



EKH Sondernewsletter

Orthopädie und Orthopädische Chirurgie am Evangelischen Krankenhaus

Die Orthopädie beschäftigt sich mit der Entstehung, Verhütung, Erkennung und Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Das Spektrum umfasst Knochen, Gelenke, Muskeln und Sehnen. Die Fachärzte im Evangelischen Krankenhaus gehen orthopädischen Problemen und Leiden mit modernster Medizintechnik auf den Grund. Das medizinische Leistungsangebot des Evangelischen

Krankenhauses ist auf spezielle Operationstechniken – wie der Endoprothetik – bei der es zu keiner Verletzung der Muskulatur kommt, der Computernavigation sowie auf maßgeschneiderte Kunstgelenke für Knie und Schulter ausgerichtet, und damit im nationalen und internationalen Vergleich an führender Stelle.

Besonders bewährt hat sich die koordinierte fachübergreifende Kooperation mit

Spezialisten aller Fachbereiche. So ergibt sich naturgemäß eine effiziente Zusammenarbeit mit der Physikalischen Medizin, deren breit gefächelter Aufgabenbereich insbesondere in der postoperativen Nachbehandlung liegt. Das Ziel der Wiederherstellung von Bewegungsfunktionen, die durch Erkrankung, Unfall oder Operation verloren gegangen sind, wird gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet.



Schwerpunkte der Orthopädie im Evangelischen Krankenhaus

Die orthopädische und unfallchirurgische Chirurgie hat sich in den letzten Jahren rasant weiterentwickelt. Fort- und Weiterbildung sind uns wichtig, um immer auf dem neuesten Stand behandeln bzw. operieren zu können. Abteilungsschwerpunkte sind vor allem der minimal-invasive Gelenkersatz an Hüfte, Knie und Schulter. Hier ist im Bereich der Hüfte der Zugang von vorne (AMIS oder DAA) als auch von der Seite (ALMIS) hervorzuheben, bei dem es zu keiner Verletzung von Muskeln kommt. Die Vorteile liegen auf der Hand: Geringe Schmerzen, reduziertes Infektionsrisiko und eine schnelle Rehabilitation. Das Rapid-Recovery-Konzept findet auch Verwendung im Rahmen der Knieendoprothetik.

Diese wird entweder unter Verwendung einer Computernavigation oder einer individuellen mechanischen Ausrichtung durchgeführt. Die Verwendung von Lokalanästhesie am Operationsende garantiert, wie auch bei der Hüftendoprothetik, eine Mobilisation unmittelbar nach der Operation.

Arthroskopische Eingriffe an allen großen Gelenken zählen zu einem weiteren Behandlungsschwerpunkt. So ist z. B. der Kreuzbandersatz mit eigenen oder Spendersehnen einer der am häufigsten durchgeführten arthroskopischen Eingriffe. Auch schwierige arthroskopische Eingriffe im Bereich der Schulter, wie z. B. die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, sind im EKH Standard.

Fußchirurgische Eingriffe wie Hallux oder Operationen am Sprunggelenk sowie der Wirbelsäule oder am Handgelenk runden unser orthopädisches Spektrum ab. Traumatisch können wir im Wesentlichen alles versorgen, da versierte Unfallchirurgen regelmäßig komplexe Brüche behandeln.

Ebenfalls können wir langjährige Erfahrung in der Behandlung von Sportverletzungen und der Rheumachirurgie aufweisen. Durch die Betreuung von Sportvereinen bis hin zu Nationalteams sind wir kompetenter Ansprechpartner für viele Athleten – vor allem präventiv – bevor es zu schweren Verletzungen kommt.

EKH Sondernewsletter

Das Team unserer Fachärzte beantwortet in dieser Ausgabe die am häufigsten gestellten Fragen von orthopädischen Patienten.

Expertentipps

Wie wird mein Knie nach einem Kreuzbandriss wieder völlig stabil?

Ob Skifahren, Snowboarden oder Fußballspielen: Ein Riss des vorderen Kreuzbands zählt zu den häufigsten Verletzungen von Profi- und Freizeitsportlern. Es muss aber nicht immer sofort operiert werden. Ausschlaggebend sind die Begleitumstände, etwa zusätzliche Verletzungen von Meniskus, Knorpel oder Seitenband, sowie Alter und sportliche Aktivität. Muss man sein Knie im Alltag nicht stark belasten, raten viele Experten von übereilten Operationen ab. Liegen laut fachärztlicher Untersuchung und MRT-Kontrolle keine weiteren Bänderverletzungen oder knöcherne Ausrisse vor, kommt man in vielen Fällen auch mit konservativen Maßnahmen aus. Dazu zählt etwa konsequent durchgeführte Physiotherapie zum Aufbau und zur Kräftigung der Oberschenkelmuskulatur. Je disziplinierter sich der Patient ans Übungsprogramm hält, desto rascher wird auch die Genesung erfolgen. Allerdings heilt ein kompletter Riss des vorderen Kreuzbands selten völlig von allein aus und ist speziell beim aktiven Sportler ein klarer Fall für eine operative Sanierung. Ein unzureichend behandelter Kreuzbandriss schädigt oft den Meniskus oder weitere überlastete Bänder. Diese Auslockerungen begünstigen das Auftreten einer Arthrose. Eingriffe am Kreuzband werden heute vielerorts arthroskopisch, also durchs Schlüsselloch und anatomisch maßgerecht, durchgeführt. Als besonders geeignet für aktive Menschen hat sich beim vorderen Kreuzbandriss die so genannte All-Inside-Technik erwiesen: Die Methode ist gewebsschonend und ermöglicht gleichzeitig eine optimale Stabilität. Patienten, die bereits eine Kreuzbandsanierung hinter sich haben und mangels ausreichenden Sehnenmaterials als inoperabel gelten, kann im Evangelischen Krankenhaus geholfen werden. Wir setzen seit fünf Jahren – als eine der ersten österreichischen Kliniken – „Allograft links“ ein. Diese Spendersehnen besitzen alle mechanischen Eigenschaften und werden unmittelbar am Gelenk eingesetzt. Der Vorteil: Operation und Narkose sind von kürzerer Dauer, da die Entnahme körpereigener Sehnen entfällt.



Wann benötige ich ein komplettes Kniegelenk?



Bei fortgeschrittener Arthrose finden sich Knorpelschädigungen im gesamten Kniegelenksbereich. In diesem Fall ist die so genannte Totalendoprothese die einzige Möglichkeit, schmerzfrei zu werden und mobil zu bleiben.

Bei jedem vierten bis fünften Patienten sind die Knorpelschäden aber nur isoliert im äußeren oder inneren Kniegelenksbereich vorhanden. Für solche Patienten ist eine Teilprothese, der „Halbschlitten“, eine ausgezeichnete Alternative. Im Vergleich zum vollständigen Kunstgelenk ist dieser Eingriff wesentlich schonender: Das bedeutet weniger Schmerzen und Blutverlust, kürzerer Klinikaufenthalt sowie raschere Rehabilitation, wodurch es auch zügiger zu einer sehr guten Beweglichkeit kommt. Allerdings bedarf der Halbschlitten einer ganz präzisen Implantation, die bisher auch für geübte orthopädische Chirurgen eine große Herausforderung darstellte.

Diese Hightechmethode ermöglicht es, auch Teilprothesen mit Computernavigation anatomisch exakt zu implantieren und gleichzeitig die Bandspannung in Streckung und Beugung ebenfalls zu optimieren. Dadurch wird das Knie nicht nur schmerzfrei voll beweglich, sondern auch ausreichend stabil für sportliche Aktivitäten. Wir verwenden diese Navitechnik seit 15 Jahren beim kompletten Kniegelenkserersatz und erzielen damit eine Patientenzufriedenheit von mehr als 90 %, beim Halbschlitten erzielen wir dank der innovativen Technologie ebenfalls sehr gute Ergebnisse.

„Rapid-Recovery“ – wieder vollständig mobil innerhalb weniger Tage!

Operationen an Hüft-, Schulter- und Kniegelenk gehören zu den schmerzhaftesten Eingriffen überhaupt. Außerdem belasten Operationsschmerzen das Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselsystem.

Die Lösung: Rapid-Recovery-Programm zur Schmerzvermeidung – bereits vor der Operation werden Sie von Ihrem behandelnden Arzt ausführlich über die Grundzüge der Operation und der Nachbetreuung informiert.

Im Spital beginnt schon vor dem Eingriff die Einnahme von schmerzstillenden Tabletten, die während des Eingriffs venös weiter verabreicht werden. Das operierte Gelenk wird nach einem festgelegten Schema ausgiebig mit örtlichen Betäubungsmitteln infiltriert. Bereits im Aufwachzimmer – direkt nach der Operation – ergänzen physikalische Maßnahmen das Schmerztherapiekonzept, wie z. B. Kälteanwendung und aktive Bewegung. Das erste Aufstehen und Gehen einiger Schritte in Begleitung führt von Beginn an zu einem verbesserten funktionellen Operationsergebnis und steigert das Vertrauen des Patienten in das neue Gelenk. Diese frühzeitige Rehabilitation funktioniert aber nur, wenn die Schmerztherapie ausreichend ist. Zurück auf der Bettenstation werden schmerzstillende Tabletten und Infusionen als Basis-schmerztherapie zu genau vorgegebenen Zeitpunkten verordnet. Mit zunehmendem Abstand zur Operation werden je nach subjektivem Erleben die Schmerzmittel verringert. Etwaige Schmerzdurchbrüche werden individuell mit schnell wirksamen Schmerzmitteln abgefangen. Dazu braucht es die aktive Mithilfe des Patienten anhand einer Schmerzskala, wodurch der Patient den Grad des Schmerzes bewertet: von 0 (gar kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz).



EKH Sondernewsletter

Mit neuer Schulter schmerzfrei mobil!

Ist eine Schultergelenks-Arthrose so weit fortgeschritten, dass Medikamente, Infiltrationen und Physiotherapie nicht mehr helfen, bleibt als Alternative ein künstliches Schultergelenk. Die Schultergelenks-Endoprothesen haben sich in den vergangenen Jahren deutlich weiterentwickelt. So gibt es heutzutage neue Oberflächenbeschichtungen, die ein noch besseres Einwachsen des Knochens in die Prothese ermöglichen. Bei manchen Patienten ist es auch möglich, eine sogenannte schafflose Prothese sicher im Oberarmknochen zu verankern. Auch inverse Schulter-Prothesen können heute schon sehr exakt an die individuelle Anatomie des Patienten angepasst werden. Hierdurch erzielt man eine deutliche Verbesserung der Haltbarkeit. Alle diese Neuerungen tragen zu einer rascheren, schmerzreduzierten Mobilisierung des Patienten bei.



©Mediform/Tornier

Beinfehlstellung: Ab wann sollte man sie korrigieren lassen?

Abweichungen von der normalerweise gerade verlaufenden Beinachse im Kniegelenk, wie z. B. O- oder X-Beine kann man in manchen Fällen durch orthopädische Schuhe, spezielle Einlagen und Physiotherapie, bei der bestimmte Muskelgruppen gestärkt werden, kompensieren. Ist die Fehlstellung zu stark ausgeprägt, droht durch die Ungleichbelastung eine vorzeitige Abnutzung des Kniegelenks. In solchen Fällen hilft nur mehr eine operative Korrektur. Dabei wird ein knöcherner Keil aus dem Ober- oder Unterschenkel entnommen und damit die Achse begradigt. Nach der Verfestigung des knöchernen Defekts kann das Knie wieder voll belastet und somit auch wieder Sport betrieben werden.



Was versteht man unter Wiener Hüfte?

Das Evangelische Krankenhaus nimmt seit Jahren eine Vorreiterstellung bei der Implantation von minimal-invasiven künstlichen Hüftgelenken ein, indem im Haus verschiedene chirurgische Zugänge entwickelt wurden, um die Muskeln weitgehend intakt zu lassen und damit eine raschere Rehabilitation nach der Operation zu ermöglichen.

Unsere Erfahrungen wurden in den vergangenen Jahren an rund 700 Ärzte aus unterschiedlichsten Ländern weitergegeben. Bei dieser minimal-invasiven Methode wird ein zementfreies Hüftgelenk, auch als „Wiener Hüfte“ bekannt, eingesetzt, das speziell für diese knochen- und weichteilschonende Operationsmethode entwickelt wurde. Bereits am ersten Tag nach der Operation kann das operierte Bein voll belastet werden. Auf die Verwendung von Krücken kann der Patient relativ schnell verzichten, sofern er keine Schmerzen verspürt und gut gehen kann. Wegen der kleinen Wunde sind Wundheilungsstörungen sehr selten, die Haut wird intrakutan genäht, sodass auch die daraus resultierende Narbe die Patienten nicht stört, außerdem kann die Verweildauer im Krankenhaus

bei aktiven Patienten mit gutem Körpergefühl auf 5–6 Tage verkürzt werden.



Was heißt minimal-invasiv? Operiert man da durchs Schlüsselloch?

Das Einpassen eines Kunstgelenks ist über einen Hautschnitt möglich, der – dank optimierter OP-Technik und Hightechimplantaten – deutlich kürzer als früher ausfällt. Minimal-invasiv bedeutet beim künstlichen Hüftgelenk, dass Sehnen und Hüftmuskulatur beim Einsetzen der Endoprothese nicht mehr durchtrennt werden müssen. Sie werden gezielt beiseitegeschoben. Dadurch bleiben Weichteilspannung und natürliche Körperwahrnehmung an den Sehnen erhalten. Für den Patienten ergibt sich ein besseres „Organgefühl“. Er fühlt auch anfangs kaum Schmerzen und empfindet das künstliche Gelenk bald als sein eigenes. Dazu kommt: Vor dem Verschließen der Wunde werden sämtliche Weichteile, wie zum Beispiel die erhaltene Gelenkkapsel, Muskelansätze, Muskelfaszien und die Haut, mit einem lang wirksamen lokalen Schmerzmittel unterspritzt. Auf diese Weise können wir Patienten zumeist schon am Tag der Operation oder am Folgetag wieder mobilisieren.



Schmerzhafter Tennisellenbogen – was hilft?

Der Muskelansatz am Ellenbogen schmerzt, und zwar insbesondere beim Strecken des Handgelenks gegen Widerstand oder beim Aufheben eines Gegenstands? Diese Symptome weisen auf Epicondylitis, besser bekannt als Tennis- oder Golferellenbogen, hin. Auch wenn die Bezeichnung anderes vermuten lässt: Diese schmerzhafte Entzündung der Sehnenansätze des Unterarms ist häufiger bei Nicht- oder Hobbysportlern anzutreffen als bei Profisportlern. Denn Auslöser kann jede Aktivität sein, die regelmäßig mit dem betroffenen Arm ausgeführt wird. Die Beispiele reichen vom einseitigen Tragen oder Heben schwerer Gegenstände bis hin zur häufigen Verwendung der Computermaus. Oft gehen die Beschwerden auf eine zu schwache Schultergürtelmuskulatur zurück, die durch Überbelastung der Unterarmmuskulatur kompensiert wird. Bei akuten Beschwerden helfen lokale Kälteanwendung sowie Infiltrationen. Als sehr effektiv hat sich auch die neue Therapieform der niederenergetischen Stoßwellenbehandlung erwiesen. Sie hilft der verletzten Sehne bei der Regeneration und löst auch eventuell bestehende Verkalkungen auf.

Unterstützend sind regelmäßige Dehnungsübungen, das Tragen einer Entlastungsmanschette und physikalische Therapie (Laser, Heilgymnastik) empfehlenswert. Eine Mitbehandlung der Hals- und Brustwirbelsäule und des Schultergürtels ist unbedingt erforderlich. Halten sich die Beschwerden trotz Ausschöpfung dieser Behandlungen hartnäckig, sollte eine operative Behandlung angestrebt werden.



Macht eine Meniskus-Operation im hohen Alter noch Sinn?

Nicht jeder Meniskusschaden muss operiert werden, vor allem dann nicht, wenn es sich um einen abnützungsbedingten Schaden handelt. Bestehen bereits altersbedingte Begleiterscheinungen wie Muskelschwäche oder Arthrose, sind konservative Behandlungen wie Infiltrationen, physiotherapeutische Übungen und Gymnastik sinnvoll. Entscheidend für die weitere Behandlung sind Alter, Beruf und sportliche Aktivitäten des Patienten sowie Schwere und Lokalisation des Risses. Auch Vor- oder Begleitverletzungen des Kniegelenks müssen abgeklärt werden. Bei Belastungsschmerzen oder ständigen Bewegungseinschränkungen sollte eine Operation überlegt werden. Oberstes Ziel ist immer der größtmögliche Erhalt des Meniskus. Denn nur so kann seine stoßdämpfende Funktion erhalten bleiben und das Kniegelenk vor Verschleiß geschützt werden. Kleine Risse können problemlos geglättet werden. Sofern bei größeren Rissen möglich, wird der Meniskus mittels arthroskopischer Operationsnahttechnik erhalten, um eine frühzeitige Arthrose zu vermeiden. Heute können wir bereits bei großen Rissen eine Leitstruktur aus biologischem Material einbringen, so dass Patienten mobiler werden und wieder aktiv am Leben teilnehmen können.

Sollte man eine Hammerzehe und Hallux valgus gleichzeitig operieren?

Auf jeden Fall! Da Hammerzehen und Hallux valgus häufig gleichzeitig auftreten, bzw. die Hammerzehe oft Folge der zunehmenden Fehlstellung der Großzehe ist, macht eine gleichzeitige operative Sanierung durchaus Sinn. Was noch dafür spricht: Eine Hammerzehenoperation ergänzend zur Hallux valgus-OP bedeutet



weder eine Verlängerung der postoperativen Rehabilitation noch zusätzliche Schmerzen nach dem Eingriff. Außerdem riskiert man bei alleiniger Korrektur einer Hammerzehe, dass diese – bei ausgeprägtem Hallux valgus – sich irgendwann wieder neu bildet. Daher ist in den allermeisten Fällen die gleichzeitige Operation empfehlenswert.

Bandscheibenvorfall – welche Behandlung ist die richtige?



Bei Bandscheibenvorfällen der Lendenwirbelsäule sind konservative Maßnahmen immer die erste Wahl. Dazu zählen akute Schmerztherapie mit Medikamenten, Infiltrationen und Infusionen sowie Tipps zur Rückenschonung und physiotherapeutische Übungen. Sind die Schmerzen im Abklingen, empfiehlt es sich, sein Leben dauerhaft rückenfreundlich zu optimieren. Das bedeutet, ab in ein gutes Fitness-Center und dort regelmäßig ganz gezieltes Kraft-Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur durchführen. Um den Körper gezielt und wirbelsäulengerecht zu kräftigen, sollte das Training nicht nur auf die Rückenmuskeln, sondern auch auf Bauch-, Bein- und Schulter ausgedehnt werden. Dazwischen am besten regelmäßig Entspannungsübungen durchführen und die Arbeitsstellung so oft wie möglich wechseln. Schmerzen, die lokal auftreten oder in die Beine ausstrahlen, sind an sich nicht unbedingt Anlass für einen operativen Eingriff. Anders verhält es sich, wenn durch den Vorfall ein Nerv so stark gedrückt wird, dass Lähmungserscheinungen in Bein oder Fuß, Taubheitsgefühle im Genitalbereich oder Potenzstörungen auftreten. Da sollte man nicht mehr lange zuwarten, denn ist der Nerv einmal verletzt, können die beeinträchtigte Nervenleitfähigkeit und damit

die Lähmung immer schlimmer werden. Eine sofortige Operation ist angesagt, wenn Blase oder Darm nicht mehr kontrolliert werden können, sonst droht dauernde Inkontinenz. In allen anderen Fällen kann man operieren, muss aber nicht. Die Entscheidung pro/contra Operation hängt auch vom allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten ab und davon, wie gut ihm konservative Maßnahmen wie Schmerzinfiltrationen, Physiotherapie oder Rückenmuskeltraining geholfen haben. Studien der letzten Zeit haben gezeigt, dass operierte Patienten sich etwa dreimal schneller erholen als nicht operierte.

Stoßwellentherapie vielseitig einsetzbar

Schleimbeutelentzündungen im Schulter-, Ellenbogen- und Hüftbereich können mit der neuen auf Ultraschalltechnologie basierenden fokussierten Stoßwellentherapie rasch in den Griff gebracht werden. Eine Behandlung dauert rund zehn Minuten und zeichnet sich durch besondere Schmerzarmut aus. Mit lediglich ein bis drei Anwendungen im Abstand von sieben bis zehn Tagen werden die Entzündung und die Schmerzen deutlich reduziert sowie die Beweglichkeit verbessert. Schleimbeutel sind kleine flüssigkeitsgefüllte Bindegewebs-säckchen, die in mechanisch belasteten Regionen Druck und Reibung zwischen Gelenken, Sehnen und Knochen mindern. Wenn es dort dann zur Überlastung kommt, kann dies zu einem schmerzhaften Reizzustand des Schleimbeutels führen, hier wirkt die Therapie mit fokussierten Stoßwellen rasch, punktgenau und nebenwirkungsfrei.



Unser orthopädisches Leistungsangebot

- Arthroskopien
- Gelenkersatz
- Hand- und Fußchirurgie
- Konservative Therapien
- Rheumachirurgie
- Traumatologie
- Wirbelsäulenchirurgie

Unser Ärzteteam der Orthopädischen Abteilung

Prim. Univ.-Doz.

Dr. Thomas Müllner PhD

Vorstand der Abteilungen für Orthopädie
und Traumatologie, Facharzt für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie,
Facharzt für Unfallchirurgie, Wien und Tulln
Ordination: +43 1 877 94 44, +43 2272 820 08
www.drmuellner.at



Prim. Dr. Sabine Junk-Jantsch

Leiterin der Abteilung für Orthopädie,
orthopädische Chirurgie und Rheumachirurgie;
Fachärztin für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie, Rheumachirurgie
Ordination: +43 1 505 35 81
www.junk-jantsch.at



OA Dr. Johannes Bonomo

Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
Ordination 1160: +43 1 493 17 10
Ordination 1170: +43 1 408 14 11
www.ortho-bonomo.at



OA Dr. Andreas Gfrerrer MSc

Facharzt für Orthopädie und
orthopädische Chirurgie
Ordination: +43 664 389 95 33
Ordination Stockerau: +43 2266 727 20
www.orthodoc.wien



OA Dr. Roland Drescher

Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie, Manualtherapie
Ordination: +43 1 934 66 00
www.diepraxis-wien.at



OA Dr. Wolfgang A. Kaltenbrunner

Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie,
Facharzt für Unfallchirurgie
Ordination Korneuburg: +43 664 352 23 52
www.orthopaedie-kaltenbrunner.at



Weil Ihre Gesundheit wertvoll ist!



OA Dr. Gerhard Kainz
Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
Ordination: +43 1 804 35 68
www.ortho-hietzing.com



OA Dr. Ronald Koppelent
Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
Ordination: +43 1 503 41 00
www.koppelent.at



OA Dr. Dieter Kropej
Facharzt für Orthopädische Chirurgie
Ordination: +43 1 715 63 18 oder
+ 43 1 404 22-48 00
www.drkropej.at



OA Dr. Michael Nicolakis
Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
Konsulent für Wirbelsäulenchirurgie
am Evangelischen Krankenhaus
Ordination: +43 1 270 64 80
www.orthospine.at



OA Dr. Nikolaus Pongracz
Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
Ordination: +43 1 310 25 23
www.drpongraz.com



OA Dr. Carlos Alberto Henriquez Puig
Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
Ordination: +43 6991 926 55 76
www.orthoneuro.at



Prim. Dr. Sascha Sajer MBA
Vorstand der Abteilung für
Physikalische Medizin und Rehabilitation
Facharzt für Physikalische Medizin und
Rehabilitation
Ordination: +43 1 968 27 28
[www.dr.sajer.at](http://www.dr sajer.at)



Dr. Peter Biowski
Facharzt für Physikalische Medizin
und allgemeine Rehabilitation
Ordination: +43 664 325 87 11

Evangelisches Krankenhaus
Hans-Sachs-Gasse 10–12, 1180 Wien
E-Mail: kontakt@ekhwien.at
www.ekhwien.at
Tel.: +43 1 404 22-0
Info-Tel.: +43 1 404 22-508

