ONKOLOGIE. 02-2012
NEWSLETTER

KOLON- UND REKTUMKARZINOM
und weitere Themen

KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN
Linz

EIN UNTERNEHMEN DER VINZENZ GRUPPE
Medizin mit Qualität und Seele www.vinzenzgruppe.at

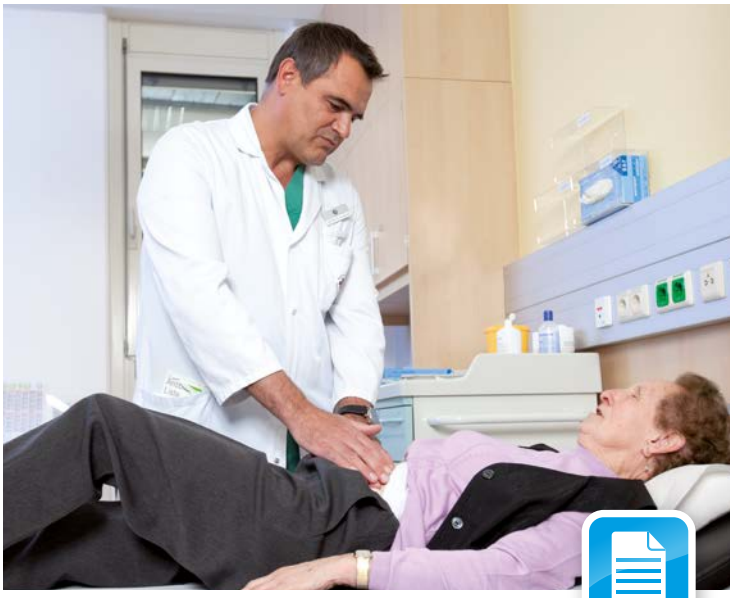
LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

Die Tumore des Dickdarms und des Enddarms sind in Österreich die dritthäufigsten Tumore bei den Männern und die zweithäufigsten bei den Frauen. Erfreulicherweise können wir am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz, welches seit der Spitalsreform II zum Leitspital für Onkologie in Oberösterreich ernannt wurde, **alles umfassend für diese Tumorentität in bester Qualität im eigenen Haus anbieten.** Dies beinhaltet die Vorsorgekoloskopie im Rahmen eines gemeinsam von Internisten und Chirurgen genützten Endoskopiezentrums, die bildgebende sowie pathologische und die beim kolorektalen Karzinom immens wichtige molekulare Diagnostik (KRAS Status), die chirurgische Versorgung inklusive einer eigenen Stomaambulanz, die internistische Onkologie zur Durchführung der Chemo- und Immuntherapien sowie die radio-onkologische Abteilung zur Durchführung von Strahlentherapien beim Rektumkarzinom. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche im Rahmen von regelmäßig abgehaltenen interdisziplinären Tumorkonferenzen an unserem Haus seit Jahren erfolgreich gelebt wird, ist für unsere Patienten von immens großer Bedeutung. Denn es gibt heute z. B. selbst bei einer bestehenden Lebermetastasierung noch potenzielle Heilungschancen. Zudem versuchen wir auch **durch die erfolgreiche Teilnahme an internationalen Phase-III-Studien, unseren Patienten immer auch die Option zu ermöglichen, möglichst rasch neue innovative Medikamente zu bekommen.**

Wir haben versucht, Ihnen auf den folgenden Seiten einen kompakten Überblick über unser Leistungsspektrum zu geben.

Mit kollegialen Grüßen

Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas Petzer
Abteilung Interne I – Internistische Onkologie, Hämatologie und Gastroenterologie



OnkoZert

KOLON- UND REKTUM-KARZINOM: JÄHRLICH 800 NEUERKRANKUNGEN IN OÖ

Dick- und Mastdarmkrebs zählen zu den häufigsten Krebsarten in den entwickelten Ländern. Als Ursache kommt am ehesten der Lebensstil in Frage, was bei Einwanderern in die westliche Welt beobachtet werden konnte. Da diese Krebsarten aus Vorstufen, die einfach bei einer Darmspiegelung entfernt werden können, entstehen, ist die Vorsorge zur Vermeidung der Erkrankung von zentraler Bedeutung. Obwohl diese in den letzten Jahren Erfolg gezeigt hat, sind die Fälle der **Neuerkrankungen aufgrund der steigenden Bevölkerungszahl tendenziell ansteigend.** In OÖ. sind das ca. 800 Menschen pro Jahr. Die Behandlung ist geprägt von der Zusammenarbeit zwischen Chirurgie, internistischer Onkologie und Strahlentherapie. **Neuere Erkenntnisse legen zudem nahe, dass bei gezielter interdisziplinärer Behandlung trotz des Auftretens von Metastasen Chancen auf Heilung bestehen.**

Aufgrund dieser diagnostischen und therapeutischen Komplexität haben wir uns dazu entschlossen, die Behandlung unserer Patienten innerhalb eines Zentrums zu strukturieren. Hier sind auf international gültigem Niveau die strukturellen und personellen Voraussetzungen der beteiligten Abteilungen, der Diagnostik- und Behandlungsablauf sowie die Dokumentation des Behandlungserfolges geregelt. **Nach erfolgreicher Prüfung wurden wir im letzten Jahr als erstes Darmgesundheitszentrum Österreichs mit dem Qualitätssiegel der Deutschen Krebsgesellschaft ausgezeichnet.** Die Zertifizierung durch OnkoZert belegt unseren hohen qualitativen Anspruch an die Patientenversorgung.

OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold
(Abteilung Interne I – Internistische Onkologie, Hämatologie und Gastroenterologie)

TRANSANALE ENDOSONOGRAFIE UND KOLOSKOPIE ERMÖGLICHEN DETAILLIERTEN EINBLICK IN DIE DARMWAND

In der Endoskopieabteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Linz werden bei ambulanten und stationären Patienten täglich bis zu 30 Darmspiegelungen durchgeführt, wobei ein wesentlicher Anteil aus Vorsorgeuntersuchungen besteht. Diese ist bei Dick- und Mastdarmkrebs besonders wirksam, da Adenome einfach und sicher entfernt werden können und dazu geführt hat, dass die Zahl an Erstdiagnosen von Patienten im disseminierten Stadium und die Sterberate bei diesen Erkrankungen rückläufig ist.

Die erste Vorsorgedarmspiegelung sollte beim Mann mit 45 Jahren, bei der Frau mit 50 Jahren stattfinden. **Das Intervall der Untersuchungen ist variabel und wird nach der Untersuchung anhand des erhobenen Befundes festgelegt.** Andere Regeln gelten bei sogenannten Risikopatienten, bei denen ein familiär gehäuftes Vorkommen der genannten Krebserkrankungen oder eine chronisch entzündliche Darmerkrankung besteht. Hier sollte die Vorsorge entsprechend früher beginnen, die Intervalle sind mitunter ebenfalls kürzer. Die Qualität unserer Vorsorgedarmspiegelungen wurde und wird zudem jährlich im Rahmen eines österreichweiten Qualitätsevaluierungsprojektes, bislang immer positiv, beurteilt.

Bei Auffinden von verdächtigen Veränderungen stehen uns sämtliche Techniken für die Behandlung zur Verfügung. Das reicht von der einfachen Polypenentfernung bis hin zur endoskopischen Mukosaresektion (EMR) und Submukosadissektion (ESD). Weitere Interventionen, **wie z. B. das Legen von Stents bei stenosierenden Tumorerkrankungen oder die Behandlung von endoskopisch nicht stillbaren Blutungen, werden in enger Zusammenarbeit mit der Radiologie durchgeführt.**

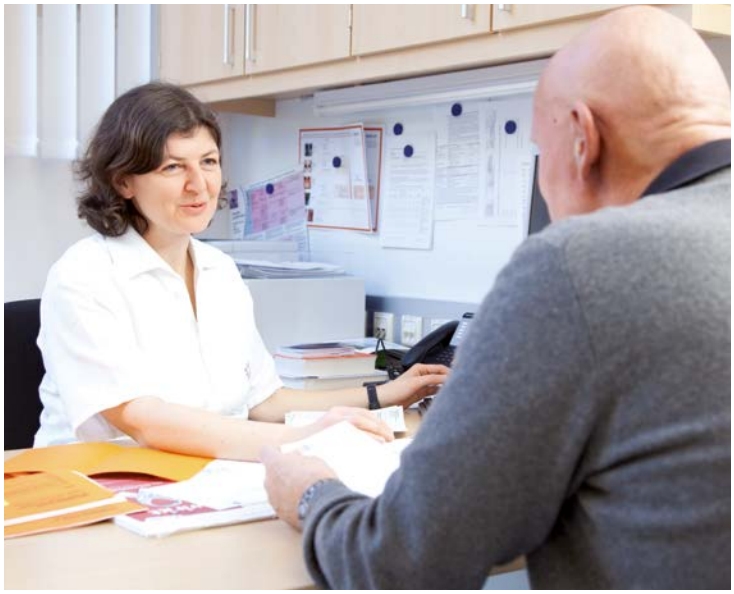
Bei der Beurteilung von Mastdarmkrebs ist, im Gegensatz zum Dickdarmkrebs, **die Beurteilung mittels Ultraschall, der sogenannten transanalen Endosonographie, sehr wichtig.** Sie wird bei jedem Patienten parallel zur Magnetresonanzuntersuchung durchgeführt und erlaubt die Beurteilung der Lage und **vor allem die Frage nach der Beteiligung des Schließmuskels, der Eindringtiefe des Tumors sowie die eventuelle Beteiligung von regionalen Lymphknoten.** Gemeinsam mit den MRI-Befunden kann die lokale Ausbreitung genau beschrieben werden, womit eine patientengerechte Therapie geplant werden kann. Dies ist entscheidend, denn ist die Eindringtiefe gering, kann der Tumor mittels endoskopischer Verfahren, wie oben beschrieben, abgetragen werden. **Überschreitet die Eindringtiefe allerdings eine bestimmte Grenze oder sind Lymphknoten erkennbar befallen, so ist vor der Operation eine Vorbehandlung mittels einer kombinierten Radiochemotherapie vonnöten.** Die endgültige Entscheidung für die Behandlung wird wiederum im interdisziplinären Tumorboard gefällt.

Unser Endoskopiezentrum wird gemeinsam von Chirurgie und Innerer Medizin betrieben, um einen breiten Blick auf die Erkrankungen zu gewährleisten. Die Termingestaltung ist flexibel.

TERMINVEREINBARUNG
zur Endoskopie erbeten **unter 0732/7677-7374**
von Montag bis Freitag von 07.00–13.00 Uhr.

OA Dr. Dieter Nitsche
(Abteilung Interne I – Internistische Onkologie, Hämatologie und Gastroenterologie)

OA Dr. Helwig Wundsam
(Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie)



Interview Video

METASTASEN SCHLIESSEN EINE HEILUNG NICHT AUS

Kaum einer Tumorerkrankung kann so einfach vorgebeugt werden wie Darmkrebs. Rechtzeitig erkannt, ist das Kolonkarzinom zu 90 % heilbar. Dennoch wird die Vorsorgekoloskopie nach wie vor von zu wenigen Patienten in Anspruch genommen, sodass die Erkrankung oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wird.

Welche therapeutischen Möglichkeiten es aktuell gibt und wie das optimale Zusammenspiel von Operation, Chemo- und Strahlentherapie beim Kolon- und Rektumkarzinom aussieht, erläutern Onkologe OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold, Chirurg Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel und Strahlentherapeut OA Dr. Clemens Venhoda im nachfolgenden Interview.

Wie sieht der Weg des Patienten von der Diagnosestellung bis zur Therapieentscheidung aus?

Doz. Rumpold: Die Diagnostik beginnt nachdem ein Patient im Rahmen der Vorsorgedarmspiegelungen oder mit Symptomen wie blutigem Stuhlgang vorgestellt wird. Anschließend erfolgen nach einem vereinbarten Standard die Diagnostik im Endoskopiezentrum mittels der dort beschriebenen Techniken, die histologische Untersuchung und die molekularbiologische Aufarbeitung. Zur Stadienbestimmung erfolgt dann noch die Bildgebung inklusive des MRIs beim Rektumkarzinom. Wenn alle Befunde vorhanden sind, wird der Patient im Tumorboard vorgestellt, seine Untersuchungsergebnisse werden diskutiert und eine Therapieentscheidung wird gefällt. Der Zeitraum von der Diagnosestellung bis zum Therapiebeginn beträgt eine Woche.

Welche Rolle spielt dabei das Darmgesundheitszentrum?

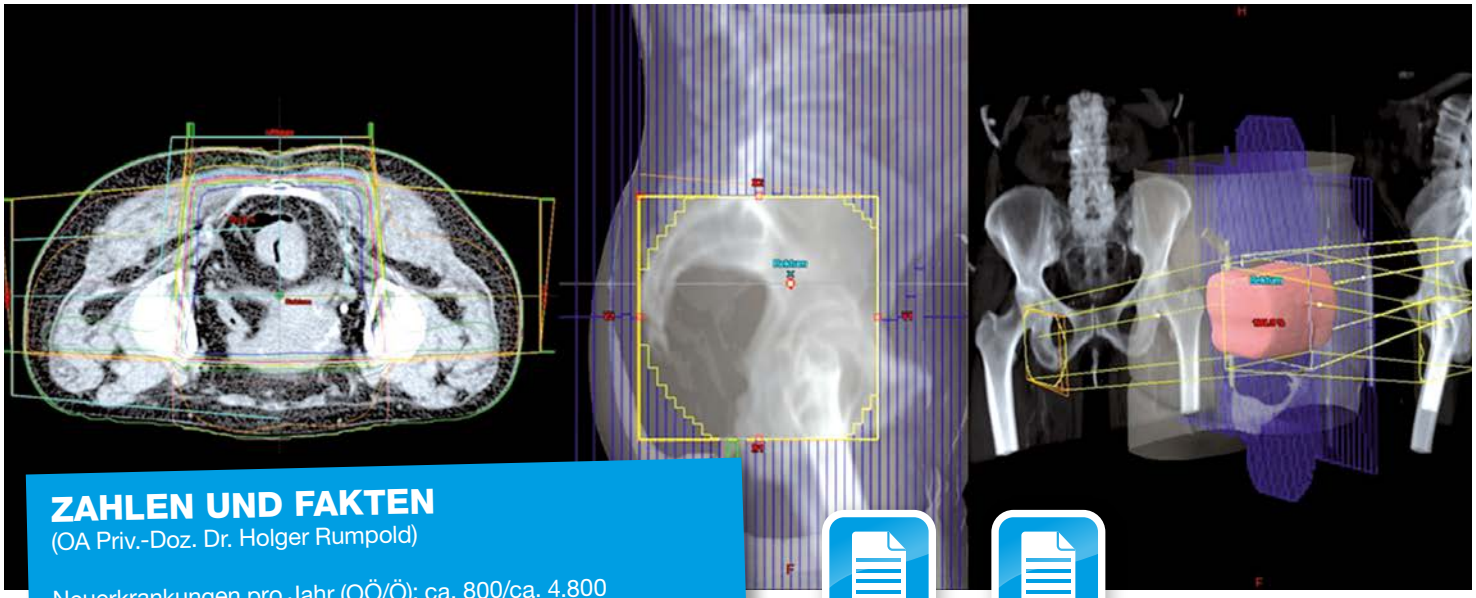
Doz. Rumpold: Das Darmgesundheitszentrum ist eine Plattform, die von allen in der Diagnostik und Therapie beteiligten Disziplinen gebildet wird. Hier werden diagnostische und therapeutische Standards festgelegt, speziell auch für seltene Konstellationen wie Erkrankungen mit genetischem Hintergrund. Dabei richten sich diese nach dem letzten Stand der medizinischen Wissenschaft, werden regelmäßig erneuert und überprüft. Zudem wird der Therapieerfolg dokumentiert, womit wir wissen, wie „gut“ wir wirklich sind und wo Nachbesserungen notwendig sind. Das kann von den Patienten auch nachgefragt werden. Letztlich erfolgt eine Prüfung durch eine Zertifizierungsgesellschaft, in unserem Falle „ONKOZERT“ von der deutschen Krebsgesellschaft, in festgelegten Intervallen. Werden hier die Vorgaben in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Behandlungsergebnisse nicht erfüllt, dürften wir uns nicht mehr als Zentrum bezeichnen. Bislang wurden wir immer positiv beurteilt.

Muss beim Kolon- und Rektumkarzinom in jedem Fall operiert werden?

Prof. Emmanuel: Wenn der Tumor auf das Kolon oder das Rektum begrenzt ist, sollte grundsätzlich eine Operation des Tumors erfolgen. Mit dieser Operation kann eine Heilung erzielt werden. Es gibt jedoch vor allem im Mastdarmbereich die Situation, dass eine gemeinsame Behandlung mit Chemotherapie, Strahlentherapie und Operation die besten Erfolgsaussichten auf Heilung verspricht. Sollte der Darmtumor bereits Metastasen z. B. in die Leber oder in die Lunge gesetzt haben, sind unterschiedliche Therapieansätze zu überlegen, da immer noch eine Chance auf Heilung besteht. Diese Möglichkeiten werden immer gemeinsam mit allen Spezialisten in einem Tumorboard besprochen.

Grundsätzlich kann man sagen, dass bei Metastasen, die ebenso wie der Haupttumor im Darm operierbar sind, eine Operation begleitet von einer Chemotherapie meist die beste Option ist. Sollte die chirurgische Entfernung der Metastasen nicht möglich sein, so kommt in aller Regel eine alleinige Chemotherapie als Therapiemöglichkeit in Frage.

Ob man in diesen Fällen den Haupttumor im Darm entfernen sollte, wird heute kontrovers diskutiert. Es ist derzeit eine internationale Studie initiiert, an der auch das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern teilnimmt. In dieser wird untersucht, ob die Operation des Primärtumors vor der Chemotherapie der Metastasen einen Vorteil gegenüber der alleinigen Chemotherapie bringt.



Radiotherapieplanung beim Rektumkarzinom

ZAHLEN UND FAKTEN

(OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold)

Neuerkrankungen pro Jahr (OÖ/Ö): ca. 800/ca. 4.800
Tendenz: relativ betrachtet rückläufig, Absolutfälle steigend (Bevölkerungswachstum)
Ursachen: Ernährung, Lebensstil, Darmpolypen, familiäre Formen
Prävention: Obst, Gemüse, Vorsorgedarmspiegelung
Durchschnittsalter: 5.–7. Lebensjahrzehnt
Geschlechterverteilung Männer/Frauen: ungefähr gleich häufig

Literaturtipp

Literaturtipp

Ein wesentlicher Punkt bei diesen Erkrankungen ist die Anlage eines künstlichen Ausganges, genannt „Stoma“. Ist dieser Schritt immer notwendig?

Prof. Emmanuel: Die Anlage eines Stoma ist heute nur noch in den seltensten Fällen notwendig. Bei Operationen am Mastdarm kann die Anlage eines vorübergehenden künstlichen Ausganges für eine Phase von zwei Wochen bis zu drei Monaten notwendig sein, um eine problemlose Heilung der neuen Nahtstellen zu gewährleisten. Karzinome des unteren Rektumdrittels mit Infiltration des Schließmuskels können es notwendig machen, dass ein permanentes Stoma angelegt werden muss.

Dies ist heute, aufgrund der zahlreichen Versorgungsmöglichkeiten aber als unproblematisch anzusehen. Patienten, die einen künstlichen Ausgang bekommen, können sich normal und frei im täglichen Leben, auch in Schwimmbädern, bewegen. Damit man mit dem Stoma, sei es ein vorübergehendes oder permanentes, gut zurechtkommt, haben wir hier bei den Barmherzigen Schwestern eine Stomaambulanz eingerichtet, bei denen unsere Patienten von speziellen Fachkräften mit Rat und Tat unterstützt werden.

Welche Bedeutung hat die Strahlentherapie bei diesen Tumoren? Gelangt sie sowohl beim Dick- als auch beim Mastdarmkrebs zur Anwendung?

OA Venhoda: Die Strahlentherapie kommt als lokale Therapiemaßnahme nur beim Rektumkarzinom zum Einsatz, wenn ein bestimmtes Tumorstadium erreicht oder überschritten ist. Das Ziel der Behandlung ist die Reduktion von Lokalrezidiven, die trotz moderner chirurgischer Operationstechniken immer wieder auftreten. Dabei war die adjuvante Radiotherapie mit oder ohne simultane Chemotherapie lange Zeit erfolgreicher Standard. Durch das zeitliche Vorziehen der Bestrahlung vor dem eigentlichen chirurgischen Eingriff ist es gelungen, das Lokalrezidivrisiko nochmals weiter zu senken und gleichzeitig die Nebenwirkungen der Behandlung zu reduzieren.

Wie sieht die Betreuung von Patienten aus, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist?

Doz. Rumpold: Hier ist die Chemotherapie in Kombination mit neuen Substanzen die Therapie der Wahl. Die Fortschritte der letzten Jahrzehnte zeigen dabei, dass das Überleben der Patienten von 6 Monate auf ca. 30 Monate verlängert werden kann und gleichzeitig die Lebensqualität in dieser Zeit verbessert wird. Zudem sind wir sorgfältig bei der Beurteilung des Therapieansprechens, um eine Entfernung von Metastasen vielleicht doch noch zu ermöglichen. Das ist, wie beschrieben, auch in diesem Stadium eine vielversprechende Vorgehensweise. In den meisten Fällen allerdings ist die Lebenszeit in diesem Krankheitsstadium begrenzt. Dieser Lebensphase sind wir uns bewusst und legen deshalb speziellen Wert auf individuelle Bedürfnisse, Wertvorstellungen, Wünsche und psychosoziale Konstellationen unserer Patienten, wobei in diesen Fragen eine gemeinsame Betreuung mit unserer Palliativabteilung stattfindet, sofern dies auch vom Betroffenen gewollt ist.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel (Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie)

OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold (Abteilung Interne I – Internistische Onkologie, Hämatologie und Gastroenterologie)

OA Dr. Clemens Venhoda (Abteilung für Radio-Onkologie)

VERBESSERTE DIAGNOSTIK UND STADIENBESTIMMUNG DURCH MR-UNTERSUCHUNG

Die Magnetresonanztomografie kommt ohne ionisierende Strahlung und mit geringen Kontrastmittelmengen aus. Ein weiterer Vorteil liegt im gleichzeitigen Gewinn struktureller und funktioneller Bildinformation. Strukturelle Information wird mittels Turbo-Spin-Echo- und Gradientenecho-Sequenzen jeweils in verschiedenen Gewichtungen gewonnen, unterstützt durch dynamische Darmfüllungsbilder (Methylzellulose).

Eine retrograde Lumenserweiterung des Kolons mittels Raumluft, CO_2 oder H_2O verbessert die Detektion von fokalen Raumforderungen und/oder Stenosen. Die Differenzierung von Darmwand und -lumen kann durch orale Kontrastmittelgabe („fecal tagging") zusätzlich verbessert werden. Die funktionelle Bildgebung umfasst die Erfassung der Tumorvaskularisierung (i. v. KM) und der Zelldichte (diffusionsgewichtete Sequenzen).

Die therapieentscheidende Differenzierung der Stadien 2 und 3 beim Rektumkarzinom wird durch die Tumor-Abstandsbestimmung zur mesorektalen Faszie mittels hochauflösender Dünnschichtsequenzen verbessert. Die Diagnose der Peritonealkarzinose kann durch Detektion kleinknotiger peritonealer Implantate bzw. mesenterialer Veränderungen verbessert werden.

Zusammenfassend konnte in mehreren Publikationen (z. B. J. Stoker, MRI of the Gastrointestinal Tract; Springer Verlag, 2010) gezeigt werden, **dass die MR die Diagnostik und das Staging des kolorektalen Karzinoms verbessern kann.**

OA Priv.-Doz. Dr. Leo Pallwein-Prettner
(Institut für diagnostische
und interventionelle Radiologie)

Das hohe Entwicklungspotenzial dieser Methode zeigt sich auch in einer **steigenden Zahl an MR-Untersuchungen in unserem Haus:**

Darm-MR: ca. 120/Jahr
Rektum-MR: ca. 150/Jahr

Interview

DARMKREBS – MUTATIONEN SIND THERAPIE-ENTSCHEIDEND

In den letzten Jahren haben zielgerichtete Medikamente die Behandlung von Darmkrebs deutlich verbessert. Um diese Therapien erfolgreich einsetzen zu können, ist eine DNA-Untersuchung des Tumors unerlässlich.

Als eines der größten österreichischen molekularbiologischen Labors mit onkologischem Schwerpunkt werden von uns jährlich hunderte Darmkrebsproben aus Oberösterreich sowie Nachbarregionen genetisch analysiert. Dabei ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pathologen, Klinikern und Molekularbiologen der Schlüssel zu genauen Untersuchungsergebnissen, die wir regelmäßig bei internationalen Rundversuchen überprüfen.

Der epidermale Wachstumsfaktorrezeptor (EGFR) ist ein Angriffspunkt für zielgerichtete Therapien beim Darmkrebs. Studien zeigten jedoch, dass ungefähr 40 % der Patienten kein Ansprechen auf EGFR-Inhibitoren zeigen; bei ihnen können aktivierende Mutationen weiter abwärts im Signalweg des Rezeptors, beispielsweise im KRAS- oder BRAF-Gen, nachgewiesen werden. **Vor Therapiestart werden Tumorpräparate daher routinemäßig dahingehend untersucht, nicht zuletzt deshalb, weil bei Patienten mit mutiertem Tumor andere Chemotherapieformen bessere Ergebnisse zeigen.**

Neben diesen Analysen werden im Labor auch genetische Tests bei familiärem Darmkrebs durchgeführt, die für die Beratung der Familien sowie zur Steuerung von Vorsorgemaßnahmen wesentlich sind.

Aufgrund des immer besseren Verständnisses der Genetik des Darmkrebses werden sich künftig weitere Therapieoptionen eröffnen.

Dr. Gerald Webersinke
(Abteilung Interne I – Internistische Onkologie, Hämatologie und Gastroenterologie)

FACHSCHWESTERN BERATEN IN DER KONTINENZ- UND STOMAAMBULANZ

Die **Stomaberatung** hat zum Ziel, Patienten mit Urostomien oder Darmstomaanlagen bereits vor und insbesondere nach der Operation zu betreuen.

Unser Angebot umfasst:

- Schulung und Anleitung der Patienten mit der neuen Versorgungssituation.
- Vorbereitung auf die Entlassung (z. B. Auswahl und Beschaffung der Beutelsysteme).
- Ambulante Ansprechpartner für Patienten und Angehörige bei Problemen im Alltag oder bei Stomakomplikationen.

Durch liebevolle Zuwendung sowie geduldige Schulung und Begleitung versuchen wir, die Betroffenen auf ihrem Weg zurück in den Alltag zu unterstützen. Auch Patienten mit Gastrostomien (PEGs oder Austauschsonden wie Gastrotube und Button) werden in der Stomaambulanz nachbetreut.

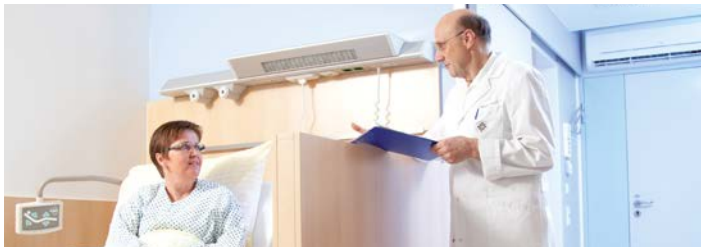
Die **Kontinenzberatung** ist vor und nach der Rückoperation des Stoma eine Unterstützung, die Schließmuskelleistung zu prüfen und gegebenenfalls zu verbessern bzw. Hilfestellung bei Stuhlinkontinenzproblemen zu geben.

Wir bieten:

- Anleitung zu konservativen Therapiemöglichkeiten (z. B. Beckenbodengymnastik, Miktionstraining, Elektrostimulation- und Biofeedbacktraining, Anleitung zur analen Irrigation, allgemeine Lebensführung, Ernährungsumstellung ...).
- Optimale Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln und deren Verordnung.

Unsere Ambulanzzeiten sind Montag bis Freitag von 08.00 bis 13.00 Uhr.
Wir bitten um vorherige telefonische Terminvereinbarung unter 0732/7677-7651.

NUKLEARMEDIZINISCHE THERAPIESTATION IN LINZ



Die bereits im April 2011 eröffnete Therapiestation ist die 1. nuklearmedizinische Bettenstation in Österreich, die den Patienten ein völlig neues Ambiente eröffnet. Aus dem 6. Stock des Krankenhauses findet sich ein wunderbarer Ausblick über die gesamte Linzer Innenstadt, wodurch sich trotz der notwendigen (strahlenschutzbedingten) Isolation eine sehr angenehme Atmosphäre für unsere Patienten ergibt. Eine ausführliche Aufklärung durch den nuklearmedizinischen Facharzt und durch das diplomierte Pflegepersonal erfolgt bereits bei der ambulanten Voruntersuchung.

Während des stationären Aufenthaltes werden mit modernsten Detektorsystemen kontinuierlich und für den Patienten unbemerkt Strahlenmessungen durchgeführt, um den optimalen (gesetzlich erlaubten) Entlassungszeitpunkt zu ermitteln.

Unser stationäres Leistungsangebot (derzeit):

- Hochdosis Radiojod 131 – Schilddrüsenkarzinom
- Radiojod 131 – benigne SD Erkrankungen (z. B. Morbus Basedow oder Autonomie)
- Samarium 153 – Schmerztherapie (osteoplastische Knochenmeta bei z. B. Prostata, Mamma)
- SIRT Yttrium 90 – Selektive Interne Radio Therapie (Lebermeta, hepatozelluläres Karzinom)
- Zevalin Yttrium 90 – Radioimmuntherapie (CD20 positives follikuläres Lymphom)

OA Dr. Friedrich Fitz
(Abteilung für Nuklearmedizin)

Für weitere Auskünfte und Anmeldungen wenden Sie sich bitte an:
Sekretariat Nuklearmedizin
0732/7677-7077.

2. TREFFEN DER DARMKREBS-SELBSTHILFEGRUPPE

Die neu gegründete oberösterreichische Selbsthilfegruppe für Darmkrebspatienten trifft sich am **Mittwoch, 19. September 2012 um 17.00 Uhr in der Onkologischen Tagesklinik** des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Linz.

Das Thema des Abends lautet: „Stoma und Freizeit“.
Es ist keine Anmeldung erforderlich.

Webtipp: www.darm-gesundheitszentrum.at

ONKOLOGIE-QUIZ: TESTEN SIE IHR WISSEN

Frage:
Handelt es sich auf dem Bild um eine gut- oder bösartige Veränderung im Darm?

Die Auflösung der Quizfrage finden Sie online:
www.bhslinz.at – Rubrik „Für Ärzte“ – Newsletter – Onkologie

PERSONELLE VERÄNDERUNGEN

Neuer Leiter der Abteilung für Gynäkologie
Seit 1. September 2012 ist Prim. Univ.-Doz. Dr. Lukas Hefler, MBA (37) neuer Leiter der Abteilung für Gynäkologie. Der gebürtige Eisenstädter war zuletzt als stationsführender Oberarzt an der gynäkologisch-onkologischen Abteilung der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien tätig. Führungserfahrung sammelte Dozent Hefler bereits als Primarius der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung am Schwerpunktspital Landesklinikum Weinviertel Mistelbach/Gänserndorf, der er von 1. Februar 2010 bis 31. Dezember 2011 vorstand. Mit nach Oberösterreich bringt der verheiratete Vater zweier Töchter das Karl-Landsteiner-Institut für gynäkologische Chirurgie und Onkologie, das er im Oktober 2010 gründete und seither leitet.

Seine gynäkologische Facharztausbildung absolvierte der Wahl-Oberösterreicher hauptsächlich an der Universitätsfrauenklinik Wien. Im Rahmen seiner Ausbildung arbeitete Doz. Hefler auch an den Universitätsfrauenkliniken Erlangen (D) und Halle-Wittenberg (D) sowie an mehreren österreichischen Spitälern. Ein Forschungsaufenthalt führte Doz. Hefler ein Jahr an das renommierte Baylor College of Medicine in Houston/Texas.
Bereits im Alter von 27 Jahren erfolgte die Habilitation und damit verbundene Verleihung der „Venia docendi“ für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe an der Wiener Universität. Unmittelbar nach Beendigung seiner Facharztausbildung konnte Doz. Hefler als erster in Österreich eine Subspezialisierung, ein sogenanntes „fellowship“, für gynäkologische Onkologie absolvieren.

Mehrere Auslandsaufenthalte, Mitgliedschaften in internationalen Gesellschaften sowie die Reviewertätigkeit für mehr als 20 wissenschaftliche Journale runden das Profil des neuen Primarius ab. Dozent Hefler hat zudem mehr als 180 Publikationen verfasst und verfügt über einige Zusatzqualifikationen wie etwa „Risk-Manager im Gesundheitswesen“ oder „Klinischer Prüfarzt“.

Neuer Facharzt an der gynäkologischen Abteilung
Am 1. August 2012 startete ein weiterer Gynäkologe seine Tätigkeit am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz: Dr. Michael Häusler. Der 40-jährige Familienvater war zuletzt am LKH Gmunden tätig, wo er auch seine Facharztausbildung absolvierte. Dr. Häusler unterrichtete mehrere Jahre an der Krankenpflegeschule und war auch Turnusärztebeauftragter der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Gmundner LKH. Im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz wird er schwerpunktmäßig das Team des Beckenboden Zentrums verstärken. Dr. Häusler ist verheiratet und Vater zweier Töchter.

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
Seilerstätte 4, 4010 Linz, Tel.: +43 732 7677-0
E-Mail: office.linz@bhs.at

Zertifiziert gemäß

Impressum gem. § 24 Mediengesetz:
Medieninhaber und Herausgeber: Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz Betriebsgesellschaft m. b. H.; Anschrift von Medieninhaber und Herausgeber: Seilerstätte 4, 4010 Linz; Redaktion: Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel, Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas Petzer, OA Priv.-Doz. Dr. Leo Pallwein-Prettner, OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold, OA Dr. Friedrich Fitz, OA Dr. Dieter Nitsche, OA Dr. Clemens Venhoda, OA Dr. Helwig Wundsam, Dr. Gerald Webersinke; Organisation, Koordination und Abwicklung: Sigrid Miksch, M. Sc.; Hersteller: Salzkammergut Media; Herstellungsort: 4810 Gmunden; Layout: upart Werbung und Kommunikation GmbH; Fotos: Werner Harrer, BHS Linz; Auflage: 850 Stück; Erscheinungsweise: 3 x jährlich.
Wir bitten im Sinne einer verbesserten Lesbarkeit um Verständnis, dass auf die geschlechterspezifische Formulierung teilweise verzichtet wird. Selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.
Die im Medium etwaig angegebenen Medikamentennamen sind als Beispiele für alle Produkte mit gleichem Wirkstoff zu verstehen.