermöglichen. Falls nötig, können durch einen Kanal im Endoskop auch Instrumente eingeführt und Therapien durchgeführt werden.

Um Angst und Stress zu reduzieren, werden Untersuchungen auf Wunsch unter Verabreichung eines Beruhigungsmittels oder einer Kurznarkose durchgeführt. Gastroskope können mittlerweile auch durch die Nase eingeführt werden, was manche Patienten als angenehmer empfinden. Im Regelfall dauert die endoskopische Untersuchung des Magens wenige Minuten, eine Darmspiegelung bis zu 25 Minuten.

Grundsätzlich bergen endoskopische Untersuchungen nur geringe Risiken. Mit einer geringen Komplikationsrate ist jedoch auch ein minimal-invasiver Eingriff wie die Endoskopie verbunden: Mögliche Komplikationen einer Endoskopie können eine Perforation der Organe, Blutungen oder Herz-Kreislaufstörungen beinhalten, über die Patienten aufgeklärt werden.

Letztendlich bleibt aber die Gewissheit, mit diesen fortschrittlichen Instrumentarien der Vorsorge und Früherkennung Wesentliches zur individuellen Gesundheit beitragen zu können. ■



Auszug aus unserer Belegarztliste

Consultant physicians

AUGEN EYES

Prim. Univ.Prof. Dr. Susanne BINDER
Priv.Do. Dr. Christiane FALKNER-RADLER
OA Dr. Beatrix NEUMAIER-AMMERER
Prim. Univ.Prof. Dr. Michael RADDA

CHIRURGIE SURGERY

Prim. Dr. Wilhelm APPEL
Prim. Priv.Do. Dr. Afshin ASSADIAN (GEF)
Prof. Priv.Do. Dr. Arthur BOHDJALIAN, MBA
Prim. Univ.Prof. Dr. Karl GLASER
Prim. Univ.Prof. Dr. Michael HERMANN
Dr. Cesar KHAZEN
Univ.Prof. Dr. Nikolai KORPAN
Prim.Prof. Dr. Stephan KRIWANEK
Univ.Prof. Dr. Günther LAUFER (GEF)
OA Dr. Beate STOCKER
Prim. Dr. Christian STRACKE
Univ.Prof. Dr. Béla TELEKY
Univ.Do. Dr. Werner WEISSENHOFER
OA Dr. Thomas WINKLER
OA Dr. Wafa YEGANEHFAR

DERMATOLOGIE DERMATOLOGY

Dr. Peri BERGMANN-CAUCIG
Univ.Prof. Dr. Eva-Maria KOKOSCHKA
Univ.Prof. Dr. Hubert PEHAMBERGER
Univ.Prof. Dr. Florian ROKA

GYNÄKOLOGIE & GEBURTSHILFE GYNAECOLOGY

Dr. Bernhard BARTOSCH
Univ.Do. Dr. Gernot HUDELIST, MSc
Univ.Prof. Dr. Peter HUSSLEIN
Univ.Prof. Dr. Heinz KÖLBL
Dr. Sibylle OKRESEK
OA Dr. Friedrich REH
Dr. Walter SACHER
Univ.Prof. Dr. Paul SEVELDA

HALS-NASEN-OHREN EAR-NOSE-THROAT

Univ.Prof. Dr. Wolf-Dieter BAUMGARTNER, MBA
OA Dr. Peter DITTRICH
Dr. Mualla DUMAN
Assoc.Prof. Priv.Do. Dr. Boban EROVIC, MBA
Univ.Prof. Dr. Klemens FREI
Univ.Prof. Dr. Sasan HAMZAVI
Prim. Univ.Prof. Dr. Christoph REISSER

INNERE MEDIZIN INTERNAL MEDICINE

Univ.Prof. Dr. Ludwig ERLACHER (RHEU)
Prof. Dr. Christoph GASCHÉ (GAS)
Dr. Brigitte GREINER-PESAU
Prim. Dr. Rudolf HANSLIK, MSc (SCHM)
MR Dr. Mohammed KAZEMI
Univ.Prof. Dr. Anton LUGER (END)
Prim. Univ.Prof. Dr. Rudolf PRAGER (END)
Univ.Prof. MR Dr. Raimund SAAM
Dr. Harald SALZMANN
Prim. Dr. Christian SEBESTA
Dr. Josef SZIMAK
Univ.Prof. Dr. Felix STOCKENHUBER
Univ.Do. Dr. Theodor WANKE (PUL)

INTERNE / KARDIOLOGIE INTERNAL / CARDIOLOGY

Dr. Gilbert BERAN
OA Dr. Thomas A. BRUNNER
Prim. Prof. Dr. Shapour DJAVAN
Prim. Univ.Prof. Dr. Herbert FRANK
Dr. Georg GAUL
Dr. Katharina KISS
Univ.Do. DI Dr. Gerold PORENTA
Ass.Prof. Dr. Suzanne RÖDLER
Ass.Prof. Dr. Günter STIX

INTERNE / ONKOLOGIE INTERNAL / ONCOLOGY

Ass.Prof. Dr. Irene KÜHRER
OA Dr. Clemens LEITGEB
Assoc.Prof. Priv.Do. Dr. Gerald PRAGER
Univ.Prof. Dr. Josef SCHWARZMEIER

NEUROCHIRURGIE NEUROLOGICAL SURGERY

OA Dr. Hans Peter AMMERER
Dr. Klaus NOVAK
OA Dr. Gedeon PERNECZKY

NEUROLOGIE NEUROLOGY

OA Dr. Mohammad BAGHAEI
Prim. Dr. Klaus BECKER
Univ.Prof. Dr. Peter DAL-BIANCO
Univ.Prof. Dr. Bruno MAMOLI
Dr. Gabriele NEUWIRTH-SENAUTKA
Univ.Prof. Dr. Bernd SALETU
Priv.Do. Dr. Michael SALETU
Univ.Prof. Dr. Peter WESSELY

ORTHOPÄDIE ORTHOPAEDICS

Univ.Do. Dr. Martin BUCHELT, MBA
Dr. Johannes JAGENBREIN
Dr. Andreas KRÖNER
Dr. Christian LHOTKA
Prim. Univ.Prof. Dr. Roland OPPOLZER
Prim. Dr. Karl Michael RIEDL
Dr. Rudolf STOFFELLA
Univ.Prof. Dr. Reinhard WINDHAGER

PHYSIKALISCHE MEDIZIN PHYSICAL MEDICINE

Univ.Prof. Dr. Tatjana PATERNOSTRO-SLUGA
Dr. Roland PECENY

PLASTISCHE CHIRURGIE PLASTIC SURGERY

Dr. Albert FEICHTNER
Assoc.Prof. Priv.Do. Dr. Hugo Benito KITZINGER
OA Dr. Shirin MILANI-HELLETZGRUBER
OA Dr. Veith MOSER
Univ.Do. Dr. Ingrid SCHLENZ

RADIOLOGIE / INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE RADIOLOGY / INTERVENTIONAL RADIOLOGY

Priv.Do. Dr. Csilla BALASSY
Dr. Ivan DOBROCKY, PhD, MSc
Dr. Gerard MERTIKIAN
Univ. Do. Dr. Andreas NEUHOLD, MBA
OA Dr. Reinhold TISCHLER
Ass.Prof. Priv.Do. Dr. Florian WOLF, MBA

UNFALLCHIRURGIE ACCIDENT SURGERY

OA Dr. Erich ALTENBURGER
OA Dr. Thomas BEER
OA Dr. Klaus DANN
Univ.Prof. Dr. Emmerich EGKHER
Dr. Josef JURKOWITSCH
OA Dr. Martin LEIXNERING
Assoc.Prof. Dr. Gobert SKRBENSKY
OA Dr. Peter VALENTIN

UROLOGIE UROLOGY

Dr. Eva DONNER
Univ.Prof. Dr. Bob DJAVAN
Ass.Prof. Priv.Do. Dr. Ralf HERWIG
Univ.Prof. Dr. Wolfgang HÖLTL
Univ.Prof. Dr. Günter JANETSCHKE
Prim. Univ.Do. Dr. Eugen PLAS
Dr. Christopher SPRINGER
OA Dr. Igor STANCIK



www.rudolfinerhaus.at
VIENNA'S LEADING
PRIVATE HOSPITAL



ANÄSTHESIETEAM ANESTHESIA TEAM

OA Dr. Leopold ADLER
OA Dr. Anton ANDONOVSKI
OA Dr. Radu-Virgiliu DUMITRESCU
OA Dr. Julian MUSAT
OA Dr. Philipp SCHWARZINGER
OA Dr. Andras ZOBAY



HAUSÄRZTETEAM GENERAL PRACTITIONERS

Dr. Alexander AICHELBURG (PUL)
Dr. Bernadette AUER
Dr. Elisabeth FRIEDL
Dr. Tatjana LUKSCH
OA Dr. Albert MICHITSCH (INT)
Dr. Sandra RADU
OA Dr. Bruno ROBIBARO (INT/PUL)
Dr. Philip SABANAS
Dr. Marianne SAPPER
Dr. Lukas SCHMOLLER
Dr. Roman SPITZMÜLLER
Dr. Lioussia TAVIV
Dr. Angelina-Maria WERNER, MA



BEREITSCHAFTSDIENST GEBURTSHILFE OBSTETRICS STANDBY

Univ.Prof. Dr. Dagmar BANCHER-TODESCA
Dr. Bernhard BARTOSCH
Dr. Michael ELNEKHELI
Univ.Prof. Dr. Engelbert HANZAL
Dr. Anton HORVAT
Univ.Do. Dr. Gernot HUDELIST, MSc
Dr. Martin LANGE
Dr. Michael NEUMANN
Dr. Sibylle OKRESEK
Dr. Margit PICHLER
OA Dr. Nasira PITINSIS
OA Dr. Tibor RACZ
Univ.Do. Dr. Katharina SCHUCHTER

Weitere Belegärzte finden Sie auf
www.rudolfinerhaus.at.

LEGENDE END = Endokrinologie GEF = Gefäßchirurgie RHEU = Rheumatologie
GAS = Gastroenterologie PUL = Pulmologie SCHM = Schmerzmedizin



www.rudolfinerhaus.at
VIENNA'S LEADING
PRIVATE HOSPITAL

medizinische leistungen

INSTITUTE & ABTEILUNGEN institutes & departments



BILDGEBENDE DIAGNOSTIK CT UND MRT

DIAGNOSTIC IMAGING

Leitung, stv. Ärztlicher Direktor
Univ.Doz. Dr. Andreas Neuhold, MBA
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6301

INVASIVE KARDIOLOGIE / ANGIOGRAPHIE

INVASIVE CARDIOLOGY / ANGIOGRAPHY

Leitung, stv. Ärztlicher Direktor
OA Dr. Thomas A. Brunner
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6421



NICHT INVASIVE KARDIOLOGIE NON-INVASIVE CARDIOLOGY

Leitung
Prim. Prof. Dr. Shapour Djavan
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6341

NUKLEARMEDIZIN NUCLEAR MEDICINE

Leitung
Univ.Doz. DI DDr. Gerold Porenta
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6321



PATHOLOGISCH-HISTOLOGISCHES ZENTRALLABOR HISTOPATHOLOGY

Leitung
Prim. Dr. Nikolaus Neuhold
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6441

PHYSIKALISCHE MEDIZIN & REHABILITATION

PHYSICAL MEDICIN & REHABILITATION

Leitung
Dr. Roland Peceny
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6351



Weitere Informationen finden Sie
auf www.rudolfinerhaus.at.

medical services

MEDIZINISCHE SCHWERPUNKTE medical focus areas



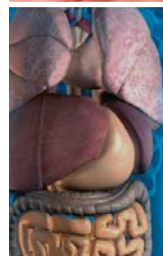
GYNÄKOLOGIE & GEBURTSHILFE GYNAECOLOGY & OBSTETRICS

Koordinator
Dr. Bernhard Bartosch
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6150



ORTHOPÄDIE ORTHOPAEDICS

Koordinator
Univ.Doz. Dr. Martin Buchelt, MBA
Anmeldung: +43 (0)1 36036-5315



INNERE MEDIZIN INTERNAL MEDICINE

Koordinator, stv. Ärztlicher Direktor
OA Dr. Thomas A. Brunner
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6421



UNFALLCHIRURGIE ACCIDENT SURGERY

Koordinator
OA Dr. Martin Leixnering
Anmeldung: +43 (0)1 36036-1000



NEUROLOGIE NEUROLOGY

Koordinator
Univ.Prof. Dr. Bruno Mamoli
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6410



UROLOGIE UROLOGY

Koordinator
Univ.Prof. Dr. Bob Djavan
Anmeldung: +43 (0)1 36036-1000

KOMPETENTE FACHBEREICHE competent departments



AMBULANZ & TAGESKLINIK OUTPATIENT DAY CLINIC

Koordinator, stv. Ärztlicher Direktor
Prof. Priv.Doz. Dr. Arthur Bohdjalian, MBA
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6468



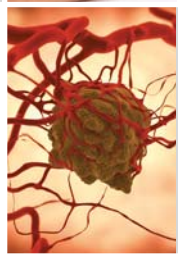
DERMATOLOGIE DERMATOLOGY

Koordinator, Ärztlicher Direktor
Univ.Prof. Dr. Hubert Pehamberger
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6019



ANÄSTHESIE & INTERMEDIATE CARE ANAESTHESIA & INTERMEDIATE CARE

Koordinator
OA Dr. Radu-Virgiliu Dumitrescu
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6019



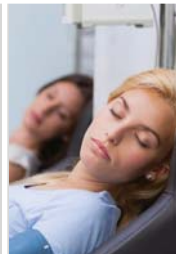
ONKOLOGIE ONCOLOGY

Koordinatoren
OA Dr. Clemens Leitgeb
Assoc.Prof. PD Dr. Gerald Prager
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6019



AUGENHEILKUNDE OPHTHALMOLOGY

Koordinatorin
Prim. Univ.Prof. Dr. Susanne Binder
Anmeldung: +43 (0)1 36036-6451



SCHLAFLABOR SLEEP LABORATORY

Koordinator
Univ.Prof. Dr. Bernd Saletu
Anmeldung: +43 (0)1 36036-1190

medical offices & consultation rooms

AUGEN

EYES

Prim. Univ.Prof. Dr. Susanne BINDER
Dr. Robert BLOWSKI
Priv.Do. Dr. Christiane FALKNER-RADLER
Ass.Prof. Univ.Do. Dr. Gabriele FUCHSJÄGER-MAYRL
Priv.Do. Dr. Katharina KUBISTA
Univ.Prof. Dr. Julius Robert LUKAS
Dr. Beatrix NEUMAIER-AMMERER
Prim. Univ.Prof. Dr. Michael RADDA
Priv.Do. Dr. Sibylla RICHTER-MÜKSCH
Dr. Elena ROSENAUER
Dr. Gabriel RUDNAY
Assoc.Prof. Priv.Do. Dr. Eva STIFTER

CHIRURGIE

SURGERY

Univ.Prof. Dr. Manfred DEUTSCH
Prim. Dr. Klaus DITTRICH
Dr. Alexander EGKHER
Univ.Prof. Dr. Nikolai KORPAN
Prim. Dr. Dieter H. SPONER
Univ.Prof. Dr. Shahrokh TAGHAVI
Dr. Markus THALMANN
Univ.Do. Dr. Werner WEISSENHOFER
OA Dr. Wafa YEGANEHFAR

DERMATOLOGIE

DERMATOLOGY

Dr. Peri BERGMANN-CAUCIG
Univ.Prof. Dr. Eva-Maria KOKOSCHKA
Univ.Prof. Dr. Hubert PEHAMBERGER

GYNÄKOLOGIE & GEBURTSHILFE

GYNAECOLOGY

Univ.Prof. Dr. Dagmar BANCHER-TODESCA
Dr. Bernhard BARTOSCH
Univ.Prof. Dr. Herbert KISS, MBA

HALS-NASEN-OHREN

EAR-NOSE-THROAT

Univ.Prof. Wolf-Dieter BAUMGARTNER, MBA
Prim. Univ.Prof. Dr. Monika CARTELLIERI
Dr. Mualla DUMAN
Univ.Prof. Dr. Klemens FREI
Univ.Prof. Dr. Sasan HAMZAVI
Dr. Thomas KUNST
Prim. Univ.Prof. Dr. Christoph REISSER
Univ.Prof. Dr. Michael ZRUNEK

HANDCHIRURGIE

HANDSURGERY

Dr. Gabriele KRIEGS-AU
OA Dr. Martin LEIXNERING

INNERE MEDIZIN

INTERNAL MEDICINE

Univ.Prof. Dr. Paul AIGINGER
Prim. Dr. Rudolf HANSLIK, MSc
Prim. Univ.Prof. Dr. Rudolf PRAGER
Dr. Mag. Anna Maria RIEDL
OA Dr. Bruno ROBIBARO
Univ.Prof. MR Dr. Raimund SAAM
Univ.Prof. Dr. Markus SÄEMANN
Univ.Prof. Dr. Josef SCHWARZMEIER

KINDERHEILKUNDE

PAEDIATRICS

Univ.Prof. Dr. Kurt WIDHALM

NEUROCHIRURGIE

NEUROLOGICAL SURGERY

OA Dr. Hans Peter AMMERER

NEUROLOGIE

NEUROLOGY

OA Dr. Mohammad BAGHAEI
Ass.Prof. Dr. Nadjeda BRANDSTÄTTER
Univ.Prof. Dr. Peter DAL-BIANCO
Prim. Univ.Prof. Dr. Michael MUSALEK
Priv.Do. Dr. Michael SALETU
ao Univ.Prof. Dr. Fritz ZIMPRICH, PhD

ORTHOPÄDIE

ORTHOPAEDICS

Dr. Matthias BRENNER
Univ.Do. Dr. Martin BUCHELT, MBA
Prim. Univ.Prof. Dr. Florian GOTTSÄUNER-WOLF
Dr. Kathrin SEKYRA
Assoc.Prof. Dr. Gobert SKRBENSKY
Dr. Sonja SPITZ
Dr. Rudolf STOFFELLA
Univ.Prof. Dr. Reinhard WINDHAGER

OSTEOPATHIE

OSTEOPATHY

Nicolas BEGEL, D.O.

PHYSIKALISCHE MEDIZIN

PHYSICAL MEDICINE

Univ.Prof. Dr. Tatjana PATERNOSTRO-SLUGA

PLASTISCHE CHIRURGIE

PLASTIC SURGERY

Dr. Paul POINTINGER
Univ.Prof. Dr. Christine RADTKE, MBA
Ass.Prof. Dr. Chieh-Han John TZOU

PSYCHOTHERAPIE

PSYCHOTHERAPY

Dr. Luise ZIESER-STELZHAMMER

RADIOLOGIE

RADIOLOGY

Dr. Ivan DOBROCKY, PhD, MSc
Ass.Prof. Priv.Do. Dr. Florian WOLF, MBA

UNFALLCHIRURGIE

ACCIDENT SURGERY

Dr. Stephanie ARBES, MBA
OA Dr. Klaus DANN
Dr. Tina-Maria DONNER-WIELKE
Univ.Prof. Dr. Emmerich EGKHER
Dr. Georg ITTNER
Prim. Priv.Do. Dr. Franz KRALINGER
Prim. Univ.Prof. Dr. Mehdi MOUSAVI
Univ.Prof. Dr. Wolfgang SCHARF
Dr. Karin STENGG D. O.
Dr. Markus WILLE

UROLOGIE

UROLOGY

Univ.Prof. Dr. Bob DJAVAN
Ass.Prof. Priv.Do. Dr. Ralf HERWIG
Univ.Prof. Dr. Wolfgang HÖTL
OA Dr. Igor STANCIK

ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE

DENTISTRY

Dr. Bernhard SLAVICEK



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА С ПОМОЩЬЮ ЭНДСКОПИИ

→ CONTINUED FROM PAGE 13

for indications such as blood in the stool, bowel irregularities, chronic diarrhoea, intestinal infections and abdominal pain.

Oesophageal gastro-duodenoscopy (or gastroscopy for short) is primarily used for the diagnostic investigation of persistent upper abdominal pain, recurring heartburn or bloating, reflux as well as consistent swallowing problems or suspected gastric ulcers or gastritis.

PAINLESS EXAMINATION WITH LITTLE RISK

After the complete voiding of the stomach or intestine, the endoscope is inserted and slowly advanced in lateral or supine position through the mouth and oesophagus or the anus and rectum. Both the intestine and the stomach are inflated with air or gas to allow for easier assessment and diagnostics. If necessary, instruments can be inserted through a separate channel of the endoscope to perform therapeutic measures.

Patients can be given a sedative or a short general anaesthesia on request to reduce anxiety and stress during the examination. Modern gastroscopes can also be introduced through the nose, which is easier tolerated by some patients. An endoscopic examination of the stomach usually takes a few minutes, while a colonoscopy can take up to 25 minutes.

In principle, endoscopic procedures are associated with low risk. However, just like minimally invasive procedures, endoscopy may be linked to a low complication rate: Patients are informed about possible complications of an endoscopic procedure, which include organ perforation, bleeding or cardiovascular irregularities. These advanced instruments are certain to make a major contribution to prevention and early detection to boost individual health. ■

Современные эндоскопические обследования проходят абсолютно безболезненно и амбулаторно. Раньше они пользовались плохой репутацией у пациентов, но сейчас современное оборудование позволяет проводить эти процедуры в щадящем режиме. Эндоскопия необходима для изучения органов изнутри, особенно полых органов. Это важно для постановки точного диагноза, планирования операционного вмешательства и лечения, а также последующего наблюдения за пациентом. Во время проведения эндоскопии с помощью специальных рабочих каналов врачи-хирурги могут удалить при необходимости полипы, остановить кровотечение или расширить просвет пищевого тракта. Эндоскопия, как направление медицины, постоянно развивается. Большую популярность сегодня приобретают капсульная и виртуальная эндоскопия. ■





Darmkrebs im Vormarsch

In den zivilisierten Ländern ist das kolorektale Karzinom (Darmkrebs) der dritthäufigste bösartige Tumor. Vor allem in Mittel- und Nordwesteuropa ist eine Steigerung der Inzidenz des Rektumkarzinoms zu verzeichnen.

Die Entwicklung der letzten 20 Jahre zeigt, dass es zur Verdoppelung des linksseitigen Kolonkarzinoms (Dickdarm) und Rektumkarzinoms vor allem bei Männern gekommen ist. Im Gegensatz dazu findet sich bei Frauen eine Häufung beim rechtsseitigen Kolonkarzinom. Auffallend ist eine Zunahme der Krebserkrankungen um das 40. Lebensjahr, die häufig schon bei der Erstdiagnose ein fortgeschrittenes Stadium zeigen. Trotz intensiver Forschung bleiben die Ursachen neben einer genetischen Prädisposition unklar.

FORTSCHRITTE IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Gerade das Rektumkarzinom ist ein Modelltumor für ein multidisziplinäres

Konzept für Karzinombehandlungen. Natürlich trägt der Chirurg ein erhöhtes Maß an Verantwortung für Therapieplanung, Operationszeitpunkt und Ausmaß der Operation. Dabei steht der Patient immer im Mittelpunkt, da neben allen medizinischen Notwendigkeiten intensiv auf Begleiterkrankungen des Betroffenen eingegangen werden muss.

In den letzten 20 Jahren gab es enorme Fortschritte sowohl in der Operationstechnik als auch in der Etablierung von neoadjuvanten Chemotherapieschemata. Also jenen, die vor einem operativen Eingriff durchgeführt werden.

In der präoperativen Diagnostik ist die Bildgebung durch Magnetresonananz (MRT), bei den tiefsitzenden Tumoren auch die endoluminale Sonographie (EUS) unverzichtbar, um die relevanten und pathologischen Strukturen darzustellen. Um eine exakte präoperative Stadieneinteilung durchzuführen, wird eine Compu-

tertomographie von Thorax und Abdomen veranlasst.

BEHANDLUNG DES REKTUMKARZINOMS

Das Rektumkarzinom unterscheidet sich grundlegend vom Kolonkarzinom, da eine Vorbehandlung durch eine Strahlentherapie möglich ist. Man unterscheidet eine Kurzzeitbestrahlung, wobei in einer Woche 5x5 Gy verabreicht werden. Die präoperative Langzeitbestrahlung wird mit einer Chemotherapie kombiniert und mit einer Dosis von 54 Gy behandelt. Diese dauert 5 Wochen und kommt bei tiefsitzenden Karzinomen zur Anwendung, während die Kurzzeitbestrahlung bei kleineren lymphknotenpositiven Stadien zur Anwendung kommt.

In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass der präoperativen Strahlentherapie der postoperativen

→ FORTSETZUNG AUF SEITE 22

🇬🇧 Colorectal cancer ON THE RISE

Colorectal cancer – also known as bowel cancer – is the third most common malignant tumour in westernized countries. Increases in the incidence rate of rectal cancer have been particularly noted in central and north-western Europe.

The developments of the past 20 years have shown that cases of left-sided colon cancer (large intestine) and rectal cancer have doubled, primarily among men. In contrast, women tend to develop right-sided colon cancer more commonly. There has also been a striking increase in cancer cases among 40-year-olds, which frequently are in the advanced stages when they are first diagnosed. Despite intensive research efforts, the causes beyond genetic predisposition remain unclear.

ADVANCES IN DIAGNOSTICS AND THERAPY

Rectal cancer is well suited for a multi-disciplinary approach to tumour treatment. Of course, this assigns a higher level of responsibility for therapy planning, timing the surgery, and establishing the extent of the operation to the surgeon. The focus is always on the patient, since the concomitant illnesses of the affected patients must be intensively addressed in addition to all medical necessities.

Over the last 20 years, enormous progress has been made in surgical technique as well as in adaptations to neoadjuvant chemotherapy regimens,

the treatments performed prior to surgical intervention.

Preoperative diagnostic procedures such as magnetic resonance imaging (MRI), and in the case of deep-seated tumours, endoluminal ultrasound (EUS) are indispensable to display the relevant pathological structures. For precise preoperative staging, a computed tomography (CT) of the chest and abdomen is performed.

RECTAL CANCER TREATMENT

Rectal cancer is substantially different from colon cancer because it allows for pre-treatment with radiation therapy. A distinction is made between short-term radiation, which involves the administration of 5x5 Gy per week, and preoperative long-term radiation that is combined with chemotherapy and involves radiation doses of 54 Gy. It takes five weeks and is used for deep-seated cancers, while short-term radiation is the treatment of choice for smaller, lymph-node positive stages. It should be noted in this regard that preoperative radiotherapy should be given preference over postoperative treatment. The biological efficacy of short-term radiation therapy resembles the cumulative dose effect of long-term radio-chemotherapy. That explains why it makes sense to delay surgery while an effort is made to shrink the tumour. Surgery should be performed after an interval of at least 7 weeks to

allow for shrinkage (downsizing) of the tumorous process in this time.

QUALITY OF LIFE

In addition to radical tumour removal and preserving the function of sexual organs and the bladder, the aim of the surgery is to maintain the function of the sphincter muscle. The revolutionary development and introduction of total mesorectal excision (TME) by RJ Heald improved the preservation of the continence organ and significantly reduced the local recurrence rate, which has had an enormous impact on patients' quality of life.

In principle, all rectal resections, whether open or minimally invasive, are subject to the same oncological rules. However, if the continence organ is affected after completing neoadjuvant therapy, there is still no alternative to abdominal-perineal rectal extirpation and the patient receives a permanent colostomy (artificial intestinal outlet). If intestinal continuity is created a few centimetres above the anus – nowadays frequently accomplished with a stapler – a temporary colostomy may be created, which can again be closed after 6 to 8 weeks. Although this measure does not prevent anastomotic disruption, it is able to prevent the life-threatening consequences of a suture leak.

→ CONTINUE PAGE 23

→ FORTSETZUNG VON SEITE 20

der Vorzug gegeben werden muss. Die biologische Wirksamkeit der Kurzzeitstrahlentherapie ähnelt in der kumulativen Dosis der Langzeitradiochemotherapie. Daraus ergibt sich die Sinnhaftigkeit der verzögerten Operation, wobei eine Tumerverkleinerung angestrebt wird. Die Operation soll nach einem Intervall von mindestens 7 Wochen durchgeführt werden, da es in dieser Zeit zu einer Schrumpfung des tumorösen Prozesses kommen soll (Downsizing).

ERHALTUNG DER LEBENSQUALITÄT

Das Ziel der Operation ist, neben der Schonung der Sexual- und Blasenfunktion und der radikalen Tumorentfernung, die Funktion des Schließmuskels (Sphinkterapparat) zu erhalten. Durch die revolutionäre Entwicklung und die Einführung der totalen mesorektalen Exzision (TME) von R.J. Heald konnte die Erhaltung des Kontinenzorgans erhöht und die Lokalrezidivrate deutlich gesenkt werden, was die Lebensqualität des Patienten positiv beeinflusst.



AUTOR
 Univ.-Prof. Dr.
 Béla Teleky
 Facharzt für
 Allgemein- und
 Gefäßchirurgie



Grundsätzlich müssen bei jeder Rektumresektion, ob offen oder minimalinvasiv, die gleichen onkologischen Regeln gelten. Ist allerdings das Kontinenzorgan nach Abschluss der neoadjuvanten Therapie befallen, muss auch noch heute die abdominoperineale Rektumexstirpation durchgeführt werden und der Patient erhält ein endständiges permanentes Kolostoma (künstlicher Darmausgang). Wird die Darmkontinuität wenige Zentimeter über dem Anus – heute oft mit einem Klammernahtgerät – hergestellt, wird vorübergehend ein künstlicher Darmausgang angelegt, der nach 6-8 Wochen wieder verschlossen werden kann. Durch diese Maßnahme wird zwar eine Anastomoseninsuffizienz nicht verhindert, allerdings können die lebensbedrohlichen Folgen eines Nahtbruchs (Leak) verhindert werden.

ONKOLOGISCHE METHODEN

Neben der Entwicklung der neoadjuvanten Therapie und Operationstechniken kam es auch zu einer revolutionären Veränderung in der zusätzlichen adjuvanten Chemotherapie. Adaptiert an die prognostischen und prädiktiven Faktoren, haben zu den herkömmlichen onkologischen Standardtherapien Antikörper zur individualisierten Therapie des Rektumkarzinoms beigetragen. Bei Sphinktererhaltung wird postoperativ neben der physikalischen Therapie ein Schließmuskel- und Beckenbodentraining empfohlen. Nicht nur die Vorbehandlung und die



Operation, sondern auch die Nachbehandlung und die Nachsorge spielen in der personalisierten Therapie des Rektumkarzinoms eine entscheidende Rolle.

UMFASSENDE NACHSORGE

Zur Routinenachsorge gehören CT-Thorax/Abdomen, die Bestimmung von Tumormarkern sowie die Durchführung einer Koloskopie. Ergibt sich der Verdacht einer Organmanifestation im Sinne einer Fernmetastasierung (Leber/Lunge), ist die Durchführung einer Positronen Emissions Tomographie (PET) sowie eine MRT der Leber unerlässlich. Als mögliche Therapiemodalität kann bei kleinen Tumoren oder als Restzustand nach einer Langzeitchemoradiotherapie in bestimmten Fällen die lokale transanale Tumorexzision empfohlen werden, wobei ein exaktes präoperatives Staging und das Fehlen von verdächtigen Lymphknotenmetastasen Bedingung sind. Auf der anderen Seite ist im palliativen Setting durchaus bei einem stenosierenden Rektumkarzinom an einen endoluminalen Stent zu denken, um einem Darmverschluss vorzubeugen.

In der Zukunft wird die Zusammenarbeit eines multidisziplinären Teams, bestehend aus Chirurgen, Röntgenologen, Strahlentherapeuten, Gastroenterologen, Onkologen und Psychologen, notwendig sein, um die optimale Therapie des Rektum- und Kolonkarzinoms im Sinne einer individualisierten Therapie zur Zufriedenheit des Patienten einzuleiten und durchzuführen. Aus diesem Grund wurde am Rudolfinerhaus ein Tumorboard eingerichtet. ■

→ CONTINUED FROM PAGE 21
ONCOLOGICAL METHODS

In addition to the development of neoadjuvant therapy and surgical techniques, there have also been revolutionary changes in adjuvant chemotherapy. Antibodies, which are adapted to the prognostic and predictive factors, have contributed to the individualized therapy of rectal cancer to complement conventional oncological standard therapies. Sphincter muscle and pelvic floor exercises are recommended in addition to physical therapy after surgery if the sphincter muscle was preserved. Follow-up treatment and aftercare play a significant role in personalized therapy for rectal cancer to complement pre-treatment and surgery.

FOLLOW-UP

Routine follow-up procedures include chest/abdominal CTs, determination of tumour markers, and colonoscopy. If there is any suspicion of

organ manifestation in the sense of remote metastasis (liver/lungs), the performance of a positron emission tomography (PET) as well as an MRI of the liver is essential. As a possible therapeutic modality, local trans-anal tumour excision may be recommended in some cases for small tumours or to address a residual condition after long-term chemo-radiation therapy. This procedure requires precise preoperative staging and the absence of suspicious lymph node metastases. On the other hand, an endoluminal stent may be considered for a stenotic rectal cancer in palliative situations to prevent ileus.

In the future, it will take the collaboration of a multidisciplinary team consisting of surgeons, radiologists, radiation therapists, gastroenterologists, oncologists and psychologists to initiate and perform optimal therapy of rectal cancer in the sense of personalized therapy to the patient's full satisfaction. ■

**КОЛИЧЕСТВО
ЗАБОЛЕВАНИЙ
РАКОМ КИШЕЧНИКА
ПОСТОЯННО РАСТЕТ**



Исследования последних 20 лет показали, что количество заболеваний раком кишечника увеличилось вдвое. При этом при первичном обследовании у пациентов даже в 40-летнем возрасте диагностируется рак на последней стадии. При лечении рака кишечника мультидисциплинарный подход является важным, поскольку в концепцию лечения необходимо порой включать уже существующие заболевания пациента. Последние достижения оперативных методов лечения и неoadъювантной терапии позволяют достигать очень хороших результатов. В диагностике рака кишечника, а именно глубоко лежащих опухолей, большую роль играют МРТ и эндолуминальная сонография. Дополнительно проводятся КТ грудной клетки и живота. Наряду с радикальным удалением опухоли на сегодняшний момент целью любой концепции лечения становится сохранение сексуальных, мочеиспускательных функций организма, а также сохранение сфинктера. Качественное послеоперационное лечение и уход закрепляют положительные результаты лечения. ■



Diagnose Brustkrebs

Brustkrebs ist ein sensibles Thema: Immerhin erkrankt jede achte Frau in Österreich im Laufe ihres Lebens an dieser Krebsform. Viele Frauen haben nicht nur Angst vor der Diagnose Krebs, sondern auch davor, die Brust zu verlieren oder nach einer Operation entstellt zu sein. Wird der Brustkrebs jedoch von Experten behandelt, ist in 75% der Fälle eine brusterhaltende Operation möglich.

BIOPTISCHE ABKLÄRUNG DES GEWEBES

Bei unklarem Befund erfolgt zunächst eine bioptische Abklärung. Hierbei wird meist unter Ultraschallkontrolle mittels Feinnadelbiopsie Gewebe zur weiteren Untersuchung entnommen. Ist die genaue Histologie bekannt, kann über die weitere Therapie entschieden werden.

Entscheidend für die Behandlung sind die Eigenschaften der Krebszellen. Jedes Mammakarzinom kann sich anders verhalten und bedarf einer individuell abgestimmten Therapie – „das“ Mammakarzinom gibt es nicht.

Nicht die Gesamtgröße und Ausdehnung des Tumors ist für die Wahl der Behandlung entscheidend, sondern dessen Eigenschaften. Bei manchen biologischen Formen mit hohem Risiko und bei lokal fortgeschrittenem Brustkrebs empfiehlt sich eine neoadjuvante Therapie,

also eine medikamentöse Behandlung vor der Operation. In ca. 80% der Fälle wird der Tumor kleiner, in 60% verschwindet er völlig.

BRUSTERHALTENDE OPERATION

Eine brusterhaltende Operation ist immer dann möglich, wenn der Tumor mit ausreichendem Sicherheitsabstand im Gesunden (onkologische Sicherheit) entfernt werden kann und ein gutes kosmetisches Ergebnis erzielbar ist.

Bei größerer Tumorausdehnung wird mit onkoplastischen Operationen mehr Gewebe entfernt und trotzdem ein gutes kosmetisches Ergebnis erzielt. Hierbei werden Methoden der plastischen Chirurgie eingesetzt, um die Brust zu modellieren. Meist sind das Lappenplastiken, Reduktionsplastiken (Verkleinerung der Brust) oder eine Doughnutresektion (Umschneidung der Brustwarze) mit gleichzeitiger Bruststraffung.

Aus kosmetischen Gründen kann die zweite Brust zu einem späteren Zeitpunkt angeglichen werden. Diese Eingriffe bedürfen höchster chirurgischer Präzision und sollten daher nur von Spezialisten durchgeführt werden.

Bei jeder brusterhaltenden Operation ist eine zusätzliche Bestrahlung erforderlich, um das Risiko eines

Lokalrezidivs, also eines neuerlichen Auftretens, zu senken. Damit sollte innerhalb von 6-8 Wochen nach der Operation begonnen werden. Ist eine Chemotherapie erforderlich, wird diese vor der Strahlentherapie durchgeführt.

MASTEKTOMIE UND REKONSTRUKTION


In 25% der Fälle ist leider ein brusterhaltender Eingriff nicht möglich, es muss daher die ganze Brust entfernt werden. Notwendig wird das bei schlechtem Tumor-Brustverhältnis, also bei einer sehr kleinen Brust, bei fortgeschrittenen Erkrankungen oder bei einem multizentrischen Mammakarzinom, bei dem sich mehrere Tumorknoten in verschiedenen Quadranten der Brust befinden. Die vollständige Entfernung der Brust wird auch beim inflammatorischen Mammakarzinom, einer entzündlichen Form von Brustkrebs, nötig.

Bei der klassischen Mastektomie werden die Brustdrüse samt darüber liegender Haut und die Brustwarze entfernt. Wenn die Haut erhalten werden kann (Skinsparingmastektomie, Nippelsparingmastektomie), besteht die Möglichkeit, während der Operation Eigengewebe oder ein Implantat unter die Haut einzubringen und so eine Sofortrekonstruktion durchzuführen.

→ FORTSETZUNG AUF SEITE 26

Diagnosis

BREAST CANCER

 **B**reast cancer is a sensitive topic: After all, one in eight Austrian women develops this kind of cancer during her lifetime. Many women are not only afraid of being diagnosed with cancer, but also of losing a breast or of being disfigured after surgery. However, with expert cancer treatment, breast-conserving surgery is possible in 75% of cases.

TISSUE BIOPSY

When findings are unclear, the first step is a biopsy, which typically involves retrieving tissue for further examination with a fine needle under ultrasound control. Once the exact histology is known, further decisions can be made about therapy.

The properties of the cancer cells are the deciding factor for selecting the treatment. Every breast cancer develops differently and requires individually coordinated therapy – there's no such thing as "the" breast cancer.

The choice of treatment not only depends on the

overall size and expansion of the tumour, but also on its characteristics. In some biological forms with high risk and for locally advanced breast cancer, neoadjuvant therapy, i.e. pharmacological treatment prior to surgery, is recommended. It makes 80% of tumours shrink, while 60% disappear completely.

BREAST-CONSERVING SURGERY

Breast-conserving surgery is possible in all cases where the tumour can be removed with a sufficient (tumour-free) safety margin in the healthy tissue and where a positive cosmetic result can be achieved.

If the tumour is more expansive, we can remove more tissue with oncoplastic surgeries and still achieve an acceptable cosmetic result. The associated plastic surgery methods to shape the breast typically involve flap surgery, plastic reduction surgery (breast reduction) or a doughnut resection (section around the nipple) together with breast lifting.

The second breast can be matched in shape for cosmetic reasons at a later point. These interventions require the highest level of surgical precision and should only be performed by qualified specialists.

Any breast-conserving surgery requires parallel radiation treatment to lower the risk of local relapse, meaning an-

other tumour formation. This treatment should be started within 6 to 8 weeks after the surgery. If chemotherapy is required, it will be performed before the radiation therapy.

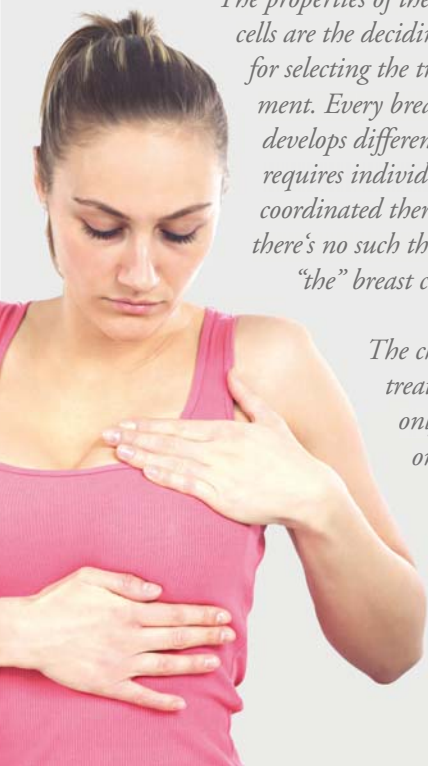
MASTECTOMY AND RECONSTRUCTION

Breast-conserving surgery is unfortunately not an option in 25% of cases. Removal of the entire breast may be necessary if the tumour-breast proportion is unfavourable, for example in case of a very small breast, in advanced disease stages or for multicentric breast cancer involving several tumour nodes in different quadrants of the breast. The complete removal of the breast may also be unavoidable in case of inflammatory breast cancer.

A conventional mastectomy involves removing the mammary gland together with the skin and nipple above it. If the skin can be retained (skin-sparing mastectomy, nipple-sparing mastectomy), there is the option during the surgery to introduce autologous tissue or an implant under the skin to perform an immediate reconstruction.

If the skin has to be removed as well, the breast can be reconstructed with autologous tissue (skin flap) during the same anaesthesia. As an alternative, an expander can be inserted to stretch the remaining skin. After a few weeks, the expander is then surgically replaced with an implant.

→ CONTINUE PAGE 27



→ FORTSETZUNG VON SEITE 24

Falls die Haut mit entfernt werden muss, kann in gleicher Narkose die Brust mit Eigengewebe (Lappen mit Haut) rekonstruiert werden. Alternativ kann ein Expander eingesetzt werden, der die verbleibende Haut dehnt. Nach einigen Wochen wird der Expander operativ durch ein Implantat ersetzt.

Alle Operationen mit Eigengewebe sind aufwendigere Rekonstruktionen und werden normalerweise gemeinsam mit einem plastischen Chirurgen durchgeführt. Bei hohem Rückfallrisiko ist auch bei der kompletten Entfernung der Brust eine zusätzliche Bestrahlung anzuraten.

DER WÄCHTERLYMPHKNOTEN

Früher wurden beim Mammakarzinom standardmäßig sehr viele Lymphknoten entnommen. Die Folgen waren oft unangenehme Nebenwirkungen wie etwa ein Lymphödem. Seit den 1990er-Jahren wird die Methode des Sentinel- oder auch Wächterlymphknoten angewandt. Sie kann den Patienten die unnötige Entfernung von vielen Achsellymphknoten ersparen.

Der „Wächter“ ist jener Lymphknoten, der dem Tumor unmittelbar am nächsten liegt und wohin Tumorzellen als erstes wandern. Um diesen Wächterlymphknoten während der Operation identifizieren zu können, wird er einige Stunden vorher mit einer schwach radioaktiv wirkenden Substanz markiert. Dieser Lymphknoten wird noch während der Operation histologisch untersucht. Sollten sich darin Tumorzellen finden, so werden in gleicher Narkose mehrere Achsellymphknoten ent-

Autorin
 OA Dr. Beate **STOCKER**
 FA für Chirurgie



fernt. Ist er tumorfrei, können die restlichen Lymphknoten verbleiben. Zeigt sich hingegen bei bildgebenden Verfahren (Ultraschall, CT, Röntgen, MRT) oder der klinischen Untersuchung, dass die Lymphknoten befallen sind, wird sofort eine axilläre Lymphknotenresektion durchgeführt.

Je nach histologischem Befund empfiehlt sich nach der Operation auch noch eine zielgerichtete Therapie, also eine Chemotherapie mit oder ohne Antikörper, Hormontherapie oder beides. Diese systemische Therapie (den ganzen Körper betreffend) kann das Rückfallrisiko deutlich senken und eine Ausbreitung der Erkrankung verhindern.

BEHANDLUNG DURCH EXPERTEN

Grundsätzlich besteht eindeutig ein linearer Zusammenhang zwischen Operationszahlen, Brusterhaltungsrate und Häufigkeit von Lokalrezidiven. Patienten, die in zertifizierten Zentren operiert werden, weisen einen signifikanten Fünfjahres-Überlebensvorteil in der Höhe von 19% auf – und das unabhängig von Stadium, Komorbidität und Lymphknotenstatus. Daraus folgt: Die Brustoperation gehört in die Hand von Experten.

Am Rudolfinerhaus treffen Sie diese Experten mit jahrelanger Erfahrung bei der Behandlung von Brustkrebs. In gemeinsamen Besprechungen – dem Tumorboard – wird ein maßgeschneidertes Therapiekonzept entwickelt und den Patienten empfohlen. Damit ist die bestmögliche Behandlung gesichert. ■

**Brustkrebs-Vorsorge
 SELBSTUNTERSUCHUNG**



1x im Monat,
 nach der Periode
 ...



... Brust und
 Achselhöhle
 untersuchen.



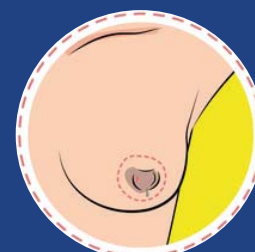
Zum Abtasten
 Fingerkuppen
 verwenden.



Brust untersuchen
 auf Knoten,
 Verhärtungen oder
 Erhöhungen ...



... Veränderung
 der Hautfarbe
 oder -textur ...



... Veränderungen
 der Brustwarzen,
 der Brustgröße
 und Brustform.



МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГРУДИ

→ CONTINUED FROM PAGE 25

All surgeries involving autologous tissue are more involved reconstructions and are typically performed jointly with a plastic surgeon. If there is a high risk of relapse, additional radiation may be recommended after a mastectomy.

SENTINEL LYMPH NODES

It used to be standard practice to remove a large number of lymph nodes as part of breast cancer treatment. However, this frequently led to unpleasant side effects such as lymphedema. The sentinel node method has been in use since the late 1990s and eliminates the unnecessary removal of many axillary lymph nodes in patients.

The “sentinel” lymph node is located most closely to the tumour and tends to be the first destination of tumour cells. To identify this sentinel node during surgery, it is marked by injecting a weakly radioactive substance a few hours in advance and then undergoes histological examination during the ongoing surgery. If it contains tumour cells, multiple axillary lymph nodes will be removed in the same anaesthesia session. If it is tumour free, the remaining lymph nodes can remain. However, if


medical imaging (ultrasound, CT, X-ray, MRI) or clinical diagnostics show that the lymph nodes are involved, an axillary lymph node resection will be performed immediately.

Depending on the histological findings, targeted therapy will be recommended after the surgery, i.e. chemotherapy with or without antibodies, hormone therapy or both. This systemic therapy (affecting the whole body) can significantly reduce the relapse risk and prevent the spread of the disease.

TREATMENT BY EXPERTS

In principle, there is a clear linear correlation between surgery numbers, breast-conservation rate, and the frequency of local relapses. Patients who are operated in certified centres have a significant five-year survival advantage of 19% – regardless of cancer stage, comorbidity, and lymph node status. This means that breast surgery should exclusively be handled by experts.

The specialists working at Rudolfinerhaus have many years of experience with the treatment of breast cancer. A bespoke therapy concept is developed and recommended for every patient in shared interdisciplinary meetings – the so-called tumour boards – to ensure optimal treatment. ■

Рак груди – это крайне  деликатная тема. Каждая восьмая женщина в Австрии страдает этим недугом. Женщины боятся не только диагноза, но и потери груди. В 75% случаев специалистам удается спасти грудь с помощью органосохраняющей операции.

Вначале проводится биоптическое исследование раковой ткани. Не размер опухоли, а характеристика раковых клеток влияет на выбор метода лечения. Так, неоадьювантная терапия позволяет существенно снизить размер опухоли. В 60% случаев она и вовсе исчезает.

Сегодня для лечения рака и сохранения качества жизни пациентки используются онкопластические операции, которые требуют от хирурга максимальной точности. Поэтому рекомендуется проходить лечение только у специалистов в сертифицированных центрах. ■

Neue Spezialambulanz für *Gedächtnis- störungen*



Ende letzten Jahres eröffnete am Rudolfinerhaus die neue Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen. Früherkennung, Abklärung, Diagnose und Therapie stehen im Mittelpunkt. Neben den klassischen medikamentösen Therapieangeboten findet hier ein eigens entwickeltes multimodales Therapiekonzept besondere Beachtung, das primär auf physikalischen und kognitiven Stimulationen beruht. Unter der Koordination von Univ.Prof. Dr. Peter Dal-Bianco wird in interdisziplinärer Zusammenarbeit von Neurologen, Psychologen, Physiotherapeuten und Diätologen für jeden Patienten ein maßgeschneiderter Therapieplan erstellt.

ÜBER 100 URSACHEN FÜR DEMENZ

„Bei allen kognitiven Störungen und Demenzerkrankungen spielt eine Vielzahl von Umgebungs- und Risikofaktoren zusammen. Deshalb muss man an vielen Punkten wie zum Beispiel Übergewicht oder Bluthochdruck gleichzeitig ansetzen und eine multimodale Interventionsstrategie entwickeln.“ Univ.Prof. Dr. Peter Dal-Bianco ist einer der profiliertesten heimischen Alzheimer-Experten mit langjähriger praktischer Erfahrung und

wissenschaftlicher Expertise. Seit 1997 ÖAG-Vorstandsmitglied und amtierender Präsident der „Österreichischen Alzheimer Gesellschaft“ (ÖAG), gründete er bereits 1987 Österreichs 1. Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen und Demenzerkrankungen am Wiener AKH.

MULTIMODALES KONZEPT

„Worauf unser Konzept unter anderem basiert, sind die Ergebnisse der groß angelegten finnischen FINGER-Studie. Sie fasst nicht nur eine Reihe einschlägiger Studien vergleichend zusammen, sondern untersuchte auch Männer und Frauen zwischen 60 und 77 Jahren mit erhöhtem Demenzrisiko. Die einfach klingende, aber wesentliche Erkenntnis daraus: Ein aktiver und gesunder Lebensstil zahlt sich aus. Körperliche, kognitive und soziale Aktivitäten können vaskulären Risiken und anderen Erkrankungen vorbeugen. Deshalb fokussieren auch wir mit unserem multimodalen Konzept auf ein individuell auf den Patienten abgestimmtes Programm, das in der Regel über ein halbes Jahr geht und Anleitungen zur Ernährung, zur körperlichen Fitness und kognitiven Stimulation kombiniert.“

EINE ALTERNDE GESELLSCHAFT

Eines ist natürlich klar – Demenzerkrankungen treten aufgrund der steigenden Lebenserwartung immer häufiger auf, denn das Risiko, an Demenz zu erkranken, wächst mit zunehmendem Alter deutlich. In Österreich leiden heute etwa 120.000 Personen an einer demenziellen Erkrankung. Im Jahr 2050 wird mit 280.000 Demenzkranken gerechnet. Weltweit werden die Zahlen von heute 40 Mio. auf 114 Mio. im Jahr 2050 steigen.

Bei Demenz handelt es sich übrigens nicht um eine spezifische Krankheit, sondern einen Oberbegriff für Krankheiten, denen ein fortschreitender Verlust geistiger Funktionen gemein ist. Neben dem Erinnerungsvermögen, der Lernfähigkeit, Informationsverarbeitung und Sprache sind auch die Orientierung und das Urteilsvermögen beeinträchtigt. Die in Österreich weitaus häufigste Demenzerkrankung ist die Alzheimer-Demenz. Bei dieser verändert sich das Gehirngewebe, Nervenzellen und Synapsen (Verbindungen zwischen den Nervenzellen) gehen verloren. Es herrscht zudem ein Mangel am Botenstoff Acetylcholin, der für die Übermittlung von Signalen verantwortlich ist. Somit ist auch

→ FORTSETZUNG AUF SEITE 30

EARLY DETECTION OF DEMENTIA DISORDERS

NEW SPECIAL OUTPATIENT CLINIC FOR MEMORY-IMPAIRED PATIENTS



Rudolfinerhaus opened a new special outpatient unit for memory-impaired patients late last year. Its focus is on early detection, investigation, diagnosis and therapy.

In addition to conventional drug treatment, the centre uses a specifically developed multimodal therapy concept that is primarily based on physical and cognitive stimulation. Under the management of Univ. Prof. Dr. Peter Dal-Bianco, the centre generates a bespoke therapy plan for every patient in interdisciplinary collaboration with neurologists, psychologists, physiotherapists and dieticians.

OVER 100 CAUSES OF DEMENTIA

“A variety of environmental and risk factors play a role in all cognitive disorders and dementia. That’s why it’s important to address many issues such as excess weight or high blood pressure at the same time and to come up with a multimodal intervention strategy.”

Univ. Prof. Dr. Peter Dal-Bianco is one of the leading Austrian experts for

Alzheimer’s disease with many years of practical experience and scientific expertise. He has been a board member of the Austrian Alzheimer’s Society (ÖAG) since 1997 and serves as the society’s current president. In 1987, he founded Austria’s first specialty outpatient centre for memory disorders and dementia diseases at Vienna General Hospital.

MULTIMODAL CONCEPT

“Among other findings, our concept is based on the results of the large-scale Finnish FINGER study. It not only compared a number of relevant studies, but also examined men and women between 60 and 77 years of age with increased risk of dementia. The outcome was simple, yet essential: An active, healthy lifestyle pays off—physical, cognitive and social activities can prevent vascular risks and other diseases. That’s why our multimodal concept focuses on creating an individually designed program for every patient, which usually covers half a year and combines instructions on nutrition, physical fitness, and cognitive stimulation.”

AN AGING SOCIETY

One thing is certain – dementia disorders are on the rise because of increasing life expectancy. The risk of developing dementia significantly increases with advancing age. In Austria, approximately 120,000 people suffer from a dementia disorder today. That number is expected to rise to 280,000 dementia patients in the year 2050. Around the world, the numbers are expected to increase from currently 40 million to 114 million cases by the year 2050.

Dementia is not a specific disease, but a generic term for diseases associated with a progressive loss of mental capacity. In addition to memory, learning ability, information processing, and language, impairment is also evident in orientation and judgment. In Austria, the most frequent kind of dementia is Alzheimer’s disease, which involves changes to the brain tissue and nerve cells and causes the loss of synapses (connections between nerve cells). Another symptom is a deficiency of acetylcholine, a neurotransmitter that is responsible

→ CONTINUE PAGE 31



→ FORTSETZUNG VON SEITE 28

der Signalaustausch zwischen den verbliebenen Nervenzellen gestört. Als Folge sinkt die geistige Leistungsfähigkeit, es kommt zu fortschreitendem Gedächtnisverlust sowie den anderen Symptomen einer Demenzerkrankung.

Während bei der Alzheimer-Krankheit die Ursachen des Absterbens bzw. Ausfalls der Nervenzellen bis heute nicht geklärt sind, sind die Auslöser der Vaskulären Demenzerkrankungen bekannt: Ablagerungen in Blutgefäßen (Arteriosklerose) verhindern die ausreichende Versorgung von Teilen des Gehirns mit Zucker und Sauerstoff, wodurch dieses geschädigt wird. Häufig tritt diese Demenzform auch plötzlich nach einem Schlaganfall auf. Ein weiterer Unterschied zu Alzheimer liegt darin, dass die Verschlechterung nicht kontinuierlich stattfindet, sondern sprunghaft. Dabei können auch längere stabile Phasen auftreten. Die Intensität der Symptome schwankt zudem von Tag zu Tag.

FRAUEN VERSUS MÄNNER

Beachtet man den Genderaspekt, zeigen Studien übrigens mehr sprachliche, amnestische, semantische und Orientierungsdefizite bei Frauen als bei Männern. Vor allem in



GUT ZU WISSEN

ZU ERNSTZUNEHMENDEN DEMENZANZEICHEN ZÄHLEN:

- ⇒ Erinnerungsvermögen lässt nach (Namen werden vergessen, in Gesprächen Fragen wiederholt, Termine verwechselt)
- ⇒ Gegenstände werden an unpassenden Orten abgelegt
- ⇒ Verringerte Konzentrationsfähigkeit
- ⇒ Das Durchführen diverser Tätigkeiten ist nicht mehr fehlerfrei eigenständig möglich
- ⇒ Orientierungsstörungen treten auf (Wo bin ich? Wie bin ich hergekommen? Welcher Tag ist heute?)
- ⇒ Verringerte Kontaktfreudigkeit
- ⇒ Abrupte Stimmungsschwankungen, Persönlichkeitsveränderungen

KONTAKT:

Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen
Telefonische Anmeldung: +43 | 360360-6410

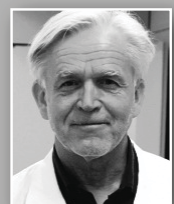
den Bereichen Sprache und verbales Gedächtnis überraschen die Resultate wegen des bekannten Leistungsvorteils von gesunden älteren Frauen in allgemeiner Kognition, Sprache und verbalem Gedächtnis. Im Bereich Verhaltensstörungen haben Frauen mit Alzheimer-Krankheit häufiger Depressionen, während Männer häufiger Aggressionen zeigen.

FRÜHERKENNUNG IST ENTSCHEIDEND

Doch nicht jede Vergesslichkeit ist gleich eine Demenz, und manche Gedächtnisstörungen haben ihren Ursprung in anderen behandelbaren Erkrankungen. Dazu gehören etwa organische, psychische sowie vor allem Gefäßkrankungen.

Im Verdachtsfall machen bildgebende Verfahren Veränderungen der Gehirnstruktur sichtbar. Handelt es sich jedoch um eine Demenz, so kann ein früher Behandlungsbeginn die Krankheit verzögern. Deshalb: keine Scheu vor einer ärztlichen Abklärung. Zum Erstgespräch sollten mögliche Betroffene unbedingt einen nahen Angehörigen mitnehmen. Denn neben der Eigenanamnese ist auch die Fremdanamnese von großer Bedeutung. ■

Im Gespräch:
Univ.Prof. Dr. Peter
DAL-BIANCO
Facharzt für
Neurologie und
Psychiatrie



→ CONTINUED FROM PAGE 29

for the transmission of signals. That condition also impairs the signal exchange between the remaining nerve cells. As a consequence, patients show reduced intellectual performance and suffer progressive memory loss as well as other symptoms of dementia.

While the causes of dying or failing nerve cells in Alzheimer's disease are not yet understood, the triggers of vascular dementia disorders are better known. Deposits in blood vessels (arteriosclerosis) prevent sufficient sugar and oxygen supply in parts of the brain, which leads to brain damage. This form of dementia frequently also occurs suddenly after a stroke.

Another difference to Alzheimer's disease is that the deterioration is rapid

instead of progressive. Patients can also experience longer stable phases, and the intensity of symptoms varies from day to day.

WOMEN VERSUS MEN

With consideration for gender aspects, studies show more linguistic, memory-related, semantic and orientation deficits in women than in men. These results are surprising in the areas of language and verbal memory because healthy older women are known to have a performance advantage in general cognition, language and verbal memory. In the area of behavioural disorders, women with Alzheimer's disease more commonly tend to experience depression, while men show aggression with greater frequency.

EARLY DETECTION IS ESSENTIAL

Not every incident of forgetfulness is dementia, and some memory impairments have their origin in other treatable diseases. This includes, for example, organic, mental, as well as particularly vascular diseases. In suspected cases, changes in the brain structure can be visualised with medical imaging. If dementia is present, an early start of treatment can delay the onset of the disease. Patients should therefore not shy away from medical investigation. Those who may be affected should bring a close family member to the first appointment since a third-party perspective can add significant details to a self-reported medical history. ■



НОВАЯ АМБУЛАТОРИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Наряду с классическими медикаментозными методами лечения пациентов, нашими специалистами разработана новая мультимодальная концепция. Она основана на стимулировании физических и когнитивных способностей пациента. Совместная работа неврологов, психологов, психотерапевтов и диетологов способствует получению желаемого результата. Для каждого пациента разрабатывается

индивидуальный план лечения. Амбулаторию возглавляет профессор, д-р Петер Даль-Бьянко, ведущий специалист и эксперт с многолетним опытом работы в данной области. Следует отметить, что не каждая забывчивость – это деменция. Часто нарушение памяти становится следствием других заболеваний. Но если всё-таки речь идет о деменции, то необходимо как можно раньше обратиться к врачу. ■



Privatklinik Rudolfinerhaus

Ambulanz & Tagesklinik

Eine umfassende Palette diagnostischer Untersuchungen, ein Therapieangebot von höchstem Standard, Vorsorgemedizin abgestimmt auf Ihren persönlichen Bedarf, individuelle Betreuung ohne lästige Wartezeiten.

Die Ambulanz & Tagesklinik am Rudolfinerhaus bietet mit ihrem interdisziplinären Angebot in Kooperation mit den Fachambulanzen für Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie,

HNO, Innere Medizin, Neurologie, Onkologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie sowie dem Schmerzzentrum medizinische Versorgung auf internationalem Niveau. Darüber hinaus versuchen wir Ihren kurzen Aufenthalt auch nach kleinen Eingriffen so effektiv und angenehm wie möglich zu gestalten.

Nicht umsonst vertrauen jährlich über 10.000 Patientinnen und Patienten unserer Erfahrung und Expertise.

*Information und Anmeldung:
Mo-Fr 8-16 Uhr
+43 (0)1 360 36-6468
ambulanz@rudolfinerhaus.at*



www.rudolfinerhaus.at



VIENNA'S LEADING PRIVATE HOSPITAL