



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN



**EXZELLENZZENTRUM INTERNISTISCHE
INTENSIVMEDIZIN**

**CENTER OF EXCELLENCE OF MEDICAL
INTENSIVE CARE (CEMIC)**

Für die Verfasser:
Univ. Prof. Dr. Gottfried Heinz
Univ. Klinik f. Innere Medizin II
Intensivstation 13h3
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Tel: **43/1/40400/4643
Fax: **43/1/40400/4673
e-mail: gottfried.heinz@univie.ac.at

Univ. Prof. Dr. A.N.Laggner
Univ. Klinik für Notfallmedizin
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Tel: **43/1/40400/1954
Fax: **43/1/40400/2512
e-mail: anton.laggner@meduniwien.ac.at

Univ. Prof Dr. Gottfried Locker
Univ. Klinik f. Innere Medizin I
Intensivstation 13i2
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Tel: **43/1/40400/4490
Fax: **43/1/40400/4498
e-mail: gottfried.locker@meduniwien.ac.at

Univ. Prof Dr. Christian Madl
Univ. Klinik f. Innere Medizin IV
Intensivstation 13h1
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Tel: **43/1/40400/4767
Fax: **43/1/40400/4797
e-mail: christian.madl@meduniwien.ac.at

Inhaltsverzeichnis

Internistische Intensivmedizin am AKH: Entwicklung.....	4
Intensivstation C25 der I. Medizinischen Universitätsklinik.....	4
Intensivstation 94 an der II. Medizinischen Universitätsklinik.....	5
Intensivstation an der Kardiologischen Universitätsklinik	7
Internistische Intensivmedizin	8
CEMIC Definition.....	10
Forschungsschwerpunkt „Critical Care“	13
CEMIC Expertenteam.....	14
Publikationen	18
Laufende Forschungsprojekte	28

Internistische Intensivmedizin am AKH: Entwicklung

1971-1991

I. Medizinische Universitätsklinik	Intensivstation C25	1971 -1991
II. Medizinische Universitätsklinik	Intensivstation 94	1981 - 1991
Univ. Klinik f. Kardiologie	CCU	1975 - 1991

Ab 1991

Univ. Klinik f. Innere Medizin I	Univ. Klinik f. Innere Medizin II	Univ. Klinik f. Innere Medizin III	Univ. Klinik f. Innere Medizin IV	Univ. Klinik f. Notfallmedizin
13 I2	13 H3	13 H2*	13 H1	ABS

Intensivstation C25 der I. Medizinischen Universitätsklinik

1971 wurde an der I. Medizinischen Universitätsklinik auf der Station C25, die bis dahin für die ambulante bzw. stationäre Betreuung von Patienten mit Nierenerkrankungen bestimmt war, eine Intensivstation eröffnet. Für den Gründer der Intensivstation, den Klinikvorstand Herrn Prof. Dr. Dr. E. Deutsch sollte die Intensivstation folgende Aufgaben erfüllen: Intensivbetreuung, der an der Klinik auftretenden Notfälle, Übernahme von Notfällen anderer Kliniken, Übernahme von Notfällen von der Rettung.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben wurden 8 Intensivbetten (5% des systemisierten Bettenstandes der I. Med. Univ. Klinik, eine dezentral-zentrale Überwachung (Fa. Elema-Schönander) sowie 3 druckgesteuerte Respiratoren (Bird, Bennet) bereitgestellt.

In den Jahren 1971 - 1991 wurden insgesamt 7473 Patienten (durchschnittlich 355 Patienten pro Jahr) auf C25 behandelt. Die Zahl der Patienten, bei welchen eine maschinelle Beatmungstherapie durchgeführt wurde stieg seit 1980 kontinuierlich an, sodass 1990 bereits an über 1000 von rund 3000 Behandlungstagen maschinell beatmet wurde. Die Entlassungsdiagnosen umfassten vorwiegend kardiovaskuläre,

* dzt. Apherse

cerebrale, pulmonale, infektiologische, nephrologische, gastrointestinale und endokrinologische Erkrankungen sowie Vergiftungen.

Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte wurden im Rahmen ihrer Facharztausbildung für Innere Medizin auf C25 intensivmedizinisch ausgebildet. Die stationsführenden Oberärzte waren:

Dr. R. Kotzaurek (1971 – 1976), Doz. Dr. H. Pall (1976 – 1978), Prof. Dr. J. Slany (1978 – 1980), Prof. Dr. M. Pichler (1980 – 1981), Prof. Dr. G. Kleinberger (1980- 1985), Prof. Dr. K. Lenz (1985 – 1991).

Wesentliche Schritte in Richtung moderne Internistische Intensivmedizin wurden ab Ende der siebziger Jahre von Kleinberger eingeleitet: Moderne zentrale Überwachung mit invasivem hämodynamischen Monitoring, moderne Beatmungstherapie mit volumengesteuerten Respiratoren, EDV-mäßige Patientendokumentation und computergestützte Auswertung der hämodynamischen, respiratorischen, renalen und metaolischen Funktionsparameter, sowie Einführung eines EDV-basierten Infektionskontrollprogramms. Kleinberger setzte auch Meilensteine für die internistisch-intensivmedizinische Fortbildung. Noch heute werden einmal jährlich die Wiener Intensivmedizinischen Tage (WIT) als internationale Fortbildungsveranstaltung für Intensivmediziner und Intensivpflegepersonal abgehalten und sein Lehrbuch „Internistische Intensivmedizin“ erfreut sich nach wie vor hoher Beliebtheit. Unter Kleinberger wurde auch erstmals eine strukturierte internistisch intensivmedizinische Forschung nach Organschwerpunkten eingeleitet. Der wissenschaftliche Erfolg und die klinische Karriere seiner Mitarbeiter sollte die Richtigkeit seines Konzeptes bestätigen.

Unter Lenz wurden die von Kleinberger initiierten Schritte weiter verfolgt, perfekt komplettiert und eine neue große Herausforderung angenommen und gemeistert: Die Übersiedlung der Intensivstation C 25 ins neue AKH - die planerische und organisatorische Gestaltung einer neuen Intensivstation mit einem computerisierten Patientendatenmanagementsystem und noch moderneren apparativen Diagnose- und Therapieverfahren – heute realisiert auf der Intensivstation 13h1 der Univ. Klinik. f. Innere Medizin IV.

Intensivstation 94 an der II. Medizinischen Universitätsklinik*

Im Jahr 1981 wurde an der II. Medizinischen Universitätsklinik (Vorstand o.Univ.-Prof. Dr. Georg Geyer) die „Intensivstation 94“ mit insgesamt sechs Betten im 9. Hof des Alten Allgemeinen Krankenhauses gegründet. Im Jänner 1985 wurde die Leitung der Intensivstation von Univ.-Prof. Dr. Ch. Leithner übernommen. Die hervorragende Führung des Pflegepersonals erfolgte durch Dipl.Sr. Luise Gregori.

* Beitrag von:

Univ. Prof. Dr. M. Frass

Univ. Klinik f. Innere Medizin I

Die Intensivtherapie umfaßte neben konventionellen Therapieformen vor allem verschiedene unterstützende und kontrollierte Beatmungsformen (insbesondere den zum damaligen Zeitpunkt noch wenig verbreiteten Beatmungsmodus "BIPAP" sowie "High frequency jet ventilation"); konventionelle intermittierende Nierenersatztherapie sowie kontinuierliche veno-venöse pumpengetriebene Hämofiltration; zentralvenöse Katheter inklusive supraklavikulärem Zugangsweg sowie Rechtsherzmonitoring; verschiedene manuelle und maschinelle Lagerungstherapien zur Behandlung bei schwerem Lungenversagen; sonographische Verfahren; etc.. Die Aufnahmsdiagnosen der Intensivpatienten betrafen vorwiegend internistische Notfälle sowie das postoperative Management von orthopädischen Patienten. Eine besondere Gruppe waren Senfgas-intoxikierte Patienten aus dem Krieg Iran-Irak. Zu den Agenden der Intensivstation gehörten auch invasive Interventionen bei Patienten von Normalstationen sowie die Herzlungenwiederbelebung im Bereich des 9. Hofes.

Zu den wissenschaftlichen Themen von Univ.-Prof. Dr. Leithner gehörten die Erforschung von Cyclosporin bei nierentransplantierten Patienten sowie die Untersuchung der Beeinflussung der Plasmakonzentrationen des α -atrialen natriuretischen Peptids (α -ANP) durch die Beatmung mit verschiedenen PEEP-Stufen bei spontan atmenden sowie bei kontrolliert beatmeten Patienten. Diese Studien wurden auch in legendären Selbstversuchen der Stationsärzte, unter anderem auch unter Evaluation der Auswirkungen auf die Herzgeometrie mittels MRT in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Sebastian Globits, bis zu einem PEEP von 20 cm H₂O durchgeführt. Ein weiteres wissenschaftliches Themengebiet war und ist das Management des schwierigen Luftweges. Es wurde ein neues Gerät zur Sicherung der Atemwege vor allem im kardiopulmonalen Notfall entwickelt. Der sogenannte Kombinationstubus (www.combitube.org) ermöglicht auch dem nur wenig Geübten die suffiziente Oxygenierung und Ventilation. Das Gerät, das in der Zwischenzeit in vielen Notfallsystemen vor allem Nordamerikas, Japans und auch Europas zur Standardausrüstung gehört, wurde in die Richtlinien für das Management des schwierigen Atemweges der American Society of Anesthesiologists (ASA), der American Heart Association (AHA) und des European Resuscitation Council (ERC) aufgenommen.

Im Juli 1991 erfolgte die Übersiedlung der Intensivstation in das Neue Allgemeine Krankenhaus am Währinger Gürtel. Durch die Neustrukturierung des Fachbereiches "Innere Medizin" wurde die Intensivstation nunmehr der neugegründeten Univ.-Klinik für Innere Medizin I mit der Bezeichnung "Intensivstation 13.I2" zugeordnet.

Intensivstation an der Kardiologischen Universitätsklinik*

In Österreich ging 1968 als erste Spezialeinheit der Inneren Medizin die Abteilung für Kardiologie aus der 2. Med. Univ.-Klinik, Prof. Fellingner hervor, die bald in die Kardiologische Universitätsklinik umgewandelt wurde und schließlich seit Anfang der 90er Jahre als Abteilung für Kardiologie an der Univ.-Klinik Innere Medizin II tätig ist.

Bereits vor der Übersiedlung vom 9. Hof des alten AKH in den 6. Hof 1975/76 wurde unter der Leitung von Prof. Dr. F. Kaindl der Herzalarm für das gesamte AKH und auch eine Herzüberwachungsstation/CCU aufgebaut. Diese umfasste kontinuierliches EKG-Monitoring und Reanimationsmöglichkeiten, wobei auch ein eigener Nachdienst (CCU-Dienst) für die CCU und für den Herzalarm zuständig war.

Die Übersiedlung der gesamten Kardiologischen Univ.-Klinik 1975 in den 6. Hof des AKH wurde auch zur völligen Neukonzeptierung der Herzüberwachungs-Station genutzt: Die 6-bettige CCU wurde mit neuen Bettmonitoren und einem Zentral-Monitor ausgestattet. Es wurden nicht nur die Herzfrequenz der monitierten Patienten angezeigt, sondern erstmals auch mittels des von Jim Neilson aus Edinburgh entwickelten sog. „Neilson-Computers“, die Arrhythmien zwar noch analog, aber doch gemäß den Lown-Kriterien nach ihrem Malignitätsgrad analysiert und ein Alarmsystem mit mehreren Stufen eingeführt.

Anfangs konzentrierte sich die Tätigkeit in der CCU vor allem auf die Erfassung der Herzrhythmusstörungen, deren prognostische Bedeutung und deren Therapie. Die Beschäftigung mit dem „Schock bei Herzkrankheiten“, machte über den Rhythmus hinausgehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen der prälytischen Ära notwendig: Invasive hämodynamische Überwachung mittels Swan-Ganz-Einschwemmkatheter, Messungen des Herzindex und der Widerstände und schließlich daraus abgeleitete medikamentöse therapeutische Maßnahmen unter Zuhilfenahme der klinischen Killip- bzw. hämodynamischen Forrester-Klassifikation wurden zur Routine. Bald kamen auch die Hämofiltration und schließlich, zu Beginn der 80er Jahre, die intra-aortale Ballon-Pumpe hinzu. Die maschinelle Beatmung wurde erst etwas später, Mitte der 80er Jahre eingeführt, also zu einem Zeitpunkt, wo sich die CCU zu einer internistischen Intensivstation weiterentwickelte. Die Anerkennung als Herz-Intensiv-Station erhielt sie ca. 1989.

Mit der Übersiedlung ins neue AKH Gebäude entwickelte sich die CCU zu einer Intensivstation mit kardiologisch-internistischem Schwerpunkt, da die akute Versorgung der Herzinfarkte an die neue Aufnahmestation verlagert wurde. Unkomplizierte Herzinfarkte wiederum kamen zur Akutintervention bzw. nach der akuten Phase auf die Bettenstation bzw. die eigens dafür eingerichtete Intermediate

*Beitrag von:
Prim. Univ. Prof. Dr. Heinz Weber
Donauspital Wien

Care Station der Abteilung für Kardiologie mit nicht-invasiven und invasiven Überwachungsmöglichkeiten und besserem Personalschlüssel.

Die Station 13H3 ist eine mit allen erdenklichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ausgestattete Voll-Intensivstation der Kategorie III. Da die Behandlung vieler unserer Patienten eine Herzoperation erfordert, war es eine weitere logische Entwicklung, dass nunmehr viele Patienten der Abteilung für Kardiologie auch nach einem herzchirurgischen Eingriff auf der Intensivstation 13H3 betreut werden. Andererseits liegen nicht ausschließlich kardial kritisch kranke Patienten an dieser Intensivstation, so dass sich diese zu einer Internistischen Intensivstation mit kardiologischem Schwerpunkt und einem Anteil an postoperativen, vor allem herz- oder thoraxchirurgischen Patienten entwickelt hat. Die Patienten werden von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Additivfach Intensivmedizin und Kardiologie gemeinsam mit einem Team von diplomierten GKP-Personen betreut.

Internistische Intensivmedizin

Warum internistische Intensivmedizin?

Die Innere Medizin befasst sich mit Erkrankungen von inneren Organen und Organsystemen. Dabei wird jedes Krankheitsbild individuell von seinen Ursachen, seiner Entstehung, hin zu seiner Erstmanifestation, seinem Vollbild und schließlich zu seiner mehr oder weniger erfolgreichen Behandlung ergründet, verfolgt und behandelt. Es ist somit Wesen der Inneren Medizin Krankheiten in all ihren individuellen Manifestationen über den gesamten Krankheitsverlauf zu erfassen, zu verfolgen und zum Wohle der Patienten therapeutisch einzugreifen. Für die Ausübung des Faches Innere Medizin sind somit umfangreiche Kenntnisse Voraussetzung. Die Ausbildung in Innerer Medizin ermöglicht auch die rasche Abklärung bei primär unklaren Erkrankungen um unverzüglich geeignete Therapiemaßnahmen einzuleiten.

Im Rahmen vieler internistischer Erkrankungen kann sich der Zustand des Patienten so verändern, dass eine ambulante Betreuung oder eine Behandlung auf einer internistischen Bettenstation nicht mehr den Erfordernissen gerecht wird und er auf eine Intensivstation verlegt werden muss: Herz-, Lungen-, und Nierenfunktion bedürfen ständiger Überwachung, auf Basis seiner Grunderkrankung zeichnen sich Funktionsstörungen verschiedener lebenswichtiger Organe ab, Grunderkrankung

und ihre Folgeprobleme erfordern eine intensive ärztliche und pflegerische Betreuung mit aufwendigen medikamentösen und apparativen Maßnahmen, die oft bis zum Ersatz ganzer Organsysteme gehen müssen.

Eine internistische intensivmedizinische Betreuung sichert Kontinuität im Wissen um Grunderkrankung und deren Folgeschäden an anderen Organen und Systemen. Es kann nur im Sinne der Patienten mit internistischen Erkrankungen sein, dass sie, wenn sie einer Intensivtherapie bedürfen, auch auf einer internistischen Intensivstation behandelt werden.

Wie ist internistische Intensivmedizin umsetzbar?

Die Anforderungen an die Internistische Intensivmedizin sind extrem. Krankheitsbilder innerer Organe und Organsystem müssen in all ihren Varianten und therapeutischen Schritten beherrscht werden. Zudem kommen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Intensivmedizin: Maschinelle Beatmung, Nierenersatztherapie, künstliche Ernährung, mechanische Kreislaufunterstützung, invasive Kreislaufüberwachung und spezielle medikamentöse Schritte gehören hier zum Standardrepertoire. Es liegt auf der Hand, dass eine derartige Kumulation von Wissen und Fertigkeiten nicht in einer Person möglich sein kann. Internistische Intensivmedizin ist Teamwork, Teamarbeit der verschiedenen Spezialisten der einzelnen internistischen Subdisziplinen mit intensivmedizinischer Kompetenz. Diese Zusammenarbeit ist allerdings nur durch MitarbeiterInnen mit entsprechend fachlicher und kommunikativer Kompetenz erzielbar. Im Rahmen des CEMIC (center of excellence of medical intensive care) soll diese Teamarbeit auf höchstem fachlich-medizinischem Niveau zur optimalen Patientenbetreuung, zum Fortschritt der Internistisch-Intensivmedizinischen Forschung und Sicherung der Aus- und Weiterbildung in Internistischer Intensivmedizin etabliert werden.

CEMIC Definition

Präambel*

Der internistische Bereich des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien (Universitätskliniken), verfügt über 5 Intensivstationen mit insgesamt 34 Intensivbetten. Wegen der grundlegenden Übereinstimmung in den Zielsetzungen in Patientenbetreuung, Forschung und Lehre, werden diese im "Exzellenzzentrum Internistische Intensivmedizin" im Rahmen einer Willenserklärung aller Klinikvorstände und Leiter der Klinischen Abteilungen der Univ. Kliniken für Innere Medizin und Univ. Klinik für Notfallmedizin zusammengefasst. Durch das Exzellenzzentrum entsteht keine Strukturänderung und die Kompetenzen der Klinikvorstände und Klinischen Abteilungsleiter erfahren ebenfalls keine Änderung. Es geht bei dem Exzellenzzentrum um die Erarbeitung gemeinsamer Qualitätsstandards und klinischer Pfade mit dem Ziel einer Zertifizierung nach ISO 9000:2000 sowie um die Koordination der Förderung der Lehre und der Forschung.

Ziele:

- Koordination und Optimierung Internistisch-Intensivmedizinischer Forschungsprojekte im Rahmen eines Forschungsschwerpunktes „Internistische Intensivmedizin“ der medizinischen Universität Wien
- Koordination und Optimierung Internistisch-Intensivmedizinischer Lehraufgaben in studentischer Lehre und postgradueller Fortbildung (Facharztausbildung aus Innerer Medizin, Additivfacharztausbildung Internistische Intensivmedizin, Kongress - und Fortbildungsveranstaltungen)

*Beitrag von:
Dir. Univ. Prof. Dr. R. Krepler
Teilunternehmung AKH
Wiener Krankenanstaltenverbund

- Kooperation in der Internistisch-Intensivmedizinischen Patientenversorgung im Sinne einer optimalen Betreuung unter bestmöglicher Nutzung der räumlichen, personellen, apparativen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen

Partner:

Das CEMIC entsteht durch kooperative Verbindung im Segment Intensivmedizin folgender Organisationseinheiten

Univ. Klinik für Innere Medizin I

Univ. Klinik für Innere Medizin II

Univ. Klinik für Innere Medizin III

Univ. Klinik für Innere Medizin IV

Univ. Klinik f. Notfallmedizin

Leitung:

Die Leitung des CEMIC erfolgt partnerschaftlich durch die Leiter der oben angeführten OE bzw. durch von diesen Personen nominierte habilitierte internistische Intensivmediziner.

Interaktionen mit vorhandenen Strukturen:

Durch die Schaffung des CEMIC erfolgt keinerlei Änderung der Primariatszuordnung bzw. der Zuordnung zu einer bestimmten Organisationseinheit der jeweiligen Intensivstation, d.h. die Primariatsfunktion bleibt beim jeweiligen Klinikvorstand, der Leiter der Organisationseinheit, dem die Intensivstation zugeordnet ist, ist weiterhin gem. UOG. 2002 verantwortlich.

Zur Gründung des CEMIC haben folgende Klinikvorstände bzw. Leiter Klinischer Abteilungen per 29.9.2004 ihre schriftliche Zustimmung gegeben:

Univ. Prof. Dr. Ch. Zielinski Leiter Klin. Abtlg. f. Onkologie Klinikvorstand Univ. Klinik f. Innere Medizin I		Univ. Prof. Dr. W. Graninger Leiter d. Klin. Abtlg. f. Infektionen und Chemotherapie Univ. Klinik f. Innere Medizin I
Univ. Prof. Dr. U. Jäger Leiter Klin. Abtlg. Hämatologie und Hämostaseologie Univ. Klinik f. Innere Medizin I		
Univ. Prof. Dr. G. Maurer Leiter Klin. Abtlg. f. Kardiologie Klinikvorstand Univ. Klinik f. Innere Medizin II		Univ. Prof. Dr. E. Minar Suppl. Leiter Klin. Abtlg. f. Angiologie Univ. Klinik f. Innere Medizin II
Univ. Prof. Dr. W. Waldhäusl Leiter d. Klin. Abtlg. f. Endokrinologie und Stoffwechsel Klinikvorstand Univ. Klinik f. Innere Medizin III		Univ. Prof. Dr. W. Hörl Leiter d. Klin. Abtlg. f. Nephrologie und Dialyse Univ. Klinik f. Innere Medizin III
Univ. Prof. Dr. J. Smolen Leiter d. Klin. Abtlg. f. Rheumatologie Univ. Klinik f. Innere Medizin III		
Univ. Prof. Dr. A. Gangl Leiter der Klin. Abtlg. f. Gastroenterologie und Hepatologie Klinikvorstand Univ. Klinik f. Innere Medizin IV		Univ. Prof. Dr. L.H. Block Leiter der Klin. Abtlg. f. Pulmologie Univ. Klinik f. Innere Medizin IV
Univ. Prof. Dr. H. Rüdiger Leiter der Klin. Abtlg. f. Arbeitsmedizin Univ. Klinik f. Innere Medizin IV		
Univ. Prof. Dr. A. N. Laggner Klinikvorstand Univ. Klinik f. Notfallmedizin		

Forschungsschwerpunkt „Critical Care“*

Unter Intensivmedizin („Critical Care“) versteht man die fachspezifische Betreuung von Patienten mit akuten Krankheitserscheinungen, die eine unmittelbare und rasche klinische oder chirurgische Diagnose und/oder Therapie erfordern.

Intensivmedizin wird multidisziplinär betrieben und ist an verschiedene etablierte klinische Sonderfächer gekoppelt. Dadurch wird situationsgerecht die optimale Versorgung der Patienten gewährleistet. Intensivmedizin steht in engem Bezug zu medizinischen Sonderfächern und ist daher keinesfalls als selbstständiges Fach zu verstehen. Intensivmedizin wird derzeit an der Medizinischen Universität Wien / am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien an folgenden Kliniken durchgeführt:

Univ. Klinik f. Anästhesiologie und Intensivmedizin
Univ. Klinik f. Chirurgie
Univ. Klinik f. Kinder- und Jugendheilkunde
Univ. Klinik f. Innere Medizin I
Univ. Klinik f. Innere Medizin II
Univ. Klinik f. Innere Medizin III
Univ. Klinik f. Innere Medizin IV
Univ. Klinik f. Neurochirurgie
Univ. Klinik f. Notfallmedizin
Univ. Klinik f. Psychiatrie

Im Rahmen des Forschungsschwerpunktes „Critical Care“ sollen an der Medizinischen Universität fachübergreifende Forschungsprojekte umgesetzt werden. Schon jetzt gibt es zahlreiche Kooperationen und Projekte innerhalb intensivmedizinischer aktiver Sonderfächer sowie mit in- und ausländischen Einrichtungen.

Eine weitere wesentliche Aufgabe des Forschungsschwerpunktes „Critical Care“ ist die Mitarbeit in der Umsetzung des Diplomstudiums Humanmedizin. Die Gestaltung des fünfwöchigen Praktikums „Notfall- und Intensivmedizin“ im dritten Studienabschnitt ist von den in diesem Forschungsschwerpunkt genannten Organisationseinheiten zu bewerkstelligen.

Im CEMIC werden alle Aktivitäten koordiniert, die die Intensivmedizin in Hinblick auf die Innere Medizin betreffen. CEMIC soll so ein konzertiertes Auftreten der Inneren Medizin innerhalb des Forschungsschwerpunktes „Critical Care“ gewährleisten.

*Beitrag von:
Univ. Prof. Dr. W. Schütz
Rektor
Medizinische Universität Wien

CEMIC Expertenteam

MitarbeiterInnen im CEMIC und deren klinisches Sonderfach bzw. Additivfächer sowie klinisch-wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte:

Namen und Titel (Abteilung)	Klinisches Sonderfach, Zusatzfach	Klinisch-wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte
Behringer, a.o. Prof. Dr. Wilhelm (NFA)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Klin. u. exp. Reanimationsforschung
Bondermann, Dr. Diana (13h3)		<ul style="list-style-type: none"> • Pulmonale Hypertension
Bur, a.o. Prof. Dr. Andreas (NFA)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertensiologie
Burgmann, a.o. Prof. Dr. Heinz (13i2)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Infektiologie • Sepsis
Clodi, a.o. Prof. Dr. Martin (13i2)	Innere Medizin, Endokrinologie	<ul style="list-style-type: none"> • Endokrinologie • Stoffwechsel • Insulinresistenz
Delle Karth, Dr. Georg, Stv. d. OA (13h3)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Rhythmologie • kardiogener Schock, inotrope Therapie • Analgosedierung, • Hämodynamik • Inflammation
Derhaschnig, a.o. Prof. Dr. Ulla (NFA)		<ul style="list-style-type: none"> • Gerinnungsdiagnostik • Gerinnungstherapie • Sepsis
Domanovits, a.o. Prof. Dr. Hans (NFA)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Rhythmologie • Echokardiographie • Kardiogener Schock
Frass, a.o. Prof. Dr. Michael (13i2)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Airway-Management • Homöopathie in der Intensivmedizin
Frossard, OA Dr. Martin (NFA)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallsendoskopie • Mikrodialyse • Thrombozytenaggregationshemmung

Heinz, a.o. Prof. Dr. Gottfried (13h3)	Innere Medizin, Intensivmedizin, Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Rhythmologie • Kardiogener Schock, IABP • Herz-Katheterintervention
Herkner, a.o. Prof. Dr. Harald (NFA)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Epidemiologie
Hirschl, a.o. Prof. Dr. Michael M. (NFA)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertensiologie
Holzer, Dr. Michael (NFA)		<ul style="list-style-type: none"> • Klinische u. exp. Reanimationsforschung
Hülsmann, a.o. Univ. Prof. Dr. Martin (13h3)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Herzinsuffizienz • HTX Vorbereitung, ICU Management post HTX • natriuretische Peptide
Janata, Ass. Prof. Dr. Karin (NFA)	Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Pulmonalembolie • Infektiologie
Knapp, a.o. Prof. Dr. Sylvia (13i2)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis • Molekulare Signaltransduktion
Knöbl, a.o. Prof. Dr. Paul (13i2)	Innere Medizin, Intensivmedizin, Hämatologie-Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> • Gerinnungsstörungen bei kritisch Kranken
Köller, OA Dr. Marcus (13i2)	Innere Medizin, Rheumatologie	<ul style="list-style-type: none"> • Autoimmunerkrankungen • Kollagenosen
Kramer, a.o. Prof. Dr. Ludwig (13h1)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Leberversagen • ZNS-Funktion • akutes Nierenversagen • Sedoanalgesie
Kürkciyan, a.o. Prof. Dr. Istepan (NFA)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Reanimationsforschung
Laczika, a.o. Prof. Dr. Klaus (13i2)	Innere Medizin, Intensivmedizin, Hämatologie-Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis: Gerinnungsdiagnostik, Gerinnungstherapie • Hämatologie-Onkologie
Locker, a.o. Prof. Dr. Gottfried J. (13i2)	Innere Medizin, Intensivmedizin, Hämatologie-Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> • ARDS: ECMO, ECC • Sepsis: Hämodynamik, Katecholaminsupport • Onkologische Probleme • Immunsupprimierte Patienten • Sedoanalgesie

Madl, a.o. Prof. Dr. Christian (13h1)	Innere Medizin, Intensivmedizin, Gastroenterologie u. Hepatologie	<ul style="list-style-type: none"> • Leberversagen • ZNS-Funktion • Pankreatitis • GI-Blutung, Stressulcus
Meron, Ass. Prof. Dr. Giora (NFA)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Katastrophenmedizin
Müllner, a.o. Prof. Dr. Marcus (NFA)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Epidemiologie
Oberbauer, a.o. Prof. Dr. Rainer (13i3)	Innere Medizin, Intensivmedizin, Nephrologie	<ul style="list-style-type: none"> • Elektrolytstörungen, Säure-Basenhaushalt • Nierenversagen
Ratheiser, a.o. Prof. Dr. Klaus (13h1)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanagement • Stoffwechsel • Dokumentation
Röggla, Ass. Prof. Dr. Martin (NFA)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallsendoskopie • Atemwegsmanagement • Respiratortherapie • Elektrolytstoffwechsel • akzidentelle Hypothermie
Priglinger, Dr. Ute (NFA)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Gerinnungsdiagnostik • Gerinnungstherapie
Schenk, a.o. Prof. Dr. Peter (13h1)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • ARDS • pulmonale Hypertension • Pulmonalembolie • Nichtinvasive Beatmung
Schreiber, a.o. Prof. Dr. Wolfgang (NFA)	Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Akutes Koronarsyndrom • Thrombolyse
Sperr, a.o. Prof. Dr. Wolfgang (13i2)	Innere Medizin, Hämatologie-Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> • Hämatologische Neoplasien
Staudinger, a.o. Prof. Dr. Thomas (13i2)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • ARDS

		<ul style="list-style-type: none"> • Scoring, Prognosekriterien
Sterz, a.o. Prof. Dr. Fritz (NFA)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische u. exp. Reanimationsforschung
Woisetschläger, Christian (NFA)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertensiologie
Zeiner-Schatzl, OA Dr. Andrea (NFA)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Reanimationsforschung
Zauner, a.o. Prof. Dr.Christian (13h1)	Innere Medizin, Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährung u. Stoffwechsel • Sepsis

Publikationen

Originalarbeiten aus dem Bereich internistische Intensivmedizin im AKH, die seit 2000 in Top-Journalen publiziert wurden, aufgelistet nach Themenschwerpunkten:

Angina pectoris, Myokardinfarkt, Kardiogener Schock, kardiovaskuläre Interventionen

<p>Beran G, Lang I, Schreiber W, Denk St, Stefenelli Th, Syeda B, Maurer G, Glogar D, Siostrzonek P. Intracoronary Thrombectomy with the X-Sizer Catheter System Improves Epicardial Flow and Accelerates ST-Segment Resolution in Patients With Acute Coronary Syndrome. <i>Circulation</i> 2002; 105: 2355-2360</p>
<p>Bur A, Bayegan K, Holzer M, Herkner H, Schreiber W, Siostrzonek P, Hirschl M, Laggner A.N, Domanovits H. Intra-aortic balloon counterpulsation in the emergency department: a 7-year review and analysis of predictors of survival. <i>Resuscitation</i> 2002; 53: 259-264</p>
<p>Derhaschnig U, Laggner AN, Röggl M, Hirschl MM, Kapiotis S, Marsik C, Jilma B. Evaluation of coagulation markers for early diagnosis of acute coronary syndromes in the emergency room. <i>Clin Chem</i> 2002; 48: 1924-1930</p>
<p>Domanovits H, Schillinger M, Paulis M, Rauscha F, Thoenissen J, Nikfardjam M, Laggner A.N. Acute chest pain – a stepwise approach, the challenge of the correct clinical diagnosis. <i>Resuscitation</i> 2002; 55: 9-16</p>
<p>Frossard M, Fuchs I, Leitner JM, Hsieh K, Vlcek M, Losert H, Domanovits, H, Schreiber W, Laggner AN, Jilma B. Platelet function predicts myocardial damage in patients with acute myocardial infarction. <i>Circulation</i> 2004; 110: 1392-1397</p>
<p>Geppert A, Steiner A, Delle-Karth G, Heinz G, Huber K. Usefulness of procalcitonin for diagnosing complicating sepsis in patients with cardiogenic shock. <i>Intensive Care Med.</i> 2003; 29:1384-1389</p>
<p>Geppert A, Steiner A, Zorn G, Delle-Karth G, Koreny M, Haumer M, Siostrzonek P, Huber K, Heinz G. Multiple organ failure in patients with cardiogenic shock is associated with high plasma levels of interleukin-6. <i>Crit Care Med</i> 2002; 30: 1987-1994</p>
<p>Grimm M, Czerny M, Baumer H, Kilo J, Madl Ch, Kramer L, Rajek A, Wolner E. Normothermic cardiopulmonary bypass is beneficial for cognitive brain function after coronary artery bypass grafting – a prospective randomized trial. <i>Eur J Cardiothorac Surg</i> 2000; 18: 270-275</p>
<p>Gyöngyösi M, Glogar D, Weidinger F, Domanovits H, Laggner AN, Wojta J, Zorn G, Jordanova N, Huber K. Association between plasmin activation system and intravascular ultrasound signs of plaque instability in patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. <i>Am Heart J</i> 2004; 147: 158-164</p>
<p>Herkner H, Thoenissen J, Nikfardjam M, Koreny M, Laggner AN, Müllner M. Short versus prolonged bed rest after uncomplicated acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. <i>J Clin Epidemiol</i> 2003, 56: 775-781</p>
<p>Herkner H, Waldenhofer U, Laggner A.N, Müllner M, Oschatz E, Spitzauer S, Gamper G, Bur A, Hirschl MM. Clinical application of rapid quantitative determination of cardiac troponin-T in an emergency department setting. <i>Resuscitation</i> 2001; 49: 259-264</p>

<p>Koreny M, Karth GD, Geppert A, Neunteufl T, Priglinger U, Heinz G, Siostrzonek P. Prognosis of patients who develop acute renal failure during the first 24 hours of cardiogenic shock after acute myocardial infarction. Am J Med 2002; 112: 115-119</p>
<p>Koreny M, Koller Strametz J, Geppert A, Delle Karth G, Heinz G, Maurer G, Siostrzonek P. Elevation of prostatic markers following cardiogenic shock. Intensive Care Med. 2001; 27: 447</p>
<p>Nikfardjam M, Müllner M, Schreiber W, Oschatz E, Exner M, Domanovits H, Laggner AN, Huber K. The association between C-reactive protein on admission and mortality in patients with acute myocardial infarction. J Intern Med 2000; 247:341-345</p>
<p>Schreiber W, Herkner H, Koreny M, Bur A, Hirschl M.M, Glogar D, Huber K, Laggner A.N. Predictors of survival in unselected patients with acute myocardial infarction requiring continuous catecholamine support. Resuscitation 2002; 55: 269-276</p>
<p>Zimpfer D, Czerny M, Kilo J, Kasimir MT, Madl C, Kramer L, Wieselthaler GM, Wolner E, Grimm M Cognitive deficit after aortic valve replacement. Ann-Thorac-Surg. 2002; 74: 407-112</p>

Aortenaneurysma/Aortendissektion

<p>Domanovits H, Schillinger M, Müllner M, Hölzenbein T, Janata K, Bayegan K, Laggner A.N. Acute phase reactants in patients with abdominal aortic aneurysm. Atherosclerosis 2002; 163: 297-302</p>
<p>Meron G, Kürkcıyan I, Sterz F, Tobler K, Losert H, Sedivy R, Laggner AN, Domanovits H. Non-traumatic aortic dissection or rupture as cause of cardiac arrest: presentation and outcome. Resuscitation 2004; 60: 143-150</p>
<p>Schillinger M, Domanovits H, Bayegan K, Hölzenbein Th, Grabenwöger M, Thoenissen J, Röggl M, Müllner M. C-reactive protein and mortality in patients with acute aortic disease. Intensive Care Med 2002; 28:740-745</p>
<p>Schillinger M, Domanovits H, Ignatescu M, Exner M, Bayegan K, Sedivy R, Polterauer P, Laggner A.N, Minar E, Kostner K. Lipoprotein(a) in patients with aortic aneurysmal disease. J of Vascular Surgery 2002; 36: 25-30</p>
<p>Wagner A, Domanovits H, Holzer M, Kofler J, Röggl M, Müllner M, Oschatz E, Prager M, Grimm M, Sterz F, Laggner A.N. Plasma endothelin in patients with acute aortic disease. Resuscitation 2002; 53: 71-76</p>

Hämatolo-Onkologie

<p>Schellongowski P, Benesch M, Lang T, Traunmuller F, Zauner C, Laczika K, Locker GJ, Frass M, Staudinger T. Comparison of three severity scores for critically ill cancer patients. Intensive Care Med 2004; 30: 430-436</p>
<p>Staudinger T, Stoiser B, Mullner M, Locker GJ, Laczika K, Knapp S, Burgmann H, Wilfing A, Kofler J, Thalhammer F, Frass M. Outcome and prognostic factors in critically ill cancer patients admitted to the intensive care unit. Crit Care Med 2000; 28:1322-1328</p>

Hämostaseologie und Gerinnungstherapie

<p>Derhaschnig U, Bergmair D, Marsik C, Schlifke I, Wijdenes J, Jilma B. Effect of interleukin-6 blockade on tissue factor-induced coagulation in human endotoxemia. Crit Care Med 2004; 32: 1136-1140</p>
<p>Derhaschnig U, Pachinger C, Jilma B. Variable inhibition of high-shear-induced platelet plug formation by eptifibatide and tirofiban under conditions of platelet activation and high von Willebrand release: A randomized, placebo-controlled, clinical trial. Am Heart J 2004; 147:e17</p>
<p>Derhaschnig U, Pachinger C, Schweeger_Exeli I, Marsik C, Jilma. Blockade of GPIIb/IIIa by eptifibatide and tirofiban does not alter thrombin induced generation in human endotoxemia. Thromb Haemost 2003; 90: 1054-1060</p>
<p>Derhaschnig U, Pernersdorfer T, Knechtelsdorfer M, Hollenstein U, Panzer S, Jilma B. Evaluation of antiinflammatory and antiadhesive effects of heparins in human endotoxemia. Crit Care Med 2003; 31: 1108-1112</p>
<p>Derhaschnig U, Reiter R, Knöbl P, Baumgartner M, Keen P, Jilma B. Recombinant human activated protein C (rhAPC; drotrecogin alfa [activated]) has minimal effect on markers of coagulation, fibrinolysis, and inflammation in acute human endotoxemia. Blood 2003; 102: 2093-2098</p>
<p>Laczika K, Knapp S, Derfler K, Soleiman A, Horl WH, Druml W. Immunoabsorption in Goodpasture's syndrome. Am J Kidney Dis 2000 36:392-395.</p>
<p>Laczika K, Lang IM, Quehenberger P, Mannhalter C, Muhm M, Klepetko W, Kyrle PA. Unilateral chronic thromboembolic pulmonary disease associated with combined inherited thrombophilia. Chest 2002; 121: 286-289</p>
<p>Priglinger U, Delle Karth G, Geppert A, Joukhadar C, Graf S, Berger R, Hülsmann M, Spitzauer S, Pabinger I, Heinz G. Prophylactic anticoagulation with enoxaparin: Is the subcutaneous route appropriate in the critically ill? Crit Care Med 2003, 31: 1405-1409</p>
<p>Staudinger T, Frass M, Rintelen C, Quehenberger P, Wagner O, Stoiser B, Locker GJ, Laczika K, Knapp S, Watzke H. Influence of prothrombin complex concentrates on plasma coagulation in critically ill patients. Intensive Care Med. 1999; 25: 1105-1110</p>
<p>Wenzel C, Stoiser B, Locker GJ, Laczika K, Quehenberger P, Kapiotis S, Frass M, Pabinger I, Knobl P. Frequent development of lupus anticoagulants in critically ill patients treated under intensive care conditions. Crit Care Med 2002; 30: 763-70</p>

Ernährung, Stoffwechsel

<p>Funk GC, Zauner C, Bauer E, Oschatz E, Schneeweiss B Compensatory hypochloreaemic alkalosis in diabetic ketoacidosis Diabetologia 2003;46:871-873</p>
<p>Schindler K, Zauner Ch, Buchmayer H, Födinger M, Wölfl G, Bieglmayer C, Heinz G, Wilfing A, Hörl W, Sunder-Plassmann G High prevalence of hyperhomocysteinemia in critically ill patients Crit Care Med 2000;28:991-995</p>
<p>Zauner C, Rabitsch W, Schneeweiss B, Schiefermeier M, Greinix HT, Keil F, Ratheiser K, Kalhs P Energy and substrate metabolism in patients with chronic extensive graft versus host disease Transplantation 2001; 71: 524-528</p>
<p>Zauner C, Schuster BI, Schneeweiss B Similar metabolic response to a standardized total parenteral nutrition of septic and non-septic</p>

critically ill patients Am J Clin Nutr 2001; 74: 265-270
Zauner Ch, Schneeweiss B, Kranz A, Madl Ch, Ratheiser K, Kramer L, Roth E, Schneider B, Lenz K Resting energy expenditure in short-term starvation is increased due to an increase in serum norepinephrine Am J Clin Nutr 2000; 71: 1511-1515

Infektionen – Sepsis – Septischer Schock – Multiorganversagen

Branger J, Knapp S, Weijer S, Leemans JC, Pater JM, Speelman P, Florquin S, van der Poll T. Role of Toll-like receptor 4 in gram-positive and gram-negative pneumonia in mice. Infect Immun 2004; 72: 788-794
Delle Karth G, Koreny M, Binder T, Knapp S, Zauner C, Valentin A, Honninger R, Heinz G, Siostrzonek P. Complicated infective endocarditis necessitating ICU admission: clinical course and prognosis. Crit Care 2002; 6: 149-154
Frossard M, Joukhadar C, Erovic BM, Dittrich P, Mrass Pem Van Houte M, Burgmann H, Georgopoulos A, Müller M. Distribution and antimicrobial activity of fosfomycin in the interstitial fluid of human soft tissues. Antimicrob Agents Chemother 2000, 44: 2728-2732
Joukhadar C, Frossard M, Mayer BX, Brunner M, Klein N, Siostrzonek P, Eichler HG, Müller M. Impaired target site penetration of beta-lactams may account for therapeutic failure in patients with septic shock. Crit Care Med. 2001; 29: 385-391
Joukhadar C, Klein N, Dittrich P, Zeitlinger M, Geppert A, Skhirtladze K, Frossard M, Heinz G, Muller M: Target site penetration of fosfomycin in critically ill patients. J Antimicrob Chemother. 2003; 51:1247-52
Joukhadar C, Klein N, Mayer BX, Kreischitz N, Delle-Karth G, Palkovits P, Heinz G, Muller M. Plasma and tissue pharmacokinetics of cefpirome in patients with sepsis. Crit Care Med 2002; 30: 1478-82
Knapp S, de Vos AF, Florquin S, Golenbock DT, van der Poll T: Lipopolysaccharide binding protein is an essential component of the innate immune response to Escherichia coli peritonitis in mice. Infect Immun 2003; 71: 6747-6753
Knapp S, Leemans JC, Florquin S, Branger J, Maris NA, Pater J, van Rooijen N, van der Poll T: Alveolar macrophages have a protective antiinflammatory role during murine pneumococcal pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167: 171-179
Losert H, Schmid K, Wilfing A, Winkler S, Staudinger T, Kletzmayer J, Burgmann H: Experiences with severe P. falciparum malaria in the intensive care unit. Intensive Care Med 2000; 26:195-201.
Mundigler G, Delle-Karth G, Koreny M, Zehetgruber M, Steindl-Munda P, Marktl W, Ferti L, Siostrzonek P. Impaired circadian rhythm of melatonin secretion in sedated critically ill patients with severe sepsis. Crit Care Med 2002; 30: 536-40
Traunmuller F, Schenk P, Mittermeyer Ch, Thalhammer-Scherrer R, Ratheiser K, Thalhammer F Clearance of ceftazidime during continuous venovenous haemofiltration in critically ill patients J-Antimicrob-Chemother. 2002; 49: 129-134
Traunmuller F, Thalhammer-Scherrer R, Locker GJ, Losert H, Schmid R, Staudinger T, Thalhammer F. Single-dose pharmacokinetics of levofloxacin during continuous veno-venous haemofiltration in critically ill patients. J Antimicrob Chemother 2001; 47: 229-231
Zauner C, Gendo A, Kramer L, Funk G, Bauer E, Schenk P, Ratheiser K, Madl C Impaired subcortical and cortical sensory evoked potential pathways in septic patients

Crit-Care-Med. 2002; 30: 1136-1139
Zauner Ch, Gendo A, Kramer L, Kranz A, Grimm G, Madl C Metabolic encephalopathy in critically ill patients suffering from septic or non-septic multiple organ failure Crit Care Med 2000; 28:1310-1315
Zeitlinger MA, Dehghanyar P, Mayer BX, Schenk BS, Neckel U, Heinz G, Georgopoulos A, Muller M, Joukhadar C: Relevance of soft-tissue penetration by levofloxacin for target site bacterial killing in patients with sepsis. Antimicrob Agents Chemother. 2003; 47: 3548-3553.
Zeitlinger MA, Marsik C, Georgopoulos A, Muller M, Heinz G, Joukhadar C: Target site bacterial killing of cefpirome and fosfomycin in critically ill patients. Int J Antimicrob Agents. 2003; 21: 562-567

Leberversagen

Kramer L, Bauer E, Funk G, Hofer H, Jessner W, Munda-Steindl P, Wrba F, Madl C, Ferenci P Subclinical impairment of brain function in chronic hepatitis C infection – Does hepatitis C virus affect the brain? J Hepatology 2002; 37: 349-354
Kramer L, Bauer E, Gendo A, Funk G, Madl C, Pidlich J, Gangl A Neurophysiological evidence of cognitive impairment in patients without hepatic encephalopathy after transjugular intrahepatic portosystemic shunts Am-J-Gastroenterol. 2002; 97: 162-166
Kramer L, Bauer E, Joukhadar C, Strobl W, Gendo A, Madl C, Gangl A Citrate pharmacokinetics and metabolism in cirrhotic and noncirrhotic critically ill patients Crit Care Med 2003; 31: 2450-2455
Kramer L, Gendo A, Madl C, Ferrara I, Funk G, Schenk P, Sunder-Plassmann G, Hörl Wh Biocompatibility of a cuprophane charcoal-based detoxification device in cirrhotic patients with hepatic encephalopathy Am J Kidney Dis 2000;36:1193-1200
Kramer L, Tribl B, Gendo A, Zauner C, Schneider B, Ferenci P, Madl C Partial pressure of ammonia versus ammonia in hepatic encephalopathy Hepatology 2000; 31:30-34
Schiefermeier M, Kollegger H, Madl C, Polli C, Oder W, Kühn HJ, Berr F, Ferenci P The impact of apolipoprotein E genotypes on age at onset of symptoms and phenotypic expression in Wilson disease Brain 2000; 123: 585-590
Zauner Ch, Schneeweiss B, Schneider B, Madl Ch, Klos H, Kranz A, Ratheiser K, Kramer L, Lenz K Short-term prognosis in critically ill patients with liver cirrhosis: an evaluation of a new scoring system Eur J Gastroenterol Hepatol 2000; 12: 517-522

Lungenversagen, pulmonale Hypertension,

Petkov V, Ziesche R, Mosgoeller W, Schenk P, Vonbank K, Stiebellehner L, Raderer M, Brunner C, Block LH Aerosolised iloprost improves pulmonary hemodynamics in patients with primary pulmonary hypertension receiving continuous epoprostenol therapy Thorax. 2001; 56: 734-736
Schenk P, Fuhrmann V, Madl C, Funk G, Lehr S, Kandel O, Müller C Hepatopulmonary syndrome: prevalence and predictive value of various cut offs for arterial oxygenation and their clinical consequences Gut. 2002; 51: 853-859

Schenk P, Globits S, Koller J, Brunner C, Artemiou O, Klepetko W, Burghuber OC Accuracy of echocardiographic right ventricular parameters in patients with different end-stage lung diseases prior to lung transplantation J Heart Lung Transplant 2000;19:145-154
Schenk P, Madl C, Rezaie-Majd S, Lehr S, Müller C. Methylene blue improves the hepatopulmonary syndrome Ann Intern Med 2000;133: 701-706
Schenk P, Petkov V, Madl C, Kramer L, Kneussl M, Ziesche R, Lang I. Aerosolized iloprost therapy could not replace long-term iv epoprostenol (prostacyclin) administration in severe pulmonary hypertension Chest 2001;119: 296-300
Schenk P, Schöniger-Hekele M, Fuhrmann V, Madl C, Kandl O, Müller C Prognostic significance of the hepatopulmonary syndrome in patients with cirrhosis Gastroenterology 2003;125: 1042-1052
Schenk P, Vonbank K, Schnack B, Haber P, Lehr S, Smetana R Intravenous Magnesium Sulfate for Bronchial Hyperreactivity, a Randomized, Controlled, Double-Blind Study Clin Pharmacol Ther 2001; 69: 365-371
Stiebellehner L, Petkov V, Vonbank K, Funk G, Schenk P, Ziesche R, Block LH. Long-term treatment with oral sildenafil in addition to continuous IV epoprostenol in patients with pulmonary arterial hypertension Chest 2003;123:1293-1295
Vonbank K, Ziesche R, Higenbottam TW, Stiebellehner L, Petkov V, Schenk P, Germann P, Block LH Controlled prospective randomised trial on the effects on pulmonary haemodynamics of the ambulatory long term use of nitric oxide and oxygen in patients with severe COPD Thorax 2003; 58: 289-293
Ziesche R, Petkov V, Wittmann K, Kopatschka J, Stiebellehner L, Schenk P, Germann P, Roder G, Ullrich R, Block LH Treatment with epoprostenol reverts nitric oxide non-responsiveness in patients with primary pulmonary hypertension Heart 2000; 83: 406-409

Monitoring, Hypertonie

Buchmayer H, Sunder-Plassmann G, Hirschl MM, Kletzmayer J, Woisetschläger Ch, Laggner AN, Hörl W. G-Protein $\beta 3$ subunit gene (GNB3) polymorphism 825C \rightarrow T in patients with hypertensive crisis. Crit Care Med 2000; 28: 3203-3206
Bur A, Herkner H, Vlcek M, Woisetschläger C, Derhaschnig U, Delle Karth G, Laggner AN, Hirschl MM. Factors influencing the accuracy of oscillometric blood pressure measurement in critically ill patients. Crit Care Med 2003, 31: 793-799
Bur A, Hirschl MM, Herkner H, Oschatz E, Kofler J, Woisetschläger Ch, Laggner AN. Accuracy of oscillometric blood pressure measurement according to the relation between cuff size and upper-arm circumference in critically ill patients. Crit Care Med 2000; 28: 371-376
Derhaschnig U, Kittler H, Woisetschläger C, Bur A, Herkner H, Hirschl MM. Microalbumin measurement alone or calculation of the albumin/creatinine ratio for the screening of hypertensive patients? Nephrol Dial Transplant 2002; 17 : 81-85
Derhaschnig U, Shehata M, Herkner H, Bur A, Woisetschläger C, Laggner AN, Hirschl. Increased levels of transforming growth factor- $\beta 1$ in essential hypertension. Am J Hypertens 2002; 15: 207-211
Hirschl MM, Kittler H, Woisetschläger C, Siostrzonek P, Staudinger T, Kofler J, Oschatz E, Bur A, Gwechenberger M, Laggner AN.

<p>Simultaneous comparison of thoracic bioimpedance and arterial pulse waveform-derived cardiac output with thermodilution measurement. <i>Crit Care Med</i> 2000; 28: 1798-1802</p>
<p>Sunder-Plassmann G, Kittler H, Eberle C, Hirschl M.M, Woisetschläger Ch, Derhaschnig U, Laggner A.N, Hörl W.H, Födinger M. Angiotensin converting enzyme DD genotype is associated with hypertensive crisis. <i>Crit Care Med</i> 2002; 30: 2236-2241</p>
<p>Woisetschläger C, Waldenhofer U, Bur A, Herkner H, Kiss K, Binder M, Laggner AN, Hirschl MM. Increased blood pressure response to the cold pressor test in pregnant women developing pre-eclampsia. <i>J Hypertens</i> 2000;18: 399-403</p>

Nierenversagen, Nierenersatztherapie

<p>Domanovits H, Schillinger M, Müllner M, Thoennissen J, Sterz F, Zeiner A, Druml W. Acute renal failure after successful cardiopulmonary resuscitation. <i>Intensive Care Medicine</i> 2001; 27:1194-1199</p>
<p>Födinger M, Buchmayer H, Heinz G, Papagiannopoulos M, Kletzmayer J, Perschl A, Vychytil A, Hörl WH, Sunder-Plassmann G. Association of two MTHFR polymorphisms with total homocysteine plasma levels in dialysis patients. <i>Am J Kidney Dis</i> 2001; 38: 77-84</p>
<p>Fuhrmann V, Schenk P, Mittermayer C, El Menyawi I, Ratheiser K, Thalhammer F Single-dose pharmacokinetics of ofloxacin during continuous venovenous hemofiltration in critical care patients <i>Am J Kidney Dis</i> 2003; 42: 310-314</p>
<p>Schenk P, Rosenkranz AR, Wolf G, Hörl WH, Traindl O. Recombinant tissue plasminogen activator is a useful alternative to heparin in priming quinton permcath. <i>Am J Kidney Dis</i> 2000; 35:130-136</p>
<p>Zeiner A, Sunder-Plassmann G, Sterz F, Holzer M, Losert H, Laggner AN, Müllner M. The effect of mild therapeutic hypothermia on renal function after cardiopulmonary resuscitation in men. <i>Resuscitation</i> 2004; 60: 253-261</p>

Pankreasfunktion bei intensivmedizinischen Erkrankungen

<p>Tribl B, Madl C, Mazal P, Schneider B, Spitzauer S, Vogelsang H, Gangl A. Exocrine pancreatic function in critically ill patients: Septic shock versus non-septic patients. <i>Crit Care Med</i> 2000; 28: 1393-1398</p>
<p>Tribl B, Sibbald WJ, Vogelsang H, Spitzauer S, Gangl A, Madl C Exocrine pancreatic dysfunction in sepsis <i>Eur J Clin Invest</i> 2003; 33: 239-243</p>

Pulmonalembolie

<p>Janata K, Holzer M, Laggner AN, Müllner M. Cardiac troponin T in the severity assessment of patients with pulmonary embolism: cohort study. <i>Brit med J</i> 2003, 326:312-313</p>
<p>Kürkciyan I, Meron G, Sterz F, Janata K, Domanovits H, Holzer M, Berzlanovich A, Bankl Hans C, Laggner AN. Pulmonary Embolism as Cause of Cardiac Arrest <i>Arch Intern Med</i> 2000,160: 1529-1535</p>

Reanimation

Bauer E, Funk GC, Gendo A, Kramer L, Zauner C, Sterz F, Schneider B, Madl C Electrophysiological assessment of the afferent sensory pathway in cardiac arrest survivors Eur J Clin Invest. 2003;33:283-287
Bur A, Kittler H, Sterz F, Holzer M, Eisenburger P, Oschatz E, Kofler J, Laggner A.N. Effects of bystander first aid, defibrillation and advanced life support on neurologic outcome and hospital costs in patients after ventricular fibrillation cardiac arrest. Intensive Care Medicine 2001; 9: 1474-1478
Fertl E, Vass K, Sterz F, Gabriel H, Auff E. Neurological rehabilitation of severely disabled cardiac arrest survivors. Resuscitation 2000, 47:231-240
Fleischhackl R, Losert H, Haugk M, Eisenburger p; Sterz F, Laggner AN, Herkner H. Differing operational outcomes with six commercially available automated external defibrillators. Resuscitation 2004; 62: 167-174
Gamper G, Willeit M, Sterz F, Herkner H, Zoufaly A, Hornik K, Havel C, Laggner AN. Life after death: Posttraumatic stress disorder in survivors of cardiac arrest – Prevalence, associated factors, and the influence of sedation and analgesia. Crit Care Med 2004; 32: 378-383
Gendo A, Kramer L, Häfner M, Funk GC, Zauner C, Sterz F, Holzer M, Bauer E, Madl C Time-dependency of sensory evoked potentials in comatose cardiac arrest survivors Intensive Care Med 2001; 27: 1305-1311
Geppert A, Zorn G, Delle-Karth G, Heinz G, Maurer G, Siostrzonek P, Huber K: Plasminogen activator inhibitor type 1 and outcome after successful cardiopulmonary resuscitation. Crit Care Med. 2001;29: 1670-1677
Geppert A, Zorn G, Delle-Karth G, Koreny M, Siostrzonek P, Heinz G, Huber K. Plasma concentration of Von Willebrand factor and intracellular adhesion molecule-1 for prediction of outcome after successful cardiopulmonary resuscitation. Crit Care Med. 2003; 31: 805-811
Herkner H, Eisenburger Ph, Havel Ch, Laggner A.N. Dashing with scooters to in-hospital emergencies: a randomised cross-over experiment. Resuscitation 2002; 52: 293-296
Holzer M, Sterz F. Mild therapeutic Hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. N Engl J Med 2002; 346: 549-556
Janata K, Holzer M, Kürkciyan I, Losert H, Riedmüller E, Pikula B, Laggner AN, Lazika K. Major bleeding complications in cardiopulmonary resuscitation: the place for thrombolytic therapy in cardiac arrest due to massive pulmonary embolism. Resuscitation 2003, 57: 49-55
Kliegel A, Scheinecker W, Eisenburger Ph, Sterz F, Malzer R, Kaff A, Redelsteiner Ch, Meixner G, Lillie P, Tikal M, Peschel H. Hurrah – we are still alive! A different dimension in post-resuscitative care: the annual gathering of cardiac arrest survivors at a typical Viennese wine tavern. Resuscitation 2002; 52: 301-304
Kliegel A, Scheinecker W, Sterz F, Eisenburger Ph, Holzer M, Laggner AN. The attitudes of cardiac arrest survivors and their family members towards CPR courses. Resuscitation 2000, 47: 147-154
Kofler J, Sterz F, Hofbauer R, Rodler S, Schuster E, Winkler M, Schwendenwein I, Losert U, Bieglmayer C, Benumof JL, Frass M: Epinephrine application via an endotracheal airway and via the Combitube in esophageal position. Crit Care Med 2000; 28: 1445-1449
Kürkciyan I, Meron G, Sterz F, Müllner M, Tobler K, Domanovits H, Schreiber W, Bankl HC, Laggner AN. Major bleeding complications after cardiopulmonary resuscitation: impact of thrombolytic treatment.

J Internal Medicine 2003, 253: 1-8
Madl CH, Kramer L, Domanovits H, Woolard RH, Gervais H, Gendo A, Eisenhuber E, Grimm G, Sterz F. Improved outcome prediction in unconscious cardiac arrest survivors with sensory evoked potentials compared with clinical assessment. Crit Care Med 2000, 28:721-726
Oschatz E, Wunderbaldinger P, Sterz F, Holzer M, Kofler J, Slatin H, Janata K, Eisenburger Ph, Bankier A, Laggner A.N. Cardiopulmonary Resuscitation Performed by Bystanders Does Not Increase Effects as Assessed by Chest Radiography. Anesth Analg 2001; 93: 128-133
Schiefermeier M, Kollegger H, Madl C, Schwarz C, Holzer M, Kofler J, Sterz F. Apolipoprotein E polymorphism: Survival and neurological outcome after cardiopulmonary resuscitation. Stroke 2000;31:2068-2073
Schreiber W, Gabriel D, Sterz F, Müllner M, Kürkciyan I, Holzer M, Laggner A.N. Thrombolytic therapy after cardiac arrest and its effect on neurological outcome. Resuscitation 2002; 52: 63-69
Zeiner A, Holzer M, Sterz F, Behringer W, Schörkhuber W, Müllner M, Frass M, Siostrzonek P, Ratheiser K, Kaff A, Laggner AN. Mild resuscitative hypothermia to improve neurological outcome after cardiac arrest. Stroke 2000; 31: 86-94
Zeiner A, Holzer M, Sterz F, Schörkhuber W, Eisenburger Ph, Havel Ch, Kliegel A, Laggner A.N. Hyperthermia After Cardiac Arrest Is Associated with an Unfavorable Neurologic Outcome. Arch Intern Med. 2001; 161: 2007-2012

Respiratorische Insuffizienz und Atemwegsmanagement

Eisenburger P, Laczika K, List M, Wilfing A, Losert H, Hofbauer R, Burgmann H, Bankl H, Pikula B, Benumof JL, Frass M. Comparison of conventional surgical versus Seldinger technique emergency cricothyrotomy performed by inexperienced clinicians. Anesthesiology 2000; 92: 687-690
Frass M, Losert H, Hofbauer R, Wilfing A, Knapp S. The evaluation of the usefulness of alternate devices for difficult and/or emergency intubation. J Trauma 2000; 48: 362-363
Knapp S, Kofler J, Stoiser B, Thalhammer F, Burgmann H, Posch M, Hofbauer R, Stanzel M, Frass M: The assessment of four different methods to verify tracheal tube placement in the critical care setting. Anesth Analg 1999; 88: 766-70.
Kofler J, Sterz F, Hofbauer R, Rödler S, Schuster E, Winkler M, Schwendenwein I, Losert U, Bieglmayer Ch, Benumof JL, Frass M. Epinephrine Application via an Endotracheal Airway and via the Combitube™ in Esophageal Position. Crit Care Medicine 2000, 28: 1445-1449
Rabitsch W, Schellongowski P, Staudinger T, Hofbauer R, Dufek V, Eder B, Raab H, Thell R, Schuster E, Frass M. Comparison of a conventional tracheal airway with the Combitube in an urban emergency medical services system run by physicians. Resuscitation 2003; 57: 27-32
Staudinger T, Kofler J, Mullner M, Locker GJ, Laczika K, Knapp S, Loserr H, Frass M. Comparison of prone positioning and continuous rotation of patients with adult respiratory distress syndrome: results of a pilot study. Crit Care Med 2001; 29: 51-56.

Rhythmologie

Delle Karth G, Geppert A, Neunteufl T, Priglinger U, Haumer M, Gschwandtner M, Siostrzonek P, Heinz G. Amiodarone versus diltiazem for rate control in critically ill patients with atrial tachyarrhythmias. Crit Care Med 2001; 29: 1149-53
Delle Karth G, Reinelt P, Buberl A, Geppert A, Hülsmann M, Berger R, Heinz G. Circadian variation in ventricular tachycardia and atrial fibrillation in a medical-cardiological ICU. Intensive Care Med 2003; 29: 963-968
Domanovits H, Schillinger M, Thoennissen, Nikfardjam M, Janata K, Brunner M, Laggner AN. Termination of recent-onset atrial fibrillation/flutter in the emergency department: a sequential approach with intravenous ibutilide and external electrical cardioversion. Resuscitation 2000, 45: 181-187
Reinelt P, Delle Karth G, Geppert A, Heinz G. Incidence and type of cardiac arrhythmias in critically ill patients: a single center experience in a medical-cardiological ICU. Int Care Med 2001; 27: 1466-1473
Watson JN, Addison PS, Clegg GR, Holzer M, Sterz F, Robertson CE, Novel A. Wavelet Transform Based Analysis Reveals Hidden Structure in Ventricular Fibrillation. Resuscitation 2000, 43: 121-127

Schlaganfall

Kürkciyan I, Meron G, Sterz F, Domanovits H, Tobler K, Laggner A.N, Steinhoff N, Berzlanovich A, Bankl HC. Spontaneous subarachnoid haemorrhage as a cause of out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 2001; 51: 27-32
Thoennissen J, Herkner H, Lang W, Laggner AN, Müllner M. Bedrest after subarachnoidal puncture to prevent headache. A systematic review. Can Med Assoc J 2001; 165: 1311-1316
Vlcek M, Schillinger M, Lang W, Lalouschek W, Bur A, Hirschl MM Association between course of blood pressure and functional recovery after acute ischemic stroke Ann Emerg Med 2003, 42: 619-626
Woisetschläger Ch, Kittler H, Oschatz E, Bur A, Lang W, Waldenhofer U, Laggner AN, Hirschl MM. Out-of-hospital diagnosis of cerebral infarction versus intracranial hemorrhage. Intensive Care Med 2000; 26: 1561-1565

Verschiedenes

Frey R, Decker K, Reinfried L, Klösch G, Saletu B, Anderer P, Semlitsch V, Seidler D, Laggner A.N. Effect of rest on physicians' performance in an emergency department, objectified by electroencephalographic analysis and psychometric tests. Crit Care Med 2002; 30: 2322-2329
Schnider P, Birner P, Gendo A, Ratheiser K, Auff E Bladder volume determination: portable 3D versus stationary 2D ultrasound device. Arch-Phys-Med-Rehabil. 2000; 81:18-21
Seidler D, Schmeiser-Rieder A, Schlarp O, Laggner AN. Heroin and opiate emergencies in Vienna: analyses at the municipal ambulance service. J of Clinical Epidemiology 2000; 52: 734-741

Laufende Forschungsprojekte

Derzeit im AKH im Bereich internistische Intensivmedizin laufende Forschungsprojekte aufgelistet nach Themenschwerpunkten:

Akutes Koronarsyndrom, Myocardinfarkt, kardiogener Schock

Meyer B, Wexberg P, Delle Karth G, Hülsmann M, Heinz G. Comparison of two methods of cardiac output measurement in patients with low output and cardiogenic shock. LIDCO vs pulmonary artery catheter thermodilution.	EK 266/2004
Frossard M. Individualised aspirin dose adjustment by measurement of platelet function with the PFA-100 device in acute coronary syndromes	EK Nr. 250/2001
Laggner A, Schreiber W. Clopidogrel plus Acetylsalicylsäure (ASS) vs ASS-Monotherapie bei Patienten mit akutem Myokardinfarkt mit ST-Hebung, die eine Fibrinolysetherapie erhalten	EK Nr. 442/2002
Meyer B, Heinz G. Should we inhibit nitric Oxide synthase in patients with Cardiogenic shock (SHOCK-2)	EK 376/2003
Madl C. Comparison of dopamine and norepinephrine as the first vasoactive agent in the management of shock (Internationale multizentrische Studie)	EK-Nr. 234/2004
Schreiber W, Glogar D. ASSENT IV PCI - A phase IIIb-IV, randomised, open label trial evaluating the efficacy and safety of Tenecteplase together with unfractionated heparin prior to early PCI as compared to standard PCI in patients with acute myocardial infarction.	EK Nr. 404/2003

ARDS, Respiratorische Insuffizienz, pulmonale Hypertension, Pulmonalembolie, Beatmungstherapie

Funk G, Madl C. Vasoaktives Intestinales Peptid in der Therapie von ALI (Acute Lung Injury) und ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrom)	EK-Nr. 131/2003
Keil F, Staudinger T. Nicht-invasive versus invasive Beatmung bei hämatologisch-onkologischen Patienten mit respiratorischer Insuffizienz.	EK-Nr.: 276/2003
Locker G, Staudinger T, Mittermay R. Dosis-Wirkungsbeziehung von inhalativem Prostaglandin I ₂ versus inhalativem Prostaglandin E ₁ bei Patienten mit ARDS: Effektivitätsvergleich in Bezug auf paO ₂ /FiO ₂ Ratio, Qs/Qt und PAP.	EK-Nr.: 246/2004.
Schenk P, Fuhrmann V. Venticute® (rSP-C Surfactant) in Patients with Pneumonia or Aspiration of Gastric Contents Leading to Intubation, Mechanical Ventilation, and Severe Oxygenation Impairment (VALID Study)".(Internationale multizentrische Studie)	EK-Nr. 375/2003
Schenk P. Inhaled Nitric Oxide in Pulmonary Embolism, a Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Study	EK-Nr.: 305/2001
Frass M, Laczika K, Locker G, Staudinger T. Venticute (rSP-C Surfactant) in patients with pneumonia or aspiration of gastric contents leading to intubation, mechanical ventilation and severe oxygenation impairment (VALID). Multicenterstudie.	EK-Nr.: 375/2003
Staudinger T. Randomisierte, prospektive Multicenterstudie: Vergleich der kontinuierlichen Rotationstherapie gegen Standardpflege zur Prophylaxe der ventilatorassoziierten Pneumonie.	EK-Nr.: 038/2004
Staudinger T.	EK-Nr.:

Physiologische Effekte der kontinuierlichen Rotationstherapie auf Oxygenierung und Hämodynamik bei Patienten mit Acute Lung Injury oder ARDS.	262/1998
Zauner A, Madl C. Einfluß der permissiven Hyperkapnie bei ARDS auf die Hirnfunktion.	EK-Nr. 2001

Endokrinologie, Ernährung und Stoffwechsel

Ratheiser K, Zauner C. Insulin Resistance in Critically Ill Medical Patients - A potential handicap for the efficiency of nutritional regimens. Epidemiology and potential normalization	EK-Nr. 292/1999
Zauner C, Holzinger U. Isokalorischer versus hypokalorischer Beginn einer künstlichen Ernährung bei kritisch Kranken	EK-Nr. 313/2001

Gastroenterologie

Madl C. Einfluss von Esomeprazol i.v. im Vergleich zu Ranitidin i.v. auf den intragastralen pH-Wert bei Intensivpatienten: eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte, doppelblinde Studie	EK-Nr. 142/2004
---	--------------------

Hämostaseologie

Locker G. Gerinnungsanalysen bei Patienten unter Extracorporaler Membranoxygenation (ECMO) mit und ohne gleichzeitiger kontinuierlicher Applikation von PGE1	EK-Nr. 132/2001
Priglinger U, Pabinger I, Spitzauer S, Delle Karth G, Heinz G: Thromboembolic prophylaxis with dalteparin in critically ill patients and medical patients.	EK 008/2003

Leberversagen

Kramer L. Einfluß einer MARS-Therapie auf die kognitive Hirnfunktion bei cholestatischem Pruritus	EK-Nr.: 237/2003
--	---------------------

Nierenversagen, Nierenersatztherapie

Schenk P, Fuhrmann V. Multiple-dose pharmacokinetics of voriconazole during continuous venovenous hemodialfiltration	EK- Nr.:405/2004
---	---------------------

Polyneuropathie

Sycha T, Madl C. Early treatment with intravenous immunoglobulin in patients with critical illness polyneuropathy and/or myopathy (CIPNM): A randomised controlled, double blinded study	EK-Nr. 051/2004
---	--------------------

Reanimation

Schreiber W. Eine prospektive, randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte, internationale, multizentrische Studie in Parallelgruppen, zur Untersuchung der Wirksamkeit und der Sicherheit von TNK-tPA (Metalyse) während der kardiopulmonalen Reanimation, verglichen mit der Standardbehandlung bei Patienten mit Herzstillstand mit vermuteter kardialer Ursache. TROICA-Studie	EK Nr. 054/2004
Sterz F. Monitoring von Atmung und Puls durch Impedanzmessung über Defibrillator-Klebelektroden	EK-Nr. 185/2003
Sterz F. Hypothermia in Cardiac Arrest	EK-Nr. 444/2003
Sterz F. Hypothermia after Cardiac Arrest, The CoolHeart Registry	EK-Nr. 486/2003
Sterz F. ARCTIC SUN Trial - Therapeutic Hypothermia after Cardiac Arrest	EK-Nr. 282/2004
Behringer W. Extracorporeal veno-venous blood shunt cooling to induce mild hypothermia in humans after cardiac arrest. A feasibility trial	EK Nr. 121/2004
Sterz F, Behringer W. Novel resuscitation research for normvolemic cardiac arrest in pigs.	BM:BWK GZ 66.009/42- Pr/4/2002

Rhythmusstörungen

Domanovits H. Ibutilide versus high dose digoxin in recent-onset atrial fibrillation.	EK Nr. 239/2002
Sterz F. Raven Clinical ECG Data Collection, Phase 1.	EK-Nr. 370/2004

Sepsis, septischer Schock, Infektionen, Pneumonie

Delle Karth G, Lassnig A, Haisjackl M, Wollenek G, Grimm M, Hiesmayr M, Heinz G. Amiodarone to prevent post-cardiopulmonary bypass inflammatory response.	EK 078/2001
Frass M, Laczika K, Locker G, Staudinger T. Aktiviertes Protein C (Drotrecogin alpha activated, Xigris®) bei Patienten mit Sepsis und Einorganversagen: ADDRESS-Studie	EK-Nr.: 367/2002
Heinz G. CORTICUS - Corticosteroid therapy of septic shock. A multi-national, prospective, double blinded, randomized, placebo controlled study	EK 278/2001
Knapp S, Winkler S. Zelluläre Zytokinproduktion im septischen Schock - Einfluss von Hydrocortison.	EK-Nr.: 282/2000
Kramer L, Madl C. Einsatz von Ursodeoxycholsäure zur Therapie der Sepsis-assoziierten Cholestase beim Intensivpatienten (Nationale multizentrische Studie).	EK-Nr.: 07/2003
Locker G, Schellongowski P. Katecholaminaufwand bei vasopressorpflichtigen Patienten: Blutdruck-messung via A. radialis vs. A. femoralis.	EK-Nr.: 131/2001.
Staudinger T, Schellongowski P. Polymorphismen und Mutationen am Mannose-binding Lectin (MBL)-Gen bzw. MBL-Spiegel und Häufigkeit von Infektionen bei internistischen Intensivpatienten.	EK Nr.: 381/2001

**EXZELLENZZENTRUM INTERNISTISCHE INTENSIVMEDIZIN
CENTER OF EXCELLENCE OF MEDICAL INTENSIVE CARE
(CEMIC)**

Mit freundlicher Unterstützung von:



**Für die Veranstalter:
Univ. Prof. Dr. A.N.Laggner
Univ. Klinik für Notfallmedizin
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Tel: **43/1/40400/1954
Fax: **43/1/40400/2512
e-mail: anton.laggner@meduniwien.ac.at**