



25 Jahre Universitäre Notfallmedizin in Wien

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NOTFALLMEDIZIN



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN



Allgemeines Krankenhaus
der Stadt Wien



Markus Müller
Rektor der Medizinischen Universität Wien

Vorwort

Aus der „Besonderen klinischen Einrichtung Notaufnahme“ im sogenannten „Neuen AKH“ Wien ist im Jahre 2000 die Universitätsklinik für Notfallmedizin geworden.

Das Team um Prof. Laggner erfüllt in vorbildlicher Weise die Ziele, Werte und Aufgaben der Medizinischen Universität Wien: PatientInnenversorgung, Forschung und Lehre auf international höchstem Niveau. Die Klinik hat eine unersetzliche Rolle als Anlaufstelle für PatientInnen, die vom Rettungssystem angeliefert werden, und für Sekundärtransporte aus anderen Einrichtungen, die eine Versorgung in einem tertiären, universitären Krankenhaus benötigen. Den internationalen Vergleich bezüglich des publikatorischen Forschungs-Outputs braucht die Klinik nicht zu scheuen, sie zählt zu den renommiertesten ihres Faches. In der Lehre sind die zahlreichen Aktivitäten von StudentInnen äußerst geschätzt. Besonders sei erwähnt, dass es im Alltagsbetrieb immer wieder gelingt, akut unlösbar erscheinende Situationen mit großartigem Teamgeist aller Berufsgruppen zu meistern. Interdisziplinarität wird an dieser Klinik wahrhaft gelebt.

Ich wünsche unserer „Notfall“ auch für unsere gemeinsame Zukunft alles Gute.

Dem Leiter Prof. Dr. Anton Laggner und seinem Team möchte ich ganz besonders für ihr Engagement und ihre großartigen Leistungen danken und herzlich zum Jubiläum gratulieren.



Gabriela Kornek
Ärztliche Direktorin des AKH Wien

Das Jubiläum aus der Sicht der Ärztlichen Direktorin

Beinahe 70.000 PatientInnen wurden im vergangenen Jahr in der Universitätsklinik für Notfallmedizin des AKH Wien und der Medizinischen Universität Wien begutachtet und behandelt. Täglich werden zwischen 30 und 40 PatientInnen mit der Rettung in die Klinik gebracht. Die Klinik ist nicht nur Anlaufstelle für alle Rettungen und ambulante PatientInnen, die außerhalb der regulären Ambulanzzeiten ins AKH Wien/MedUni Wien kommen, sondern auch für alle PatientInnen, die im Rahmen der wienweiten Herzkatheterbereitschaft und zur interventionellen Schlaganfalltherapie ins AKH Wien kommen. Hinter diesen beeindruckenden Zahlen steht das großartige Team der Universitätsklinik für Notfallmedizin des AKH Wien/MedUni Wien unter der Leitung von Herrn Univ. Prof. Dr. Laggner und der Pflegebereichsleiterin Frau Sedlacek.

Aus der Sicht einer Klinikerin: Die Universitätsklinik für Notfallmedizin wurde im Jahr 1991 mit der Übersiedlung der ersten Stationen und Ambulanzen in das damals neue AKH Wien gegründet. Das Team der Notfallmedizin war innerhalb kürzester Zeit in der klinischen Routine des AKH Wien nicht nur voll etabliert, sondern unersetzlich geworden. Nachdem in den frühen neunziger Jahren die Intensivstationen außerhalb der Kernarbeitszeiten nicht flächendeckend mit zwei ÄrztInnen besetzt waren bzw. oftmals nur ÄrztInnen in Ausbildung im Dienst waren, wurde die Notfallmedizin bald zum verlässlichen Ansprechpartner bei Reanimationen und schwierigen Situationen. Ich war damals im Rahmen meiner Ausbildung auf einer internistischen Intensivstation und habe nicht nur einmal auf den Rat und die Expertise der Notfallmedizin zurückgreifen müssen.

Ab 1996 habe ich als stationsführende Oberärztin der klinischen Abteilung für Onkologie die Notfallmedizin als unersetzlichen Partner in der Betreuung von KrebspatientInnen schätzen gelernt. Die dramatisch ansteigenden Zahlen von onkologischen PatientInnen und die Tatsache, dass die Therapie beinahe ausschließlich tagesklinisch/ambulant durchgeführt wird, haben dazu geführt, dass bei Auftreten von Nebenwirkungen und Komplikationen die PatientInnen die Notfallmedizin aufsuchen. Nachdem nur selten Betten auf der Station der Onkologie verfügbar sind, müssen diese PatientInnen – mit zum Teil schwerwiegenden Komplikationen – häufig ambulant versorgt werden.

Besondere Hochachtung verdient das Team der Universitätsklinik für Notfallmedizin aber für die Betreuung von sterbenden PatientInnen. Trotz fehlender Raumressourcen und der Belastung durch hohe PatientInnenfrequenzen erfolgt die Begleitung von terminalen PatientInnen und deren Angehörigen stets besonders sensibel und beispielhaft.

Aus der Sicht der Ärztlichen Direktorin: Den ständig steigenden Frequenzen jener PatientInnen, die eine stationäre Aufnahme benötigen, steht die Tatsache gegenüber, dass – gemäß medizinischem Masterplan 2020 – deutlich weniger Normalbetten zur Verfügung stehen. Obwohl das sogenannte Rettungskontingent seit vielen Jahren deutlich überschritten wird und an manchen Tagen doppelt so viele Rettungen als vereinbart kommen, werden alle PatientInnen noch in der Universitätsklinik für Notfallmedizin medizinisch abgeklärt und zumeist erst nach Einleiten der Therapie auf die Bettenstationen des AKH Wien oder in andere Spitäler transferiert. Durch die Etablierung der AMA (Allgemeinmedizinische Akutversorgung) im Jahr 2016 ist es gelungen, die Zahl jener PatientInnen, die keine Betreuung in einem Spital benötigen, zu reduzieren. Der Erfolg der AMA ist aber auch auf die exzellente Kooperation mit der Universitätsklinik für Notfallmedizin zurückzuführen. Die hohe fachliche Expertise, das beeindruckende Engagement und die exzellente interdisziplinäre Zusammenarbeit des Teams an der Klinik hat dazu geführt, dass die „Notfall-Rotation“ im Rahmen der FachärztInnen-Ausbildung seit vielen Jahren an der Spitze der Beliebtheitskala liegt.

Aus der Sicht einer Betroffenen: Meine Familie weiß, dass sie mit banalen Erkrankungen im niedergelassenen Bereich medizinisch sehr gut betreut werden kann. Bei schwerwiegenden akuten oder komplexen Erkrankungen ist man jedoch nirgendwo besser aufgehoben als im AKH Wien. Es ist vermutlich einzigartig, dass eine umfassende diagnostische Abklärung aller Krankheitsbilder auch in den Nachtstunden möglich ist und man rund um die Uhr von ausgewiesenen ExpertInnen begutachtet und behandelt wird. Deshalb gelten mein besonderer Dank und meine Gratulation dem großartigen Team der Klinik, begleitet von dem Wunsch, aber auch der Zuversicht, dass die von Herrn Prof. Laggner und seinen MitarbeiterInnen etablierte Klinik auch weiterhin hohe internationale Reputation genießen wird.



Herwig Wetzlinger
Direktor der Teilunternehmung AKH Wien

Das Jubiläum aus der Sicht des Direktors der Teilunternehmung AKH Wien

Herzliche Gratulation der Universitätsklinik für Notfallmedizin zum 25 Jahre Jubiläum. In der Notfallmedizin ist Zeit die mit Abstand wertvollste Ressource. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universitätsklinik für Notfallmedizin leisten Tag für Tag unglaubliches, um akut erkrankte Patientinnen und Patienten schnellstmöglich zu stabilisieren und so die optimalen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Weiterbehandlung schaffen.

Die Univ. Klinik für Notfallmedizin ist ein Aushängeschild für das AKH Wien und ein Sinnbild für interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit. Je zeitkritischer eine Behandlung ist, desto essentieller ist die reibungslose Teamarbeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen. Nur so ist es jetzt und in der Zukunft möglich, jene einzigartige Versorgungsqualität zu bieten, die die Universitätsklinik für Notfallmedizin in den vergangenen 25 Jahren vorgelebt hat.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Laggner und allen seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die unter oftmals extrem schwierigen Bedingungen, dieses Herzstück des AKH Wien zu dem machen, was es ist: ein Ort, an dem die Patientinnen und Patienten nicht nur die bestmögliche medizinische Behandlung erfahren, sondern an dem ihnen auch mit größtem Respekt und Würde begegnet wird. Ich bin mehr als zuversichtlich, dass wir gemeinsam in eine erfolgreiche Zukunft blicken und unserem Leitsatz „AKH – die menschliche Größe“ eine neue Dimension verleihen.



Sabine Wolf
Direktorin des Pflegedienstes des AKH Wien

Das Jubiläum aus der Sicht der Direktorin des Pflegedienstes

In das umfassende Tätigkeitsfeld der Universitätsklinik für Notfallmedizin fließt umfassendes Expertisenwissen ein, womit auch die Entwicklung von ExpertInnen im Pflegebereich verbunden ist, um den Anforderungen an den Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich der hohen Spezifizierung im Bereich der Notfallversorgung zu entsprechen.

So obliegen dem Pflegedienst auch die Triagierung als wesentlicher Schwerpunkt sowie die Assistenz im Rahmen der gesamten und zumeist sehr komplexen Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten.

Die rund 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegebereiches bilden ein Fundament in Bezug auf eine für die Notfallmedizin erforderliche adäquate Personalausstattung. Der gesamte betriebliche Ablauf in der PatientInnenversorgung orientiert sich an internationalen Guidelines, damit organisatorische Erfordernisse und medizinisch-pflegerische Standards state-of-the-art und entsprechend prozessual ablaufen können.

Wenn man so will, kann die Pflege als „Herzstück“ betrachtet werden, zumal es gilt, alle eintreffenden PatientInnen – unabhängig auf welchem Weg sie in die Notfallambulanz kommen – von Beginn an, als integrativer Bestandteil des gesamten Teams, so zu versorgen und zu betreuen, dass sie entweder wieder entlassen werden können oder der Weg für eine weiterführende Behandlung vor- und aufbereitet wird.



»25
Jahre

Universitätsklinik
für Notfallmedizin



Anton Laggner
Leiter der Universitätsklinik für Notfallmedizin

Das Jubiläum aus der Sicht des Klinikleiters

Vor mehr als 25 Jahren hat die Universitätsklinik für Notfallmedizin ihren Betrieb aufgenommen. Seither wurden an dieser Einrichtung mehr als 1,8 Millionen PatientInnen – eine Zahl, die ungefähr der Einwohnerzahl Wiens entspricht – behandelt. Das Wesentliche und Besondere der Klinik ist, dass dort rund um die Uhr SpezialistInnen aller medizinischen Disziplinen zusammenarbeiten, um den NotfallpatientInnen die bestmögliche Behandlung, je nach Dringlichkeit, zukommen zu lassen. Dabei gilt es, eine unmittelbar bzw. eine potenziell bedrohliche Situation zu erkennen und zu behandeln und NotfallpatientInnen mit nicht bedrohlichen Erkrankungen Empfehlungen für die weitere Diagnostik und Therapie zu geben.

Die Arbeit an der Klinik ist physisch und psychisch fordernd. Der Betrieb geht rund um die Uhr, und von Nachtruhe kann keine Rede sein. Die MitarbeiterInnen aller medizinischen und organisatorischen Teilbereiche nehmen diese Herausforderungen gerne an und sind um das Wohlergehen der NotfallpatientInnen bemüht. Im Mittelpunkt stehen die bestmögliche Behandlung und die umfassende Kommunikation mit PatientInnen und deren Angehörigen. Bedingt durch die hohe Anzahl an PatientInnen und deren unterschiedlichste Erkrankungen und das Charisma der dort tätigen FachärztInnen, ist die Universitätsklinik für Notfallmedizin eine wichtige und beliebte Ausbildungsstätte für Studierende, ÄrztInnen, Krankenpflege- und SanitätsmitarbeiterInnen. AbsolventInnen der Ausbildung an unserer Klinik sind deshalb österreichweit gefragt und angesehen.

Für unsere ärztlichen MitarbeiterInnen ist die Forschung in der Notfallmedizin Aufgabe, Anliegen und Berufung zugleich. Schon im Jahr 2000 hat die damalige Notfallabteilung in Anbetracht der überzeugenden Leistungen in Lehre und Forschung den Status einer Universitätsklinik für Notfallmedizin erlangt. Insgesamt haben in den vergangenen Jahren 25 MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Notfallmedizin als Anerkennung ihrer wissenschaftlichen Leistung die Habilitation erreicht, und aufgrund dieser hervorragenden Forschungsergebnisse rangiert die Disziplin Emergency Medicine der Medizinischen Universität Wien auf Rang acht bei einem weltweiten Universitätsranking.

» Inhaltsverzeichnis

Kliniksteckbrief	7
» Forschungsschwerpunkte	10
Experimentelle Reanimationsforschung	12
Klinische Reanimationsforschung	17
Management des akuten Herzinfarkts	27
Arbeitsgruppe klinische Epidemiologie	30
Herzrhythmusstörungen – sichere, effektive, ... Behandlung	32
Die akute Lungenembolie	35
Kohlenmonoxid	38
Notfallultraschall	40
» Interdisziplinäre Zusammenarbeit	42
Intensivmedizin im Emergency Department	44
Pflegen an der Universitätsklinik für Notfallmedizin	47
Seelsorge	50
Das Jubiläum – Sichtweisen anderer klinischer Fächer	52
Die unbesungenen HeldInnen	57
» Universitäre Notfallmedizin	58
Intensivmedizin	60
Präklinische Notfallmedizin	64
Highlights aus notfallmedizinischer Forschung	66
Vorbildhafte Lehre	68
Engagement	72
Weltweit vernetzt	74
25 Worte zu 25 Jahren	76
» Anhang	78

» Kliniksteckbrief

Die Universitätsklinik für Notfallmedizin der MedUni Wien/AKH Wien verbindet seit über 25 Jahren Forschung, Lehre und PatientInnenversorgung in einem Triple Track. Forschungsorientierte Lehre und die rasche praktische Anwendung neuer Erkenntnisse sichern der Klinik eine nationale und internationale Spitzenposition.



Organisation

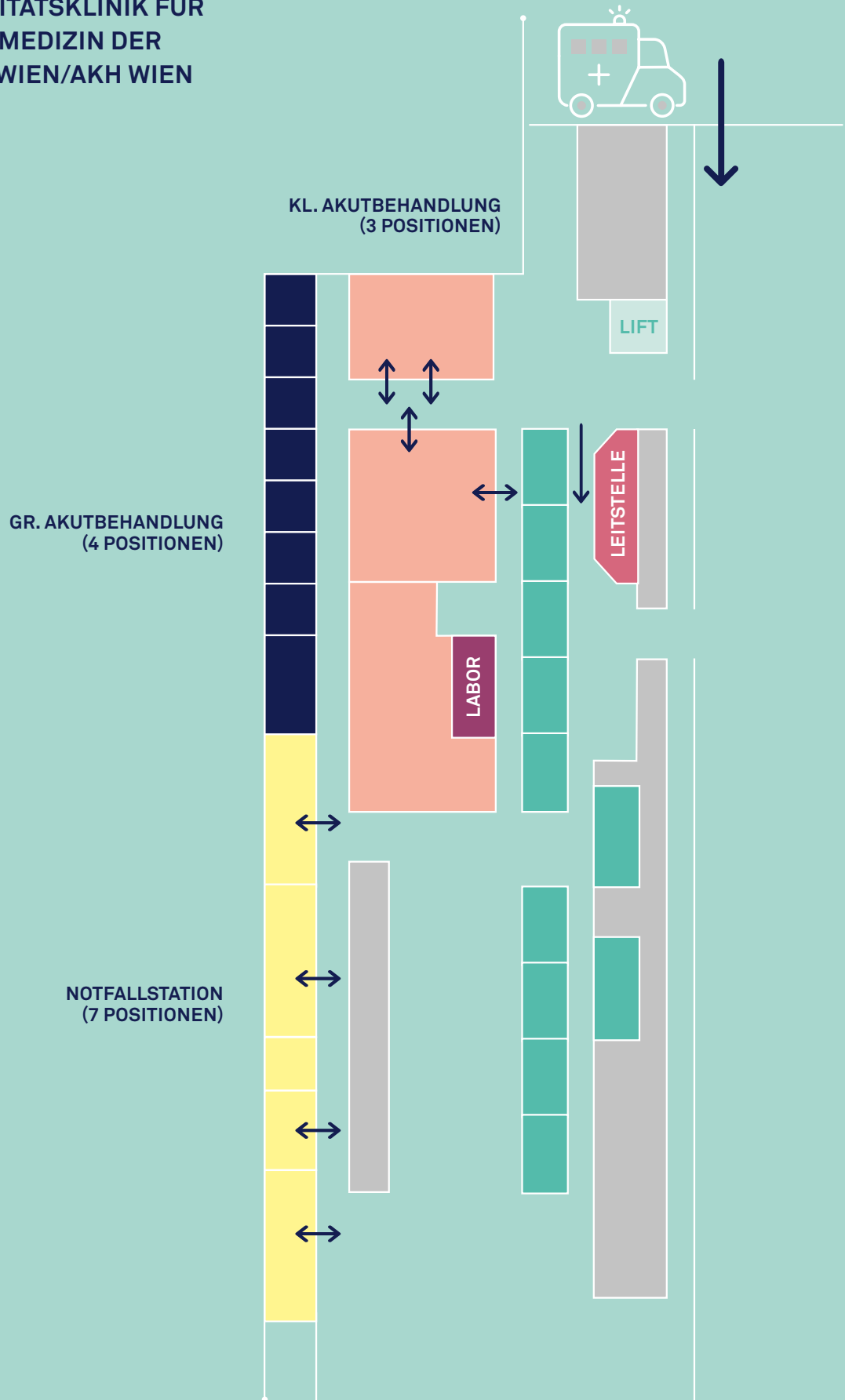
Die Klinik ist rund um die Uhr für die Behandlung von Notfällen aller Fachrichtungen mit Ausnahme der Traumatologie, Psychiatrie und Pädiatrie verantwortlich.

Aufgabe bezüglich der PatientInnenbetreuung ist die Primärversorgung lebensbedrohlicher und nicht-lebensbedrohlicher Notfälle auf universitärem Niveau. Diese Aufgaben erfüllen die MitarbeiterInnen der Klinik gemeinsam mit den KonsiliarärztInnen der diversen Fachbereiche. Damit orientiert sich die Klinik an den Emergency Departments, die sich in größeren Krankenhäusern im angloamerikanischen Raum seit Jahrzehnten bewährt haben. Ziel der Behandlung an der Klinik ist es, dass bei jedem/jeder PatientIn in der kürzestmöglichen Zeit die richtige Diagnose gestellt und eine adäquate Behandlung eingeleitet wird. Als äußeres Zeichen der hohen Qualität ist die Klinik seit 2003 nach ISO 9001 QM-zertifiziert.

Herzalarm

Die Klinik stellt die Herzalarmteams für den AKH Wien Flachbau sowie das gesamte AKH Wien Außengelände, von pflegerischer Seite zusätzlich für das grüne Bettenhaus.

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NOTFALLMEDIZIN DER MEDUNI WIEN/AKH WIEN



Raum für PatientInnen

Räumlich ist die Klinik in der Westspange der Ebene 6 im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus, direkt bei der Rettungszufahrt und unter dem Hubschrauberlandeplatz, gelegen.

Sie gliedert sich in folgende Bereiche:

Notfallambulanz

In der Notfallambulanz werden primär PatientInnen, die subjektive bzw. objektive Kriterien eines Notfalls erfüllen, versorgt, die außerhalb der allgemeinen Ambulanzzeiten das AKH Wien (täglich ab 15 Uhr, samstags, sonn- und feiertags ganztägig) aufsuchen. Während der üblichen Ambulanzzeiten des AKH Wien ist die Notfallambulanz Anlaufstelle für Notfälle, die selbständig ans AKH Wien kommen. Lebensbedrohliche Notfälle werden rasch identifiziert, andere PatientInnen werden nach Ausschluss einer bedrohlichen Situation an die zuständige Fachambulanz bzw. an niedergelassene ÄrztInnen weitergeleitet. Die Einrichtung der Allgemeinmedizinischen Ambulanz im Gebäude des AKH Wien hat zuletzt etwas zur Entlastung der Ambulanz beigetragen.

Räumlich besteht die Ambulanz aus 11 Räumen – 4 allgemeinen Ambulanzräumen sowie 7 spezialisiert ausgestatteten Räumen für HNO, Augenheilkunde, Gynäkologie, Orthopädie, Urologie, Chirurgie und Kieferchirurgie.

Akutbehandlungstation

Die Akutbehandlungstation besteht aus 2 Akutbehandlungsräumen, in welchen 4 bzw. 3 Akutbehandlungsplätze untergebracht sind. Die Akutbehandlungsplätze sind im Sinne einer Vollintensivstation ausgerüstet und verfügen über alle diagnostischen (Monitoring, Ultraschall, Bronchoskopie, Bettröntgen) und therapeutischen (Invasive und Nicht-invasive Beatmung, Katecholamintherapie, Pacemaker, Mechanische Herzdruckmassage, IABP, ECMO) Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin. Sie dienen auch als Eingriffsräume in hochgradig lebensbedrohlichen Situationen, z.B. beim Notkaiserschnitt im Rahmen der Reanimation.

Nach diagnostischer Abklärung und initialer Stabilisierung werden die PatientInnen in der Regel innerhalb von 24 Stunden aus dem Akutbehandlungsbereich verlegt. Die Verlegung kann innerhalb des AKH Wien auf eine der Intensivstationen, auf eine Normalstation oder innerhalb der Abteilung selbst auf die Notfallstation erfolgen; gelegentlich ist auch eine direkte Entlassung möglich.

Notfallstation

Die Notfallstation verfügt über 4 Krankenzimmer mit 7 Betten. Jede Position ist monitorisiert und an eine zentrale Überwachungseinheit angeschlossen und kann auch als Beatmungsplatz verwendet werden. An der Notfallstation werden Notfälle aller Fachrichtungen 12–24 Stunden behandelt. Diese Station ist primär als Nachtaufnahmestation gedacht, d.h. dass die PatientInnen am folgenden Tag auf eine Intensiv- oder Normalstation verlegt bzw. wieder entlassen werden sollen.

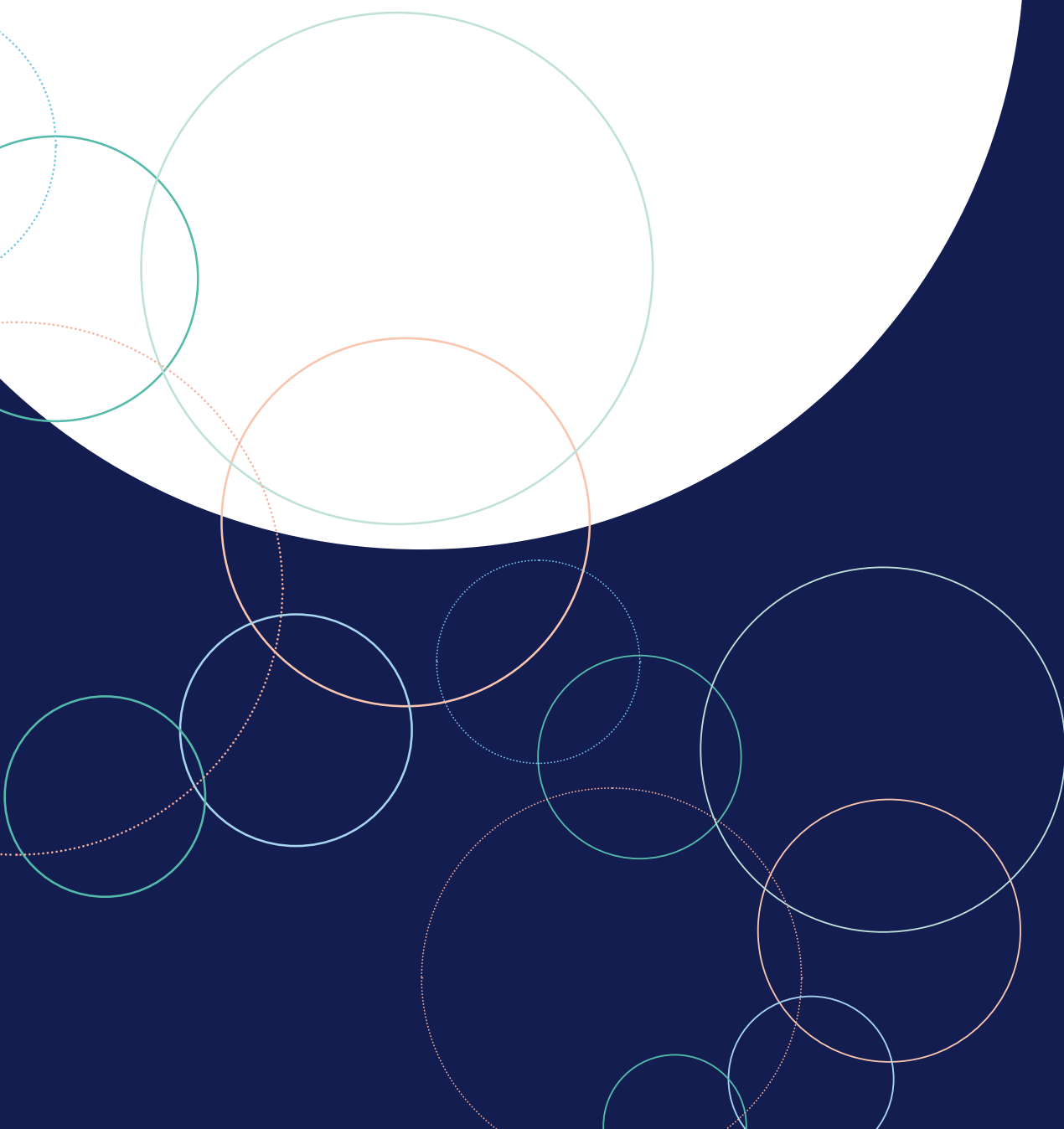
Notfalllabor

Im Zentrum der Klinik befindet sich das Notfalllabor, in dem Blutgasanalyse, Oxymetrie, Laktat- und Elektrolytbestimmung sowie diverse Schnelltests (Toxikologie, Infektiologie) durchgeführt und Proben für klinische und wissenschaftliche Untersuchungen (z.B. ROTEM) aufbereitet werden. Auch eine direkte Rohrpost-Anbindung an das AKH-Wien-Zentrallabor und die Blutbank ist hier gegeben.





Forschungs- schwerpunkte



» Experimentelle Reanimationsforschung an der Universitätsklinik für Notfallmedizin

Unser Ziel ist die Weiterentwicklung bereits existierender Wiederbelebungsverfahren und die Entwicklung von neuen Therapien zur Verbesserung des Überlebens nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand. Dabei versuchen wir den Zeitraum, in dem PatientInnen nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand noch wiederbelebt werden können, zu verlängern.

Standing on the **Shoulders of Giants**

Begründet wurde unsere Forschungsgruppe durch die Forschungsaufenthalte von Fritz Sterz und Wilhelm Behringer bei Peter Safar, einem der wichtigsten Gründungsväter der modernen Reanimationsforschung im Safar Center in Pittsburgh, USA.

Neben grundlegenden Arbeiten zur therapeutischen Hypothermie – dem Abkühlen des Körpers nach einem Herzstillstand zur Verringerung von Zellschäden am Nervensystem durch den Herz-Kreislauf-Stillstand – wurden auch Grundlagen geschaffen zu Peter Safars Ansatz, PatientInnen im Herz-Kreislauf-Stillstand nicht vor Ort unter ungünstigen Bedingungen wiederzubeleben. Dabei werden Opfer eines Kreislaufstillstandes in

einen gekühlten Zustand versetzt, in dem der Körper ohne weiteren Schaden zu nehmen, ins Spital gebracht werden kann. Im Spital werden dann unter Verwendung aller zur Verfügung stehenden modernen medizinischen Maßnahmen, Geräten und Personal, die PatientInnen unter kontrollierten und optimierten Bedingungen wiederbelebt.

Diese wissenschaftlichen Ansätze sind die Grundlage der Arbeit im experimentellen Labor der Universitätsklinik für Notfallmedizin der MedUni Wien/AKH Wien, um im Sinne der translationalen Forschung neue und verbesserte Methoden zu entwickeln und zur klinischen Anwendung zu bringen.



Kühlung nach der Wiederbelebung – Oberflächenkühlgeräte

Key Publications

Weihls et al. Resuscitation.
2011 Jan; 82(1): 74–78.
**Einfluss der Kühlfläche auf
die Kühlgeschwindigkeit**

Eine Kühlungsbehandlung (therapeutische Hypothermie) des gesamten Körpers auf 33 °C nach Wiederherstellen des Kreislaufes von Opfern eines Herz-Kreislauf-Stillstandes war von jeher eines unserer Hauptforschungsgebiete. Neben der PatientInnensicherheit und der praxisgerechten Anwendbarkeit von Kühlgeräten, z.B. auch in Rettungsfahrzeugen, war auch immer die optimale Kühlleistung im Mittelpunkt des Interesses. Dabei ist es wichtig, die milde Abkühlung möglichst rasch nach der Wiederbelebung zu beginnen, um die positiven therapeutischen Effekte optimal nutzen zu können. Dazu wurden im Verlauf der Jahre mehrere Kühlsysteme am Großtiermodell getestet, mitentwickelt und zur klinischen Anwendbarkeit gebracht. Durch die Versuche konnten sowohl die Kühlleistung optimiert, als auch die Gefahr von Erfrierungen der Haut verhindert werden, sodass die Anwendung von milder Hypothermie nach Wiederbelebung von Herzstillständen mittlerweile zur Standard-Therapie auf Intensivstationen geworden ist.



Oberflächenkühlung mit kaltem Wasser

In einem Herzstillstandsmodell am Großtier wurde nach konventioneller Wiederbelebung durch Herzdruckmassage ein Oberflächenkühlgerät, das kaltes Wasser über das Versuchstier sprühte (Thermosuit Systems, Life Recovery Systems, USA) eingesetzt. Damit konnte eindrucksvoll der Nutzen der raschen Anwendung der Kühlung demonstriert werden. In der Studiengruppe, die nach 10 Minuten Herzstillstand und Wiederbelebung

für 24 Stunden auf 33 °C gekühlt wurden, überlebten fast alle Tiere mit einer vollständigen neurologischen Erholung. Auch die mikroskopische Untersuchung des Gehirngewebes zeigte geringere Schäden in der gekühlten Gruppe. Nach Entwicklung in unserem Labor wurde dieses System auch in einer klinischen Studie erfolgreich verwendet.

Key Publications

Janata et al. Crit Care Med. 2008
Mar;36(3):895–902.
**Erstmalige Verwendung eines
Oberflächenkühlgeräts, das kaltes
Wasser über den die Patientin/
Patienten sprüht**



Kühlung während des Herz-Kreislauf-Stillstandes

PatientInnen mit bereits wiederhergestelltem Kreislauf nach einer Wiederbelebung kann auch mit Oberflächenkühlgeräten geholfen werden, da der wieder einsetzende Blutkreislauf die Wärme aus dem Körper transportiert. Die Kühlung während des Kreislaufstillstandes zum Schutz vor Minderversorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen ist jedoch auch technisch eine Herausforderung.

Key Publications

Janata et al., Resuscitation. 2008 Oct;79(1):133-138.

In dieser Studie wurde eines der weltweit ersten Kleintiermodelle zur Wiederbelebung mit Herzdruckmassage oder Bypass-Gerät entwickelt.

Das Ziel dabei ist, nach den Ideen Peter Safars, den Körper zu kühlen, um alle schädlichen Vorgänge, die durch den Sauerstoffmangel im Herz-Kreislauf-Stillstand an den Zellen ausgelöst werden, abzuschwächen

oder zu stoppen. In diesem konservierten Zustand sollen die PatientInnen dann innerhalb der so gewonnenen Zeit ins Spital gebracht werden, wo die technischen und personellen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um sie erfolgreich wiederzubeleben. Dieses Prinzip wurde als Emergency Preservation and Resuscitation (EPR) bezeichnet und stellt unser wissenschaftliches Hauptinteresse dar.

Um die technischen und medizinischen Voraussetzungen für die Erforschung der tiefen konservierenden Abkühlung im Herz-Kreislauf-Stillstand zu untersuchen, musste zunächst ein Großtiermodell erarbeitet werden, das der klinischen Situation des plötzlichen Herztods beim Menschen entspricht.

Dazu verwendeten wir ein 15 Minuten Herzstillstandmodell bei Schweinen, um die entsprechenden Techniken zu entwickeln und die Tiere erfolgreich wiederzubeleben. Verschiedene Therapieansätze wurden dann anhand des neurologischen Ergebnisses und der Veränderungen in Gewebeproben verglichen.

Spülung der Hauptschlagader mit kalter Flüssigkeit

Um einen Körper möglichst rasch tief abzukühlen, verwendeten wir die Methode der „Spülung der Hauptschlagader mit kalter Flüssigkeit“ (aortaler Flush). Ein Ballonkatheter, der von der Leistenarterie bis hinauf in den Bogen der Hauptschlagader geschoben wird, pumpt eiskalte Salzlösung, vermischt mit kreislaufstützenden Medikamenten, direkt in Herz und Gehirn, um diese innerhalb von Minuten massiv abzukühlen. Dadurch kann man Zeit gewinnen, um nach Erreichen des Spitals dann die PatientInnen mit einer Herz-Lungen-Maschine unter optimalen Bedingungen wiederzubeleben. Dieses Prinzip haben wir in unserem Labor im Großtiermodell weiterentwickelt und damit sehr zufriedenstellende Ergebnisse mit vollständiger neurologischer Erholung nach 15 Minuten Herzstillstand erreicht.

Zuerst wurde die Zusammensetzung der Spüllösung optimiert und in weiteren Studien das Konzept bestätigt und verbessert. Diese Methode käme vor allem PatientInnen zugute, die mit konventionellen Methoden nicht wiederbelebbar sind. Für den klinischen Einsatz im Rettungsdienst muss ein mobiles Gerät entwickelt werden, das große Mengen eiskalter Flüssigkeit sehr rasch über einen speziellen Katheter in der Hauptschlagader verabreichen kann. Den Katheter haben wir bereits entwickelt und patentiert und die Funktion auch in einer Studie nachgewiesen.

Eine alternative Methode wäre, die PatientInnen direkt mit einer Herz-Lungen-Maschine abzukühlen. Auch diese Methode haben wir im Großtiermodell erfolgreich untersucht.

Key Publications

Janata et al., Crit Care Med. 2010 Aug;38(8):1637-1643.

Wiederbelebung mit einer Spülung der Hauptschlagader mit kalter Flüssigkeit ist möglich und führt zu einem besseren neurologischen Ergebnis

Die Wiederbelebung unter dem Mikroskop – vom Großtiermodell zu Enzymen und mikroskopischer Gewebsuntersuchung

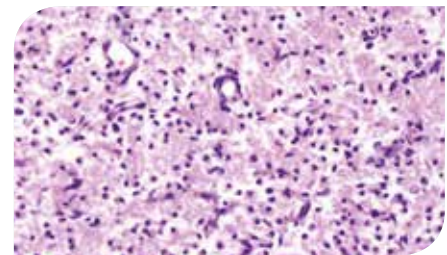
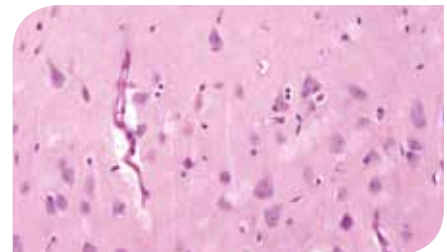
Die Zusammenarbeit mit dem Safar Center in Pittsburgh wurde weiter fortgesetzt. Neben anderen wie Thomas Uray und Ingrid Magnet hat Andreas Janata während seines zweijährigen Forschungsaufenthalts ein Herzstillstandsmodell an der Ratte entwickelt und nach Wien zurückgebracht. Im Zuge eines dreijährigen Projekts, das vom Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) gefördert wurde, konnte das Modell weiterentwickelt und neben einem Herzdruckmassagemodell auch die Verwendung der Herz-Lungen-Maschine für das Rattenmodell entwickelt werden. Mit Mikrodialyse konnten direkt im Gehirn Messungen von Laktat, Pyruvat, Glucose und Glutamat vorgenommen werden und deren prognostische Bedeutung im Kreislaufstillstand und während Reanimation untersucht werden. Zur Untersuchung des neurologischen Ergebnisses wurden Verhaltens- und Gedächtnistests mittels des Morris Water Maze eingesetzt sowie die Tiere im Langzeitüberleben nach Herzstillstand beobachtet und neurologisch bewertet. Auch das Gehirngewebe wurde untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass es bei längerer Beobachtung der Ratten zu einer Neubildung von Nervenzellen im Gehirn kam. Wenn diese Neubildung gezielt beeinflusst werden könnte, würde dies in Zukunft eine weitere Möglichkeit darstellen, das neurologische Ergebnis von PatientInnen weiter zu verbessern. Ebenso wurde das Hämoxigenase-Enzymsystem als Outcome Parameter und weiterer Ansatzpunkt für künftige Therapien untersucht.

Key Publications

Magnet, I. A. M., F. Ettl, A. Schober et al. Extracorporeal Life Support Increases Survival After Prolonged Ventricular Fibrillation Cardiac Arrest in the Rat. Shock 2017;48:674-680.

Wiederbelebung mit einer Herz-Lungen-Maschine in Ratten führte zu 100 % Wiederbelebungsfähigkeit und 88 % Langzeitüberleben, signifikant besser als konventionelle Wiederbelebung

Nach der Wiederbelebung wird das Gewebe im Mikroskop untersucht





Zusammenarbeit mit anderen Forschungsgruppen

Ohne die Zusammenarbeit mit anderen Forschungsgruppen und Unterstützung durch die Einrichtungen der Medizinischen Universität Wien wären unsere Forschungen nicht möglich.

Alle Studien wurden am Zentrum für Biomedizinische Forschung unter Udo Losert und Bruno Podesser an der Medizinischen Universität Wien durchgeführt, das somit unser wichtigster Kooperationspartner innerhalb unserer Universität ist. Weitere hochgeschätzte Kooperationspartner an der Medizinischen Universität Wien sind die Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie, die Universitätsklinik für Neurochirurgie, das Zentrum für Medizinische Physik und Biomedizinische Technik und die Universitätsklinik für Anästhesie, allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie.

An der Veterinärmedizinischen Universität Wien arbeiten wir sehr eng mit dem Institut für Pathologie und

gerichtliche Veterinärmedizin zusammen, sowie mit dem Institut für Biochemie und der Universitätsklinik für Schweine.

Alle von der Forschungsgruppe durchgeführten Experimente wurden mit Genehmigung der entsprechenden Bundesministerien unter Einhaltung der gesetzlichen Auflagen und unter GLP-(Good Laboratory Praxis)-Anforderungen durchgeführt. Die Protokolle wurden in enger Zusammenarbeit mit der Tierethikkommission der Medizinischen Universität Wien erstellt und die Durchführung überwacht. Die Tiere wurden von den TierärztInnen und TierpflegerInnen des Zentrums für Biomedizinische Forschung und unseren MitarbeiterInnen rund um die Uhr medizinisch und pflegerisch betreut.

Allen unseren Kooperationspartnern, MitarbeiterInnen und UnterstützerInnen gilt unser Dank.

LITERATUR

Weiser C, Weihs W, Holzer M, Testori C, Kramer A-M, Kment C, et al. Feasibility of profound hypothermia as part of extracorporeal life support in a pig model. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2017 Sep;154(3):867-74.

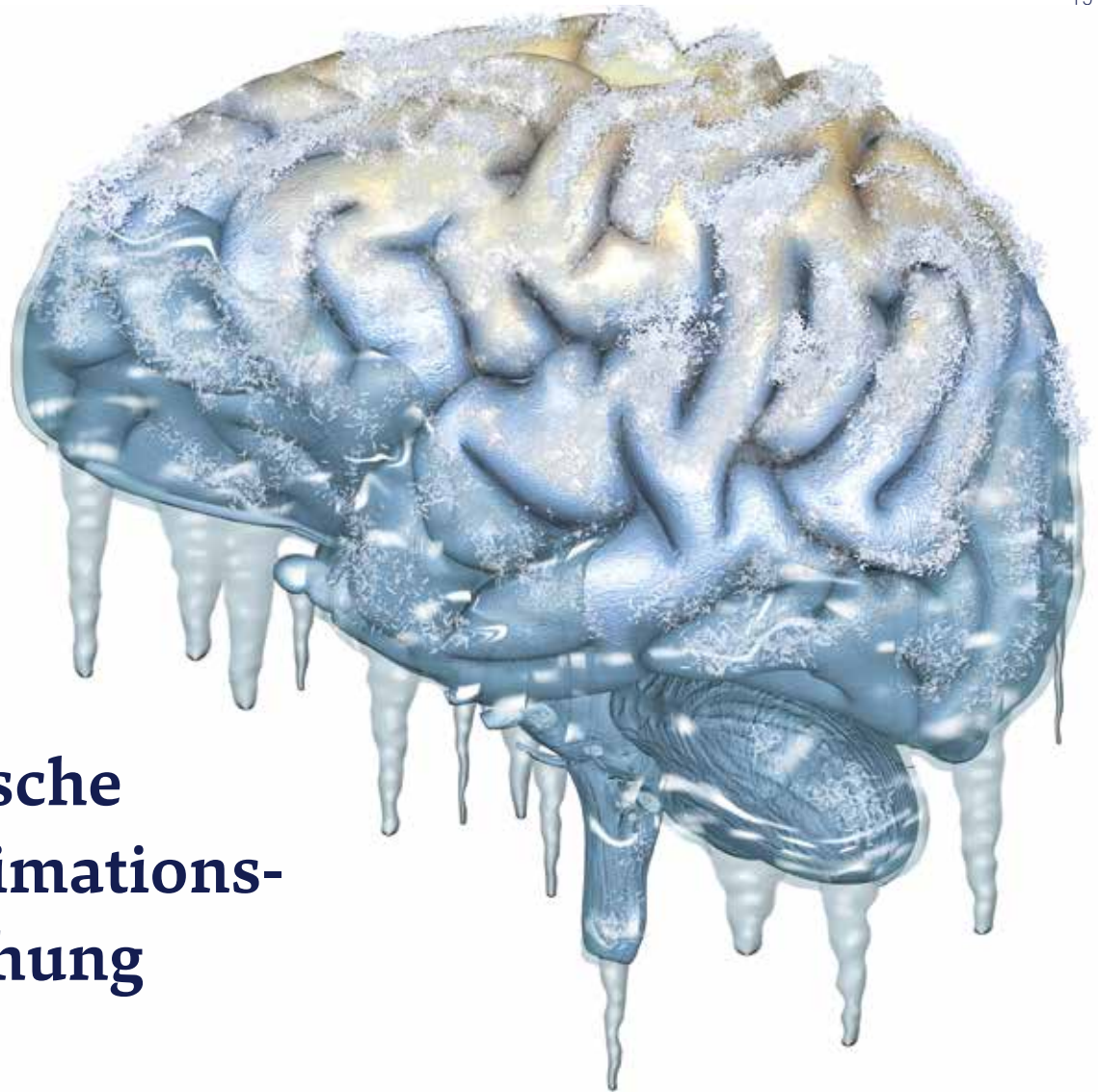
Magnet IAM, Ettl F, Schober A, Warenits AM, Grassmann D, Wagner M, Schriefl C, Clodi C, Teubenbacher U, Högler S, Weihs W, Sterz F, Janata A. Shock. Extracorporeal Life Support Increases Survival After Prolonged Ventricular Fibrillation Cardiac Arrest in the Rat. 2017 May 29. doi: 10.1097/SHK.0000000000000909.

Weihs W, Schratzer A, Sterz F, Janata A, Högler S, Holzer M, Losert UM, Herkner H, Behringer W. Resuscitation. The importance of surface area for the cooling efficacy of mild therapeutic hypothermia. 2011 Jan;82(1):74-8.

Janata A, Weihs W, Schratzer A, Bayegan K, Holzer M, Frossard M, Sipos W, Springler G, Schmidt P, Sterz F, Losert UM, Laggner AN, Kochanek PM, Behringer W. Cold aortic flush and chest compressions enable good neurologic outcome after 15 mins of ventricular fibrillation in cardiac arrest in pigs. *Crit Care Med*. 2010 Aug;38(8):1637-43.

Janata A, Bayegan K, Sterz F, Weihs W, Holzer M, Sipos W, Springler G, Behringer W. Limits of conventional therapies after prolonged normovolemic cardiac arrest in swine. *Resuscitation*. 2008 Oct;79(1):133-8. doi: 10.1016/j.resuscitation.2008.04.005

Janata A, Weihs W, Bayegan K, Schratzer A, Holzer M, Behringer W, Schock RB, Losert UM, Springler G, Schmidt P, Sterz F. Therapeutic hypothermia with a novel surface cooling device improves neurologic outcome after prolonged cardiac arrest in swine. *Crit Care Med*. 2008 Mar;36(3):895-902.



» Klinische Reanimationsforschung

Kälte als therapeutisches Prinzip

Die Abkühlung von PatientInnen zur Erzielung therapeutischer Effekte hat eine lange Tradition. Aber erst in den vergangenen Jahren konnte in klinischen Untersuchungen der Nachweis erbracht werden, dass diese Behandlungsform Gehirn- und Herzmuskelzellen bei Sauerstoffmangel und Durchblutungsstörungen, wie sie zum Beispiel im Rahmen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes oder Herzinfarkts auftreten, vor der Zerstörung schützen können.

Schon die alten Ägypter verwendeten Kälte als Therapeutikum

Kälte als Therapeutikum wurde bereits in einer altägyptischen Abhandlung über Medizin und Chirurgie vor fünftausend Jahren beschrieben. Auch Hippokrates riet zu Schnee und Eispackungen, um Blutungen bei Verwundeten zu reduzieren. Eine Gesamtkörperkühlung wurde für die Tetanus-Behandlung im vierten und fünften vorchristlichen Jahrhundert verwendet.

Berichte über PatientInnen, die nach Ertrinken in Eiswasser auch nach langer Zeit erfolgreich wiederbelebt werden konnten, führten zu den ersten erfolgreichen Anwendungen von Kühlbehandlungen bei PatientInnen nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts.

Kühl ist Cool

Peter Safar, ein gebürtiger Wiener, griff diese Idee auf und veröffentlichte bereits 1964 die ersten Reanimationsleitlinien, die eine Empfehlung zur raschen Kühlung nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand bei bewusstlosen PatientInnen, beinhaltete.

Aufgrund der damals nicht ausreichend beherrschbaren Nebenwirkungen, der damals verwendeten moderaten Hypothermie (28–30 °C), wurde die Kühlungsbehandlung dann bis in die späten 1980er Jahre nicht verwendet. Erst Berichte über eine erfolgreiche Behandlung mit höheren Temperaturen (32–34 °C) durch die Forschungsgruppe von Peter Safar führten zu einem zunehmenden Einsatz der Kühlungsbehandlung bei PatientInnen nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand.

Fritz Sterz konnte im Rahmen seines Forschungsaufenthalts im Safar Center in Pittsburgh zeigen, dass milde

Hypothermie im Kreislaufstillstands-Tiermodell zu einer Verbesserung des neurologischen Ergebnisses führt, auch wenn diese Behandlung erst nach der erfolgreichen Wiederbelebung begonnen wird. Nach seiner Rückkehr an die Universitätsklinik für Notfallmedizin führte er im Rahmen eines internationalen EU-Projekts die erste große randomisierte Studie von therapeutischer Hypothermie (32–34 °C) bei bewusstlosen PatientInnen nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand durch. Die Veröffentlichung dieser Daten im New England Journal of Medicine in 2002 zeigte, dass durch eine 24-stündige Kühlbehandlung nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand sowohl das neurologische Ergebnis als auch das Überleben deutlich gesteigert werden konnte. Zeitgleich wurden von einer australischen Arbeitsgruppe ähnliche Daten veröffentlicht, die diese Ergebnisse bestätigten.

Key Publications

Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group, Holzer et al. N Engl J Med 2002.

Erstbeschreibung einer randomisierten Studie von Hypothermie nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand zeigt eine Verbesserung des Outcomes durch Hypothermie

Der Siegeszug der Kühlungsbehandlung

Diese beiden Studien führten zur Aufnahme der Kühlungsbehandlung als wesentlicher Teil der Postreanimationsbehandlung in die internationalen Leitlinien der Wiederbelebung. Auch die weitere Forschung auf diesem Gebiet wurde deutlich angeregt, so dass alleine aus unserer Forschungsgruppe seither an die 100 Publikationen zu diesem Thema veröffentlicht wurden, die vor allem die klinischen Aspekte der Behandlung untersuchten. Auch international wurde die Kühlungsbehandlung als wesentlicher Faktor gesehen, der das Überleben von PatientInnen nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand verbessern kann, und auf vielen Intensivstationen wurde begonnen, die Kühlungsbehandlung als Standardtherapie nach erfolgreicher Wiederbelebung einzusetzen.

Unterstützt wird dies auch durch ein systematisches Cochrane Review, das die vorhandenen randomisierten Studien der Kühlbehandlung nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand zusammenfasst und zeigen konnte, dass bei den insgesamt 1.370 behandelten PatientInnen das neurologische Ergebnis durch eine Abkühlung des Körpers auf 32–34 °C signifikant verbessert wurde.



Key Publications

Arrich et al. Cochrane Database Syst Rev 2016
**Systematische Übersicht über die Studien
 zur Therapeutischen Hypothermie
 zeigt eine Verbesserung des Outcomes
 durch Hypothermie**



Das Herz profitiert

Die erfolgreiche Anwendung der Kühlungsbehandlung bei PatientInnen nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand führte dazu, dass diese Therapie auf andere Anwendungsgebiete ausgedehnt wurde. Schon 2002 konnte in tierexperimentellen Untersuchungen gezeigt werden, dass eine Kühlungsbehandlung vor der Wiedereröffnung eines verschlossenen Herzkranzgefäßes beim Herzinfarkt zu einer Verringerung der Herzinfarktgröße führt.

Die große Herausforderung der klinischen Anwendung bei PatientInnen mit einem akuten Herzinfarkt besteht jedoch dabei in der Notwendigkeit, hier PatientInnen, die wach und ansprechbar sind rasch abzukühlen, ohne dass wesentliche Nebenwirkungen auftreten. Die Universitätsklinik für Notfallmedizin hat an einigen Pilotstudien mitgewirkt, die einerseits zeigen konnten, dass mit einer optimalen Begleittherapie die Durchführung der Kühlungsbehandlung ohne wesentliche Nebenwirkungen möglich ist und dass es bei rechtzeitigem Erreichen einer Zieltemperatur von unter 34 °C auch zu einer Verringerung der Herzinfarktgröße kommt.

In weiterer Folge werden derzeit unter maßgeblicher Beteiligung der Universitätsklinik für Notfallmedizin entsprechend große klinische Studien durchgeführt, die zeigen sollen, dass auch bei einem entsprechend großen Kollektiv dieser Effekt der Kühlungsbehandlung nachzuweisen ist.

Key Publications

Noc et al EuroIntervention 2017
**Pilotstudie zur Kühlung von PatientInnen
 nach einem Herzinfarkt zeigt einen Trend
 zur Verkleinerung des Herzinfarktausmaßes
 bei Vorderwandinfarkten**

LITERATUR

Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group, Holzer M.

Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. *N Engl J Med* 2002;346:549-56.

Arrich J, Holzer M, Havel C, Mullner M, Herkner H.

Hypothermia for neuroprotection in adults after cardiopulmonary resuscitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD004128.

Noc M, Erlinge D, Neskovic AN, et al.

COOL AMI EU pilot trial: a multicentre, prospective, randomised controlled trial to assess cooling as an adjunctive therapy to percutaneous intervention in patients with acute myocardial infarction. *EuroIntervention* 2017;13:e531-e9.

Von der Wissenschaft zur breiteren Anwendung

Die Universitätsklinik für Notfallmedizin als klinisches und wissenschaftliches Reanimationszentrum setzt sich seit ihrem Bestehen für die Bewusstseinsbildung zum Thema plötzlicher Herztod, flächendeckend lebensrettende Erste Hilfe-Schulungen und Defibrillatoren im öffentlichen Raum ein.



Aus der Klinik in die Klassenzimmer

Mit dem Projekt „Leben Retten“ begann Fritz Sterz 2001 MedizinstudentInnen als Reanimations-TrainerInnen auszubilden und Reanimationsunterricht für Schulen anzubieten. Studien der Universitätsklinik für Notfallmedizin konnten zeigen, dass auch Schulkinder eine Herzdruckmassage durchführen können. Seit damals konnten zahlreiche Kinder, Jugendliche und LehrerInnen über diese wichtige Thematik aufgeklärt und in den lebensrettenden Sofortmaßnahmen wie Herzdruckmassage geschult werden. Ziel dieses engagierten Projekts ist es, weiterhin Erste-Hilfe-Unterricht verpflichtend in den österreichischen Lehrplan zu integrieren, um eine möglichst flächendeckende Schulung der Bevölkerung in diesem Bereich zu garantieren.

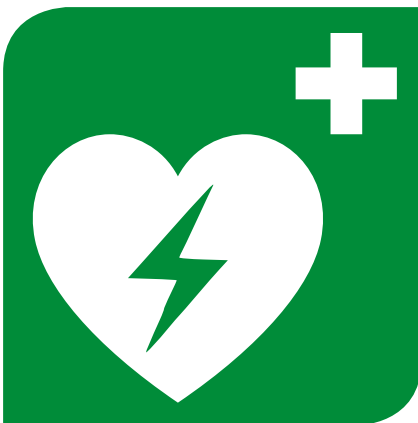
Als erster wichtiger Schritt werden seit 2014 alle Wiener VolksschülerInnen der dritten Schulstufe – insgesamt 20.000 Mädchen und Buben pro Jahr – in Wiederbelebung geschult. Möglich wurde das durch die Zusammenarbeit von Fritz Sterz und „seinen“ MedizinstudentInnen mit PULS – Verein zur Bekämpfung des plötzlichen Herztodes, den Helfern Wiens und den befreundeten Hilfsorganisationen.

Key Publications

Uray et al. Resuscitation 2003

Fleischhackl et al. Crit Care 2009

Es konnte gezeigt werden, dass Schulkinder in der Lage sind, die Herzdruckmassage zu erlernen und durchzuführen.



Der lebensrettende Schock im öffentlichen Raum

Kammerflimmern ist eine häufige Ursache für einen Atem-Kreislauf-Stillstand. Mit einem automatisierten externen Defibrillator (AED) können sowohl geschulte als auch ungeschulte ErsthelferInnen im Falle eines Atem-Kreislauf-Stillstandes einen Schock im Rahmen der Reanimation abgeben und diese Rhyth-

Key Publications

Fleischhackl et al. Resuscitation 2004

In dieser Arbeit wurden sechs Defibrillatoren in ihrer Anwendung und Benutzerfreundlichkeit untersucht und schuf die Grundlage für deren Weiterentwicklung.

musstörung beenden. Mittels Sprachanweisungen leitet der AED den Anwender durch die Reanimation und Schockabgabe, wenn diese notwendig ist. Je früher ein AED angewendet wird, desto höher sind die Erfolgchancen.

Mit vielversprechenden Daten aus internationalen Studien rund um die Jahrtausendwende begann die Verbreitung von automatisierten externen Defibrillatoren im öffentlichen Raum. Diese Entwicklung wurde von Beginn an auch von wissenschaftlichen Arbeiten der Universitätsklinik für Notfallmedizin maßgeblich begleitet und vorangetrieben. Die durchgeführten Studien beschäftigten sich unter anderem mit der Benutzerfreundlichkeit, Anwendersicherheit, der Anwendung von AEDs in speziellen Situationen (z.B. Auswirkungen von elektromagnetischen Feldern) und dem Effekt von Defibrillator-Kampagnen in der Öffentlichkeit. Aufgrund dieser Ergebnisse konnten AEDs gezielt verbessert und weiterentwickelt werden. Die Universitätsklinik für Notfallmedizin unterstützt auch weiterhin mit ihren MitarbeiterInnen Projekte und „Awareness-Kampagnen“, um das Wissen über AEDs und deren weitere Verbreitung im öffentlichen Raum zu fördern.

Training für die **LebensretterInnen** von morgen

Ausbildung ist einer der Schlüsselfaktoren sowohl in der Ersten Hilfe als auch im professionellen Bereich der Notfallmedizin.

Neben der notfallmedizinischen Ausbildung von Medizinstudentinnen und Medizinstudenten und der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal ist auch der Erste-Hilfe-Bereich ein wissenschaftlicher Schwerpunkt der Universitätsklinik für Notfallmedizin. Abgeschlossene Studien beschäftigen sich u.a. mit der Erstellung, Weiterentwicklung und Untersuchung von

Kurskonzepten, Einhaltung und Evaluierung geltender Reanimationsrichtlinien und Untersuchungen der Reanimationsqualität in der klinischen Realität als auch im Simulations- und Trainingsbereich. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der notfallmedizinischen Ausbildung ist eine der Kerninteressen der Universitätsklinik. Sie gibt sowohl ErsthelferInnen also auch professionellen HelferInnen das notwendige Rüstzeug, in Notsituationen adäquat zu reagieren und somit Leben zu retten.



Key Publications

Ettl et al., 2011
Der konventionelle „Führerschein Erste-Hilfe-Kurs“ wurde in dieser Studie mit einem neugestalteten Kurskonzept verglichen

Havel et al. Resuscitation 2007
Untersuchung über die Qualität der Reanimation während des Transports in Rettungsmitteln

Losert et al. Arch Intern Med 2006
Qualität der Reanimation durch professionelles Personal

Van Tulder et al. Resuscitation 2014
Untersuchung über telefonangeleitete Reanimation bei PatientInnen im Herz-Kreislauf-Stillstand

LITERATUR

- Ettl F, Testori C, Weiser C, Fleischhackl S, Mayer-Stickler M, Herkner H, et al. (2011). Updated teaching techniques improve CPR performance measures: a cluster randomized, controlled trial, 82(6), 730–735. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.02.005>
- Fleischhackl R, Losert H, Haugk M, Eisenburger P, Sterz F, Laggner AN, & Herkner H. (2004). Differing operational outcomes with six commercially available automated external defibrillators. Resuscitation, 62(2), 167–174.
- Fleischhackl R, Nuernberger A, Sterz F, Schoenberg C, Urso T, Habart T, et al. (2009). School children sufficiently apply life supporting first aid: a prospective investigation. Critical Care (London, England), 13(4), R127. <http://doi.org/10.1186/cc7984>
- Havel C, Schreiber W, Riedmuller E, Haugk M, Richling N, Trimmel H, et al. (2007). Quality of closed chest compression in ambulance vehicles, flying helicopters and at the scene. Resuscitation, 73(2), 264–270. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.09.007>
- Losert H, Sterz F, Kohler K, Sodeck G, Fleischhackl R, Eisenburger P, et al. (2006). Quality of cardiopulmonary resuscitation among highly trained staff in an emergency department setting. Archives of Internal Medicine, 166(21), 2375–2380. <http://doi.org/10.1001/archinte.166.21.2375>
- Uray T, Lunzer A, Ochsenhofer A, Thanikkel L, Zingerle R, Lillie P, Brandl E, Sterz F. (2003). Feasibility of life-supporting first-aid (LSFA) training as a mandatory subject in primary schools. Resuscitation, 59(2), 211–20.
- Van Tulder R, Roth D, Krammel M, Laggner R, Heidinger B, Kienbacher C, et al. (2014). Effects of repetitive or intensified instructions in telephone assisted, bystander cardiopulmonary resuscitation: an investigator-blinded, 4-armed, randomized, factorial simulation trial. Resuscitation, 85(1), 112–118. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.08.010>

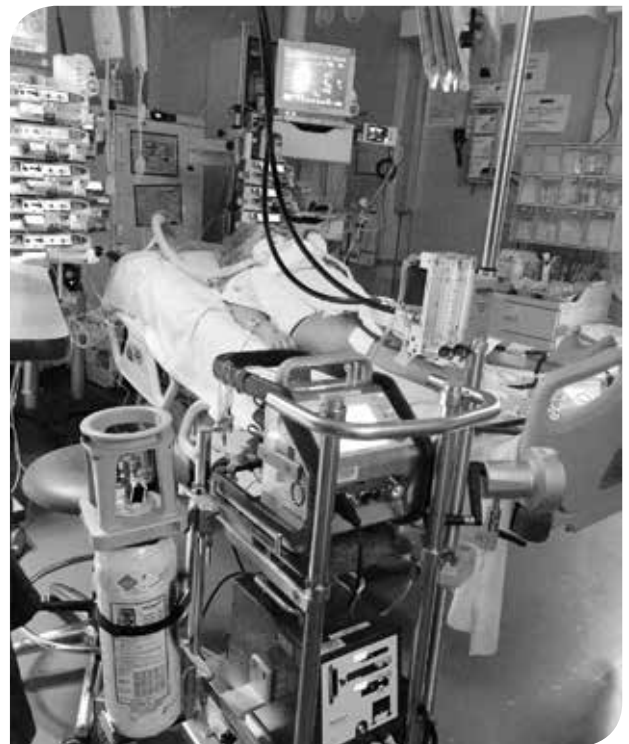
Extracorporeal Life Support an der Universitätsklinik für Notfallmedizin

Herzstillstand... konventionelle Wiederbelebungsversuche mit Herzdruckmassage, egal ob mit mechanischen Geräten oder durch hochqualifizierte HelferInnen, haben ihre Grenzen. Bereits seit 1993 wird an der Universitätsklinik für Notfallmedizin mit Hilfe von extrakorporalen Verfahren versucht, mehr Menschen erfolgreich wiederzubeleben und die Grenzen der konventionellen Wiederbelebung zu verschieben.

Anwendung der Herz-Lungen-Maschine beim Herzkreislauf-Stillstand

2012 – mit Einführung von neuen, sicheren und einfacher zu bedienenden Maschinen für Herzlungenersatzverfahren hat auch die Anwendung von „extracorporeal life support“ (ECLS – notfallmäßige Herz-Lungen-Maschine) im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes eine wahre Renaissance erlebt.

Wurden bis 2012 insgesamt 70 PatientInnen an unserer Klinik mit ECLS behandelt, stiegen die Zahlen seit 2013 sprunghaft an. In den vergangenen vier Jahren wurden 116 PatientInnen unter Herz-Kreislauf-Stillstand mit ECLS behandelt. Damit liegt die Universitätsklinik für Notfallmedizin weltweit im absoluten Spitzenfeld. Diese Leistungen sind nur in interdisziplinärerer Zusammenarbeit möglich – allen voran die Klinische Abteilung für Herzchirurgie. Nichtsdestotrotz ist ECLS unter Herz-Kreislauf-Stillstand kein Standardverfahren. Eine strenge PatientInnenselektion, permanente Optimierungen, Forschung und internationaler Austausch lassen uns gemeinsam kleine Schritte nach vorne machen. Mit einem einzigen Ziel – mehr Menschen in Zukunft mit dieser Methode das Leben retten zu können.



Key Publications

Schober et al. Emergency Medicine Journal 2017

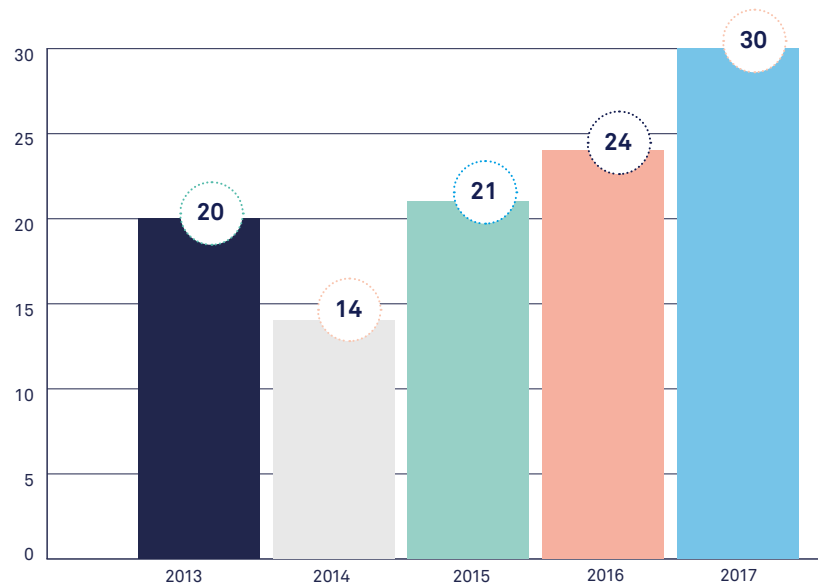
Durch vorsichtige Selektion der PatientInnen kann ein verbessertes Überleben erzielt werden

Wallmüller et al. Resuscitation 2013

Erfahrungswerte und Übersicht über 17 Jahre ECLS

Poppe et al. Resuscitation 2015

Untersuchung über die Anzahl der möglichen PatientInnen, die für ECLS in Frage kämen

**ECLS-Anwendungen an
der Universitätsklinik für
Notfallmedizin pro Jahr****LITERATUR**

- Schober A, Sterz F, Herkner H, Wallmueller C, Weiser C, Hubner P, Testori C. (2017).**
Emergency extracorporeal life support and ongoing resuscitation: a retrospective comparison
for refractory out-of-hospital cardiac arrest.
Emergency Medicine Journal : EMJ, 34(5), 277–281. <http://doi.org/10.1136/emmermed-2015-205232>
- Wallmüller C, Sterz F, Testori C, Schober A, Stratil P, Hörburger D, et al. (2013).**
Emergency cardiopulmonary bypass in cardiac arrest: Seventeen years of experience.
Resuscitation, 84(3), 326–330. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.05.029>
- Poppe M, Weiser C, Holzer M, Sulzgruber P, Datler P, Keferböck M, et al. (2015).**
The incidence of „load&go“ out-of-hospital cardiac arrest candidates for emergency department
utilization of emergency extracorporeal life support: A one-year review.
Resuscitation, 91, 131–136. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.03.003>

Monitoring beim Herz-Kreislauf-Stillstand

Um PatientInnen mit Herz-Kreislauf-Stillstand sowohl während der Wiederbelebnungsmaßnahmen als auch nach erfolgreicher Reanimation bestmöglich behandeln zu können, ist ein Monitoring ihrer Vitalparameter zu jedem Zeitpunkt essenziell. Jedoch stellt dies in der Akutsituation oft eine Herausforderung dar. In mehreren Studien an der Universitätsklinik für Notfallmedizin wurden verschiedene neue Methoden zu Monitoring getestet, wobei einige auch in die tägliche Routine implementiert werden konnten.

Ist die Patientin/der Patient im Herzkreislauf-Stillstand? Hat sie/er Puls?

Diese simpel klingenden Fragen sind häufig im Rahmen von Reanimationsbedingungen nicht so einfach zu beantworten. Um ein optimales Monitoring des Blutdruckes zu gewährleisten, werden PatientInnen so rasch wie möglich mit einem arteriellen Katheter zur invasiven Blutdruckmessung versorgt. Nachdem dies in Akutsituationen oft nicht sofort gelingt, ist man vorübergehend auf nicht-invasive Blutdruck- und Kreislaufkontrollen angewiesen, welche jedoch, wie die nicht-invasive Blutdruckmessung oder das Pulstasten, unter Reanimationsbedingungen schwierig und nicht immer zuverlässig sind.

In den vergangenen Jahren wurden deshalb diverse neue Monitoring-Methoden getestet. Besonders eindrucksvoll zeigte Heidrun Losert in diesem Zusammenhang 2007 in einer Studie, dass die Analyse der Thoraximpedanz, gemessen über Defibrillatorpads, herangezogen werden kann, um den Kreislauf der PatientInnen zu überwachen. Weitere mögliche Monitoring-Technologien, wie Nahinfrarotspektroskopie und Photoplethysmographie unter Reanimation, werden derzeit an unserer Klinik im Rahmen prospektiver Studien noch genauer untersucht. Trotz einiger neuer, vielversprechender Technologien ist das nicht-invasive Monitoring von PatientInnen im Herz-Kreislauf-Stillstand weiterhin eine Herausforderung.

Key Publications

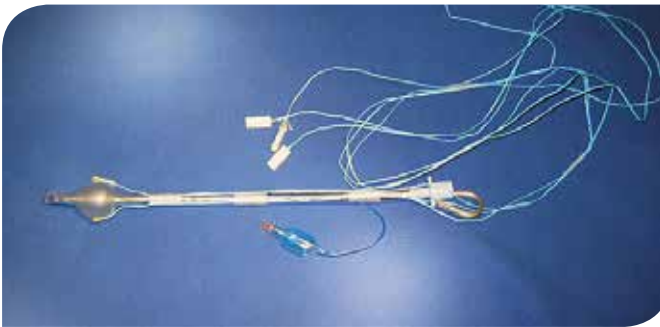
Losert et al.
Resuscitation 2007
Durch Analyse des elektrischen Widerstands des Brustkorbs über Defibrillatorpads kann der Kreislauf der PatientInnen überwacht werden.

Kontinuierliches Temperatur-Monitoring

Die Temperaturkontrolle nach Herz-Kreislauf-Stillstand stellt eine der Hauptsäulen der Postreanimationsbehandlung dar. Da sowohl ein Anfebern der PatientInnen, als auch ein zu tiefes Absinken der Körperkern-temperatur in dieser Phase einen negativen Einfluss auf das Überleben und neurologische Outcome der PatientInnen haben kann, ist es umso wichtiger, eine kontinuierliche Messung der korrekten Kühltemperatur zu vollziehen. Moritz Haugk hat 2010 den Gebrauch des Temperatur-Tubus getestet und dessen einfache Handhabung sowie zuverlässige Temperaturwerte aufgezeigt. Weiters zeigte Andrea Zeiner-Schatzl 2010, dass die nicht-invasive kontinuierliche Temperaturmessung über einen zerebralen Sensor ebenfalls anwendbar ist

und genaue Messwerte liefert. Danica Krizanac untersuchte 2013 die invasive Temperaturmessung über einen femoro-iliacal eingebrachten Katheter, wobei diese Methode eine der zuverlässigsten und zudem einfach anzuwenden ist.

Routinemäßig wird seit ca. 10 Jahren an der Universitätsklinik für Notfallmedizin die kontinuierliche Körpertemperaturmessung über eine schnell und einfach einzubringende Ösophagussonde vorgenommen.



Key Publications

Haugk et al. Crit Care Med 2010
Erstmalige Verwendung einer Temperaturmessung über einen Endotrachealtubus

Zeiner et al Resuscitation 2010
Nicht-invasive cerebrale Temperaturmessung

Krizanac et al. Resuscitation 2013
Temperaturmessung über einen Katheter in der Femoralarterie

LITERATUR

Losert H, Risdal M, Sterz F, Nysaether J, Köhler K, Eftestøl T, Wandaller C, Myklebust H, Uray T, Aase SO, Laggner AN. Thoracic-impedance changes measured via defibrillator pads can monitor signs of circulation. Resuscitation. 2007 May; 73(2): 221-8. Epub 2007 Feb 7.

Haugk M, Stratil P, Sterz F, Krizanac D, Testori C, Uray T, Koller J, Behringer W, Holzer M, Herkner H. Temperature monitored on the cuff surface of an endotracheal tube reflects body temperature. Crit Care Med. 2010 Jul; 38(7): 1569-73. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181e47a20.

Zeiner A, Klewer J, Sterz F, Haugk M, Krizanac D, Testori C, Losert H, Ayati S, Holzer M. Non-invasive continuous cerebral temperature monitoring in patients treated with mild therapeutic hypothermia: an observational pilot study. Resuscitation. 2010 Jul; 81(7): 861-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.03.18. Epub 2010 Apr 15.

Krizanac D, Stratil P, Hoerburger D, Testori C, Wallmueller C, Schober A, Haugk M, Haller M, Behringer W, Herkner H, Sterz F, Holzer M. Femoro-iliacal artery versus pulmonary artery core temperature measurement during therapeutic hypothermia: an observational study. Resuscitation. 2013 Jun; 84(6): 805-9. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.11.22. Epub 2012

» Time is Muscle – Management des akuten Herzinfarkts

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den führenden Todesursachen in der westlichen Welt. Der Akute Herzinfarkt ist eine besonders zeitkritische Erkrankung. Der Notfallmanager als Case-Manager sorgt dafür, dass jede Patientin und jeder Patient zeitnah die optimale Versorgung erhält.

Erfahrung seit 1991

Bereits seit Etablierung der Universitätsklinik für Notfallmedizin stellt der Akute Myokardinfarkt einen der Arbeitsschwerpunkte der Notfallmediziner dar. Hierbei werden Forschung und PatientInnenversorgung möglichst optimal verknüpft: Seit 1991 werden alle PatientInnen in einem von Wolfgang Schreiber etablierten Register erfasst. Dies ermöglicht einerseits umfangreiche wissenschaftliche Analysen, andererseits auch eine permanente Qualitätskontrolle. So ist eine State-of-the-Art-Versorgung für jede Patientin und jeden Patienten sichergestellt.

Die Ära der Lyse

Im Laufe der vergangenen 25 Jahre hat die Herzinfarkt-Versorgung eine rasante Entwicklung unternommen. ExpertInnen der Klinik waren an vielen dieser Innovationen führend beteiligt. In den Anfangsjahren erfolgte die Behandlung primär medikamentös. Sogenannte Thrombolytika führen zu einer Auflösung der Blutgerinnsel in den Herzkranzgefäßen. Anfang der 2000er Jahre konnte dabei erfolgreich eine neue Substanz, Tenecteplase, eingeführt werden, die bereits bei einmaliger Gabe einen raschen Therapieeffekt ermöglicht.

Herzinfarkt-Netzwerk Wien

Mit 2003 konnte ein weiterer, großer Schritt in der Versorgung des Akuten Herzinfarktes gemacht werden. Die interventionelle Eröffnung der Herzkranzgefäße mittels Herzkatheter (PCI) ermöglicht noch bessere Ergebnisse als die rein medikamentöse Therapie. Aufgrund der hohen Expertise, die für diesen Eingriff benötigt wird, erfolgte die Etablierung von sechs spezialisierten Zentren in ganz Wien. Diese Zentren zeichnen je nach Wochentag für die Akutversorgung verantwortlich. Während das AKH Wien an Samstagen und Sonntagen so primärer Ansprechpartner für den Rettungsdienst ist, steht es an allen anderen Tagen den anderen Krankenhäusern als Backup für komplexe Fälle zur Verfügung. Die Klinik für Notfallmedizin war an der Etablierung dieses Vienna STEMI Network führend beteiligt.

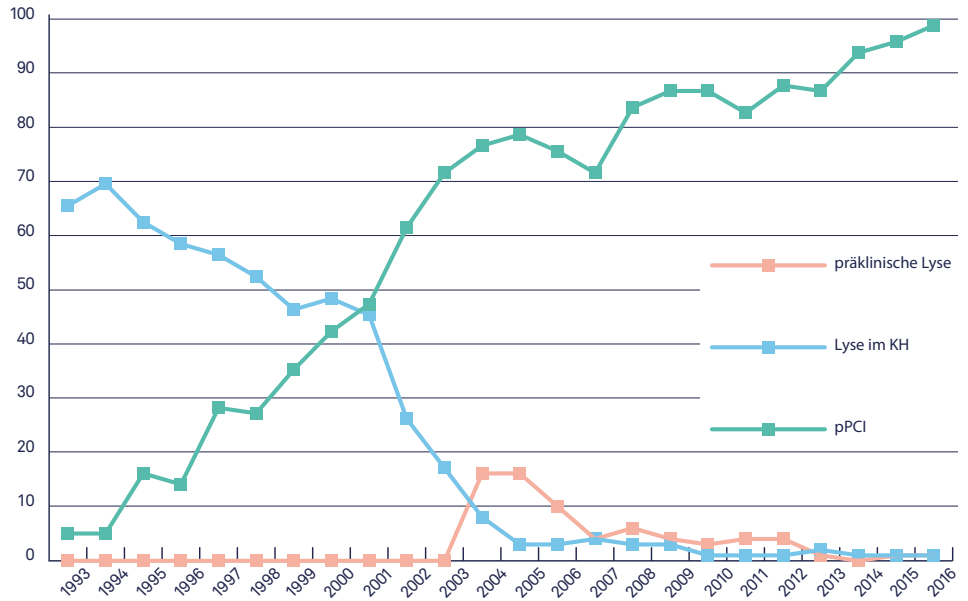
Key Publications

Vienna STEMI Registry Group.
Circulation 2006

Durch die Etablierung des Netzwerkes konnte der Anteil der PatientInnen, die lebend aus dem Krankenhaus entlassen werden können, signifikant von 84 auf 91 Prozent erhöht werden.



Behandlungsstrategien beim Akuten Herzinfarkt 1993 bis 2016



Die Notfallmediziner als Case-Manager

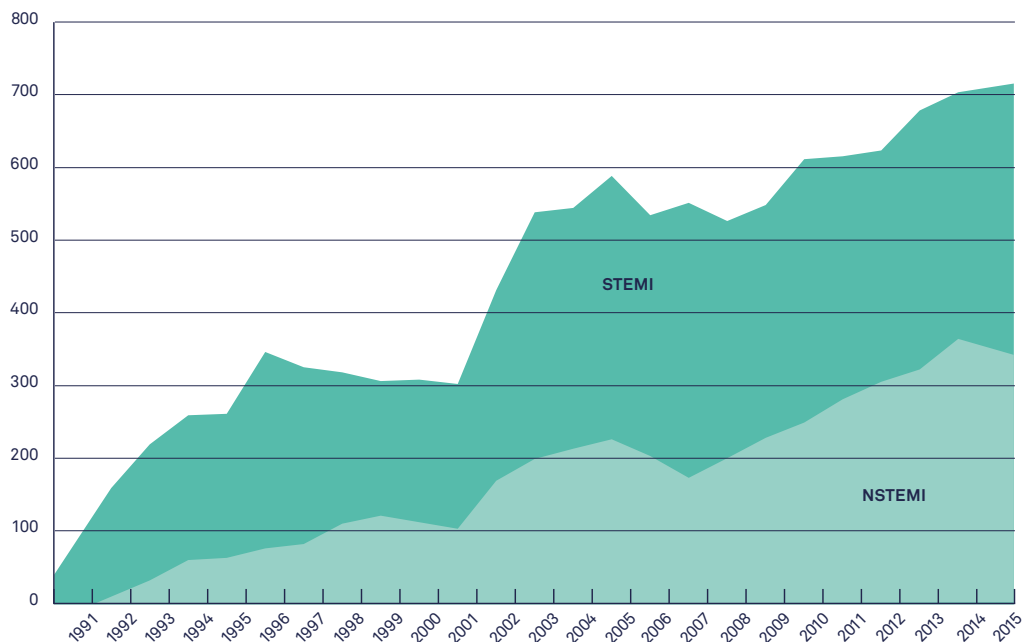
Mit den Veränderungen in den Therapiestrategien verändert sich auch die Rolle der Notfallmediziner in der Versorgung. Während die Katheterintervention selbst von den KollegInnen der Kardiologie durchgeführt wird, ist die Aufgabe der Notfallmediziner die Koordination, Risikostratifizierung und umfassende Betreuung. Als Case-Manager sorgen sie dafür, dass der/die richtige PatientIn zur richtigen Zeit die richtige Therapie erhält. Sie sind Ansprechpartner für die Rettung und identifizieren und versorgen auch jene PatientInnen, bei denen die Diagnose Akuter Herzinfarkt im ersten Moment noch nicht klar war. Dies ermöglicht international beispielhafte Zeiten vom Eintreffen bis zur definitiven Versorgung (Door-to-Cathlab-Zeit).

Key Publications

Havel et al. Am J Emerg Med 2011

Spezialisierte Kits und organisatorische Verbesserungen ermöglichen, die Zeit vom Eintreffen bis zur Versorgung im Herzkatheter um mehr als die Hälfte zu reduzieren.

Verlauf Patient-Innenzahlen



Intensivbetreuung im Herzkatheter

Eine Besonderheit, auch im internationalen Vergleich, ist die Betreuung schwerstkranker PatientInnen im Herzkatheter durch das Team der Notfallmedizin. Dies ermöglicht den hochspezialisierten interventionellen KardiologInnen, sich auf die kausale Therapie zu konzentrieren: die Wiedereröffnung des Herzkranzgefäßes. Die IntensivmedizinerInnen und Intensivpflegepersonen der Notfallmedizin überwachen und unterstützen währenddessen die Lebensfunktionen der NotfallpatientInnen. Dabei kommen modernste Techniken zum Einsatz, von der Herz-Lungenmaschine (ECMO) bis zur Ballonpumpe. Diese Kooperation aller ExpertInnen sorgt für das bestmögliche Outcome.

Optimale Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege

Ein perfektes interdisziplinäres Zusammenspiel ist auch Voraussetzung, um höchste internationale Standards erfüllen zu können. So erfolgt innerhalb von nur 10 Minuten ab Eintreffen bei allen PatientInnen, die die Notfallambulanz aufgrund von Brustschmerzen aufsuchen, ein EKG samt Befundung. Zeitkritische Fälle können so rasch identifiziert werden. Auch die rasche Versorgung von PatientInnen, die direkt in den Herzkatheter gebracht werden, ist nur durch das gute Zusammenwirken aller Beteiligten möglich.

Key Publications

Van Tulder et al. Am J Emerg Med 2012
Der Einsatz von spezialisierten Pflegekräften führt zu einer deutlichen Reduktion (von 23 auf 9 Minuten) der Zeit bis zur EKG-Durchführung und -Diagnostik.

Neue Biomarker – neue Herausforderungen

Neben der rasanten Entwicklung im Bereich der Therapie wurden auch im diagnostischen Bereich große Fortschritte gemacht. Immer empfindlichere Biomarker ermöglichen eine schnellere und sichere Diagnose. Während in den Anfangsjahren nur unspezifische Muskelparameter verfügbar waren, stehen heute hochsensitive herzspezifische Troponin-Tests der neuesten Generation zur Verfügung. Doch die richtige Anwendung dieser Biomarker erfordert eine umfangreiche Expertise. Nur so kann sowohl kostspielige und zeitraubende Überdiagnostik vermieden, als auch eine rasche Identifizierung kritischer PatientInnen sichergestellt werden. Vermehrt kommen dabei auch Methoden der personalisierten Medizin zur Anwendung.

LITERATUR

Vienna STEMI Registry Group.

Clinical predictors of patient related delay in the Vienna ST-elevation myocardial infarction network and impact on long-term mortality. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2017 Apr; 6(3):254-261.

Roth D, Van Tulder R, Heidinger B, Herkner H, Schreiber W, Havel C.

Admission blood pressure and 1-year mortality in acute myocardial infarction. Int J Clin Pract. 2015 Aug; 69(8):812-9.

van Tulder R, Roth D, Weiser C, Heidinger B, Herkner H, Schreiber W, Havel C.

An electrocardiogram technician improves in-hospital first medical contact-to-electrocardiogram times: a cluster randomized controlled interventional trial. Am J Emerg Med. 2012 Nov; 30(9):1729-36.

Havel C, Schreiber W, Christ G, Winkler S, Herkner H.

Accelerated management of patients with ST-segment elevation myocardial infarction in the ED. Am J Emerg Med. 2011 Jul; 29(6):650-5.

Vienna STEMI Registry Group.

Implementation of guidelines improves the standard of care: the Viennese registry on reperfusion strategies in ST-elevation myocardial infarction (Vienna STEMI registry). Circulation. 2006 May 23; 113(20):2398-405.

Schreiber W, Kittler H, Pieper O, Woisetschlaeger C, Laggner AN, Hirschl MM.

Prediction of 24 h, nonfatal complications in patients with acute myocardial infarction receiving thrombolytic therapy by calculation of the ST segment deviation score. Can J Cardiol. 2003 Feb; 19(2):151-7.

Eisenburger P, Schreiber W, Vergeiner G, Sterz F, Holzer M, Herkner H, Havel C, Laggner AN.

Lunar phases are not related to the occurrence of acute myocardial infarction and sudden cardiac death. Resuscitation. 2003 Feb; 56(2):187-9.

Beran G, Lang I, Schreiber W, Denk S, Stefanelli T, Syeda B, Maurer G, Glogar D, Siostrzonek P.

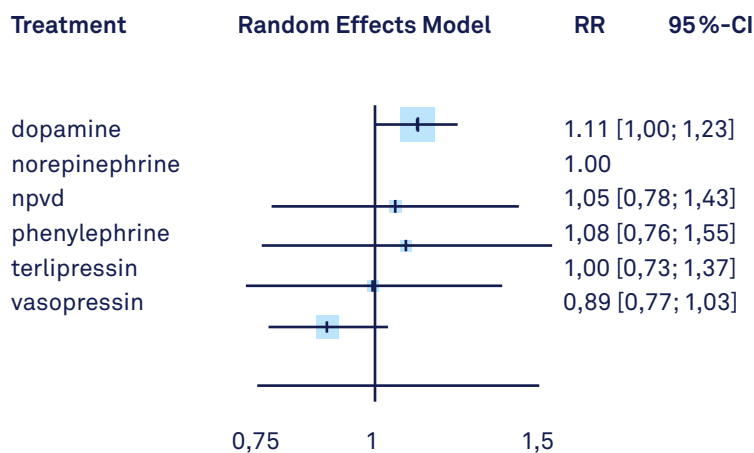
Intracoronary thrombectomy with the X-sizer catheter system improves epicardial flow and accelerates ST-segment resolution in patients with acute coronary syndrome: a prospective, randomized, controlled study. Circulation. 2002 May 21; 105(20):2355-60.

Gwechenberger M, Schreiber W, Kittler H, Binder M, Hohenberger B, Laggner AN, Hirschl MM.

Prediction of early complications in patients with acute myocardial infarction by calculation of the ST score. Ann Emerg Med. 1997 Nov; 30(5):563-70.

» Arbeitsgruppe klinische Epidemiologie

Mit der Gründung der Universitätsklinik für Notfallmedizin etablierte sich rasch eine intensive Forschungstätigkeit mit hohem Anspruch und internationaler Ausrichtung. Die Forschung auf diesem neuen Gebiet erforderte neben viel fachlichem und organisatorischem Know-how zunehmend auch methodische Expertise. So bildete sich eine eigene Arbeitsgruppe, die sich auf klinische Epidemiologie spezialisierte und nun seit mehr als 20 Jahren in Studienplanung, Analyse und Interpretation an der Klinik, der Universität aber auch international aktiv ist.



Cochrane Collaboration

Die Klinik hat seit ihrem Bestehen mit Marcus Müllner und Harald Herkner bereits zwei Editoren für die renommierte Cochrane Collaboration gestellt (Sitz der Gruppen im Nordic Cochrane Center in Kopenhagen). Die Klinik hat bisher bereits zehn Cochrane-Autoren hervorgebracht und zeichnet für sechs höchst erfolgreiche Cochrane-Reviews verantwortlich. Comparative Effectiveness/Network-Meta-Analyse, Harm-Reviews und Diagnostic Test Accuracy sind Beispiele für die verwendete Cutting-Edge-Methodik. Die Arbeitsgruppe war darüber hinaus in die Organisation des Cochrane Colloquium 2015 involviert und hat eine aktive Rolle im Österreichischen Cochrane Zentrum an der Donau Uni Krems. Die Vorreiterrolle der nun 25 Jahre jungen Klinik für Notfallmedizin zeigt sich auch darin, dass sie den ersten Österreichischen Cochrane Editor, aber auch den ersten Österreichischen Redakteur im Top-Fachjournal „British Medical Journal“ hervorgebracht hat.

Funktionen in Behörden und Gremien

Angehörige der Klinik konnten in mehreren Funktionen ihre Expertise in klinischer Epidemiologie auf nationaler (Marcus Müllner war Head of Agency, Österreichische Arzneimittelbehörde AGES) und europäischer Ebene (Marcus Müllner: Scientific Advice & Orphan Drugs, Harald Herkner: Pharmacovigilance & Risk Assessment bei der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA in London) einbringen. Aus der Arbeitsgruppe gehen auch Mitglieder mehrerer Ethikkommissionen hervor.

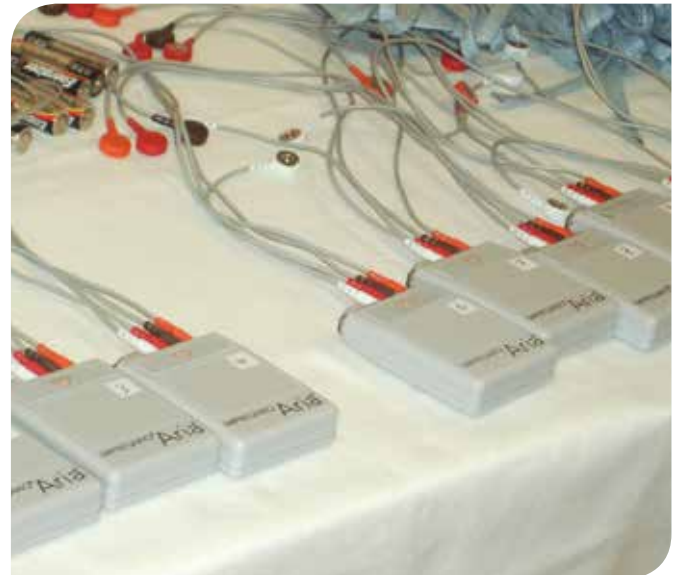
Methodische Beiträge zur klinischen Epidemiologie

Die Arbeitsgruppe ist in die PhD-Programme „Preclinical and Clinical Research for Drug Development“ und „Klinische Neurowissenschaften“ der Medizinischen Universität Wien eingebunden. Daraus entstandene relevante methodische Beiträge sind etwa die Entwicklung eines Literatur-Suchfilters für Off-Label-Studien

(Bita Mesgarpour), die Methodik zur Kombination von Mortalitätsdaten aus intensivmedizinischen Studien (Dominik Roth) oder Methoden zur Quantifizierung der Anwendbarkeit von wissenschaftlicher Evidenz in der klinischen Praxis (Markus Titz).

Kooperation mit klinischen Arbeitsgruppen innerhalb der Universität

Vor mehr als 15 Jahren ins Leben gerufen, halten Mitglieder der Arbeitsgruppe kontinuierlich Vorlesungen und Seminare zu Design, Analyse und Interpretation klinischer Studien und Meta-Analysen in unterschiedlichen Formaten mit dem Schwerpunkt auf klinische Beobachtungsstudien. In diesem Zusammenhang entstanden auch ein eigenständiges Lehrbuch und Beiträge zu mehreren einschlägigen Fachbüchern.



Graduelle und Postgraduelle Lehre

Seit Anbeginn besteht eine rege Kooperation mit den anderen Arbeitsgruppen der Klinik, besonders zu Reanimation und Hypothermie, akutem Koronarsyndrom und Notfall-Rhythmologie. Darüber hinaus hat sich eine gute Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken für Innere Medizin, der Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie, der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, der Universitätsklinik für Chirurgie sowie vielen anderen Kliniken und Instituten entwickelt, wo die Arbeitsgruppe vor allem klinisch-epidemiologische Expertise beisteuern konnte.

LITERATUR

Vasopressors for hypotensive shock.

Gunnar Gamper, Christof Havel, Jasmin Arrich, Heidrun Losert, Nathan Leon Pace, Marcus Müllner and Harald Herkner
Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 15;2:CD003709

Hypothermia for neuroprotection in adults after cardiopulmonary resuscitation.

Jasmin Arrich, Michael Holzer, Christof Havel, Marcus Müllner and Harald Herkner
Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 15;2:CD004128

Harms of off-label erythropoiesis-stimulating agents for critically ill people.

Bita Mesgarpour, Benedikt H Heidinger, Dominik Roth, Susanne Schmitz, Cathal D Walsh and Harald Herkner
Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 25;8:CD010969

Different Mortality Time Points in Critical Care Trials: Current Practice and Influence on Effect Estimates in Meta-Analyses.

Roth D, Heidinger B, Havel C, Herkner H.
Crit Care Med. 2016 Aug;44(8):e737-41.

Erfolgreich wissenschaftlich arbeiten in der Klinik.

Herkner H, Müllner M.
2011 Springer Verlag (<http://www.springer.com/us/book/9783709104743>).

» PatientInnen mit Herzrhythmusstörungen – sichere, effektive, rasche und kostensparende Behandlung

Jährlich werden 500–800 PatientInnen wegen Herzrhythmusstörungen an der Universitätsklinik für Notfallmedizin behandelt. Seit den Anfängen der Klinik war es das Ziel, diese PatientInnen nicht nur effektiv, sicher und rasch zu behandeln, sondern auch möglichst zeitnah wieder zu entlassen. Diverse Studienprojekte und Publikationen haben diese Thematik zum Inhalt.

Adenosin – diagnostisch und therapeutisch effektiv

Zur strukturierten Behandlung von regelmäßigen, tachykarden Rhythmusstörungen wurde in den Anfangsjahren der Klinik ein Studienprotokoll unter Verwendung des damals neu zugelassenen „Überleitungsblockers“ Adenosin erarbeitet und angewendet. Einem simplen Algorithmus folgend, bestehend aus Vagus-Manövern und Adenosin, konnte bei zwei Drittel der PatientInnen

eine Konversion in den „normalen“ Sinusrhythmus erzielt werden und zusätzlich bei einer Vielzahl der PatientInnen die zugrundeliegende Rhythmusstörung demaskiert, beziehungsweise diagnostiziert werden. Dieser Algorithmus ist auch heute noch von internationalen Fachgesellschaften empfohlener medizinischer Standard.

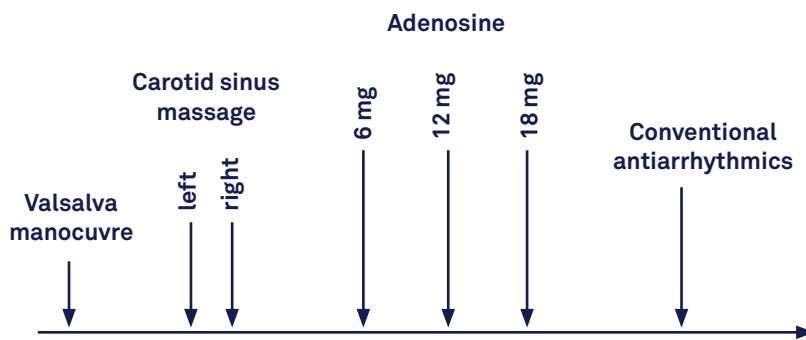
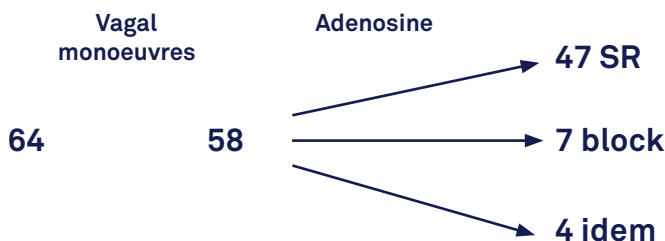


Figure 1 Protocol for management of tachycardia.



Key Publications

Domanovits et al. Eur Heart J, 1994

Adenosin-gestütztes Management von tachykarden Rhythmusstörungen

Breitkomplextachykardie und Bradykardie – sicher behandelt

In einer retrospektiven Studie wurde erstmals bei einem größeren Kollektiv die klinische Präsentation und der Verlauf von PatientInnen mit anhaltender Breitkomplextachykardien beschrieben. Die Mehrzahl der PatientInnen war anfangs hämodynamisch stabil, jedoch war bei der Hälfte der PatientInnen im Verlauf eine elektrische Kardioversion in Kurznarkose notwendig, da medikamentös kein anhaltender Sinusrhythmus erzielt werden konnte.

PatientInnen mit symptomatischer, bradykarder (langsamer) Herzrhythmusstörung wurden über eine Zehn-Jahre-Periode Anfang der 2000er Jahre retrospektiv analysiert. Es zeigte sich, dass bei 20 Prozent aufgrund der akuten rhythmologischen Instabilität

ein passagerer Schrittmacher gelegt werden musste und schließlich die Hälfte der PatientInnen einen definitiven Schrittmacher benötigte.

Key Publications

Domanovits et al. Resuscitation, 1999
Anhaltende ventrikuläre Tachykardie an der Notaufnahme, in 50 Prozent Strom notwendig

Sodeck et al. Resuscitation, 2007
Symptomatische Bradykardie an der Notaufnahme, 50 Prozent benötigen einen permanenten Schrittmacher

Vorhofflimmern – die häufigste Rhythmusstörung erfolgreich und schnell behandelt

Vorhofflimmern ist die häufigste anhaltende Rhythmusstörung und für bis zu 10 Prozent der stationären Behandlungen an Notaufnahmen verantwortlich.

In einer Pilotstudie wurde bei 51 stabilen PatientInnen mit anhaltendem Vorhofflimmern/-flattern erstmals ein sequentieller Therapie-Algorithmus bestehend aus der initialen intravenösen Gabe des damals neuen Antiarrhythmikum Ibutilide (Corvert®) und einer nachfolgenden elektrischen Kardioversion bei fortbestehender Rhythmusstörung prospektiv untersucht. Bei 61 Prozent der PatientInnen konnte 90 Minuten nach Gabe von Ibutilide Sinusrhythmus erzielt werden. Alle PatientInnen mit erfolgloser medikamentöser Kardioversion konnten schließlich erfolgreich elektrisch zu Sinusrhythmus kardiovertiert werden. Mehr als 90 Prozent der Studienteilnehmer konnten nach einem kurzstationären Aufenthalt direkt von der Notfallaufnahme nach Hause entlassen werden.

Kürzlich konnte im Rahmen einer prospektiven, randomisierten Studie bei hundert PatientInnen gezeigt werden, dass das neue Antiarrhythmikum Vernakalant (Brinavess®) schneller und effektiver bei gleicher Sicherheit kürzlich aufgetretenes Vorhofflimmern konvertiert als das in dieser Indikation bereits länger zugelassene und etablierte Medikament Ibutilide (Sinusrhythmus in 69 versus 43 Prozent nach 90 Minuten). Zusätzlich erhöhte Vernakalant die Effektivität einer nachfolgenden elektrischen Kardioversion, falls es selbst nicht zum Sinusrhythmus führte. Alle Studienteilnehmer konnten schließlich direkt von der Klinik im Sinusrhythmus entlassen werden. Über die Studienergebnisse wurde in diversen Medien, als auch in den aktuellen Richtlinien zum Management von Vorhofflimmern der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft berichtet.

Key Publications

Domanovits et al. Resuscitation 2000
Ein sequentieller Algorithmus bestehend aus Ibutilide und elektrischer Kardioversion beendet erfolgreich anhaltendes Vorhofflimmern/-flattern

Simon et al. Europace, 2017
Vernakalant beendet rezentes Vorhofflimmern in einer randomisierten, kontrollierten Studie schneller und effektiver als Ibutilide

Elektrische Kardioversion bei Vorhofflimmern – besonders effektiv und sicher

Jährlich werden an der Klinik um die 200 PatientInnen mit Vorhofflimmern elektrisch kardiovertiert. Im Rahmen einer rezenten Diplomarbeit von C. Schütz (Analysezeitraum 2013–2015) konnte gezeigt werden, dass bei 92 Prozent (515 von 562 Fällen) der Vorhofflimmern-

Episoden mittels elektrischer Kardioversion ein Sinusrhythmus erzielt werden konnte. Therapiebedürftige Komplikationen, zumeist passagere Bradykardien, traten mit einer Häufigkeit von 2,5 Prozent sehr selten auf.

Vorhofflimmer-Register – ein „Werkzeug“ zur Behandlungsoptimierung



Seit dem Jahre 2012 ist an der Universitätsklinik für Notfallmedizin ein Register für PatientInnen mit Vorhofflimmern eingerichtet. Bisher sind annähernd 4000 Vorhofflimmer-Episoden strukturiert erfasst. Dieses Register ermöglicht durch die kontinuierliche Evaluation der untersuchten Parameter und deren Abgleich mit den aktuellen Guidelines sowie von Studienergebnissen auch in Zukunft eine optimierte Behandlung und PatientInnensicherheit.

LITERATUR

Vernakalant is superior to ibutilide for achieving sinus rhythm in patients with recent-onset atrial fibrillation: a randomized controlled trial at the emergency department.

Simon A, Niederdoeckl J, Skyllouriotis E, Schuetz N, Herkner H, Weiser C, Laggner AN, Domanovits H, Spiel AO. *Europace*. 2017 Feb 1;19(2):233-240.

Thromboembolic events, bleeding, and drug discontinuation in patients with atrial fibrillation on anticoagulation: a prospective hospital-based registry.

Königsbrügge O, Simon A, Domanovits H, Pabinger I, Ay C. *BMC Cardiovasc Disord*. 2016 Dec 9;16(1):254.

Brain natriuretic peptide correlates with the extent of atrial fibrillation-associated silent brain lesions.

Gartner W, Zierhut B, Mineva I, Sodeck G, Leutmezer F, Domanovits H, Prayer D, Wolf F, Base W, Weissel M, Wagner L. *Clin Biochem*. 2008 Dec;41(18):1434-9.

Compromising bradycardia: management in the emergency department.

Sodeck GH, Domanovits H, Meron G, Rauscha F, Losert H, Thalmann M, Vlcek M, Laggner AN. *Resuscitation*. 2007 Apr;73(1):96-102.

Termination of recent-onset atrial fibrillation/flutter in the emergency department: a sequential approach with intravenous ibutilide and external electrical cardioversion.

Domanovits H, Schillinger M, Thoennissen J, Nikfardjam M, Janata K, Brunner M, Laggner AN. *Resuscitation*. 2000 Aug 1;45(3):181-7.

Sustained ventricular tachycardia in the emergency department.

Domanovits H, Paulis M, Nikfardjam M, Holzer M, Stühlinger HG, Hirschl MM, Laggner AN. *Resuscitation*. 1999 Sep;42(1):19-25.

Effects of verapamil and diltiazem on the ventricular rate during simulated atrial flutter in isolated guinea pig hearts.

Stark U, Stark G, Kasper K, Decrinis M, Domanovits H, Sterz F, Belardinelli L, Tritthart HA. *J Pharmacol Toxicol Methods*. 1996 Aug;35(4):203-9.

Adenosine for the management of patients with tachycardias – a new protocol.

Domanovits H, Laske H, Stark G, Sterz F, Schmidinger H, Schreiber W, Müllner M, Laggner AN. *Eur Heart J*. 1994 May;15(5):589-93.



» Die akute Lungenembolie – eine oft unterschätzte Erkrankung

Die akute Lungenembolie ist eine Erkrankung mit vielen Facetten. Eine rasche und ressourcenschonende Diagnostik bei Verdacht auf Lungenembolie, ebenso wie eine risikoarme Behandlung dieser potenziell tödlichen Erkrankung sind eine notfallmedizinische Herausforderung. Die bestmögliche Versorgung von PatientInnen mit akuter Lungenembolie kann nur durch enge und reibungslose Zusammenarbeit von ÄrztInnen, Pflege- und Fachpersonal von konservativen, diagnostischen und chirurgischen Fächern erfolgen. Sie erfordert ebenso eine Zusammenarbeit über die lokalen Grenzen hinweg durch steten Erfahrungsaustausch und Zusammenarbeit im Rahmen klinischer Studien.

Eine akute Lungenembolie entsteht durch die Verschleppung von Blutgerinnseln (meist aus den Beinvenen) in die Lungenarterien. Dies kann zu akuter Atemnot, Schmerzen beim Atmen oder im Extremfall durch eine vermehrte Belastung des rechten Herzens zum akuten Kreislaufversagen führen.

Es ist anzunehmen, dass pro Jahr eine(r) von zweitausend ÖsterreicherInnen eine akute Lungenembolie erleidet. Die tatsächliche Anzahl könnte durchaus höher sein, da viele Ereignisse entweder so beschwerdearm oder so rasch tödlich verlaufen, dass eine Diagnostik nicht erfolgt. Das uncharakteristische Beschwerdebild bei akuter Lungenembolie kann die Diagnostik erschweren und damit eine sofortige Therapie verzögern. Es ist die Herausforderung für die NotfallmedizinerInnen, anhand bestimmter Konstellationen aus Risikofaktoren, Beschwerden und Befunden zu entscheiden, welche PatientInnen eine bildgebende Computertomographie oder Szintigraphie benötigen. Derzeit wird lediglich in 10 Prozent aller klinischer Verdachtsfälle eine Lungenembolie letztendlich auch bestätigt.

Key Publications

Kürkcıyan et al. Ach Int Med. 2000

In einer retrospektiven Analyse der Ursachen für einen Herz-Kreislaufstillstand außerhalb des Krankenhauses findet sich eine akute Lungenembolie bei 4,8 Prozent (60/1246) aller PatientInnen.

Sammeln von Erfahrung durch Datenverarbeitung

Seit Eröffnung der Klinik 1991 wird im Rahmen des kardiovaskulären Schwerpunktes besonderes Augenmerk auf das Management von PatientInnen mit akuter Lungenembolie gerichtet. Um neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen und eine optimale Versorgung zu gewährleisten, werden seit zirka 20 Jahren Daten von

Notfall-PatientInnen mit erwiesener akuter Lungenembolie in einem von der Ethikkommission genehmigten und von Karin Janata gemeinsam mit KollegInnen und DiplomandInnen der Medizinischen Universität Wien geführten Register erfasst.

Akute Lungenembolie – wer hat ein erhöhtes Mortalitätsrisiko

Für die akute Versorgung von PatientInnen mit Lungenembolie ist es wichtig, den klinischen Schweregrad der Erkrankung rasch zu beurteilen. Dies ist sowohl für die Wahl der Therapiemaßnahmen, als auch die Intensität der Überwachung der PatientInnen entscheidend. Die Mehrheit aller PatientInnen mit akuter Lungenembolie ist hämodynamisch stabil und bleibt dies auch.

Um hier jene PatientInnen mit potentiell kompliziertem Verlauf zu identifizieren, wurde vermehrt nach prognostischen Markern gesucht. Als wesentliche Prädiktoren konnten hier neben echokardiographischen auch laborchemische Parameter einer akuten Rechtsherzbelastung gefunden werden.

Key Publications

Janata et al. BMJ 2003, Janata et al. Eur Resp J 2009

An der Klinik konnte als eine der ersten Arbeitsgruppen das kardiale Troponin T als Marker für Schweregrad und Prognose einer akuten Lungenembolie identifiziert werden. PatientInnen mit erhöhten Troponinwerten haben sowohl während des Spitalsaufenthaltes, als auch im Verlauf des folgenden Jahres ein erhöhtes Risiko zu versterben.

Fulminante Lungenembolie – nicht immer kann die Diagnose und Therapie einer akuten Lungenembolie rechtzeitig erfolgen

Zirka 10 Prozent aller Lungenembolie PatientInnen gelangen im kardiogenen Schock oder reanimationspflichtig an eine Notaufnahme. Ohne sofortige Wiedereröffnung der Lungenstrombahn und dadurch Entlastung des rechten Herzens sind die Chancen einen Herz-Kreislauf-Stillstand bei akuter Lungenembolie zu überleben sehr gering. Galt eine Reanimationsdauer von mehr als 10 Minuten infolge befürchteter Blutungskomplikationen lange Zeit als Kontraindikation für eine Thrombolysethe-

rapie, so konnte gezeigt werden, dass schwere Blutungen unter Thrombolyse im Vergleich zu Heparin-gabe nicht signifikant zunahm. Bei Verdacht auf Lungenembolie als Ursache für einen Herz-Kreislauf-Stillstand kann daher laut Empfehlung des European Resuscitation Councils eine Thrombolyse verabreicht werden, auch unabhängig von der Dauer der Wiederbelebungsmaßnahmen.

Key Publications

Janata et al. Resuscitation 2003

Es konnte retrospektiv gezeigt werden, dass bei reanimationspflichtigen PatientInnen mit akuter Lungenembolie die Überlebenschancen der ersten 24 Stunden durch Verabreichung einer Thrombolyse-therapie signifikant erhöht werden können. Auch die Chancen, das Krankenhaus in gutem Zustand wieder zu verlassen, steigen deutlich.

Eine optimale Versorgung von PatientInnen mit akuter Lungenembolie ist Teamarbeit – Danke jedem einzelnen Mitglied dieses Teams für das ungebrochene Engagement.

LITERATUR

Fibrinolysis for patients with intermediate-risk pulmonary embolism.

Meyer G, Vicaute E, Danays T, PEITHO Investigators. *N Engl J Med.* 2014 Apr 10;370(15):1402-11.

The role of ST-segment elevation in lead aVR in the risk assessment of patients with acute pulmonary embolism.

Janata K, Höchtel T, Wenzel C, Jarai R, Fellner B, Geppert A, Smetana P, Havranek V, Huber K. *Clin Res Cardiol.* 2012 May;101(5):329-37.

Massive pulmonary embolism leading to cardiac arrest is associated with consumptive coagulopathy presenting as disseminated intravascular coagulation.

Leitner JM, Jilma B, Spiel AO, Sterz F, Laggner AN, Janata KM. *J Thromb Haemost.* 2010 Jul;8(7):1477-82.

Troponin T predicts in-hospital and 1-year mortality in patients with pulmonary embolism.

Janata KM, Leitner JM, Holzer-Richling N, Janata A, Laggner AN, Jilma B. *Eur Respir J.* 2009 Dec;34(6):1357-63.

Major bleeding complications in cardiopulmonary resuscitation: the place of thrombolytic therapy in cardiac arrest due to massive pulmonary embolism.

Janata K, Holzer M, Kürkciyan I, Losert H, Riedmüller E, Pikula B, Laggner AN, Laczi-ka K. *Resuscitation.* 2003 Apr;57(1):49-55.

Cardiac troponin T in the severity assessment of patients with pulmonary embolism: cohort study.

Janata K, Holzer M, Laggner AN, Müllner M. *BMJ.* 2003 Feb 8;326(7384):312-3.

Managing pulmonary embolism.

Janata K. *BMJ.* 2003 Jun 21;326(7403):1341-2.

Prevention and therapy of postoperative thrombosis and pulmonary embolism.

Röggla M, Wagner A, Malzer R, Gamper G, Janata K, Röggla G. *Acta Anaesthesiol Scand Suppl.* 1997; 111:217-9.

Pulmonary embolism. Diagnosis and treatment II.

Janata-Schwatzek K, Weiss K, Riezinger I, Bankier A, Domanovits H, Seidler D. *Semin Thromb Hemost.* 1996; 22(1):33-52. Review.



» Kohlenmonoxid – unscheinbares Gas mit starker Wirkung

Beinahe 300 Menschen pro Jahr erleiden alleine in Wien eine Kohlenmonoxidvergiftung. Seit 2008 ist das farb- und geruchlose Gas, das beispielsweise in defekten Durchlauferhitzern entsteht, einer der wissenschaftlichen Schwerpunkte der Klinik. Dabei konnten beachtliche Erfolge bei der Erforschung von Häufigkeit, Diagnose und Behandlung gemacht werden.

Das Chamäleon der Notfallmedizin

Kohlenmonoxid kann von den menschlichen Sinnesorganen nicht wahrgenommen werden. Dennoch hat das kleine Molekül eine starke Wirkung auf den menschlichen Körper. Es bindet mehrere hundert Mal stärker an Rote Blutkörperchen als Sauerstoff, außerdem führt es zu direkter Zellschädigung. Die Symptome der Kohlenmonoxidvergiftung sind entsprechend vielfältig: Von Kopfschmerzen über Konzentrationsstörungen, Schwindel und Erbrechen bis hin zur Schädigung des Herzmuskels, Bewusstlosigkeit und schließlich dem Tod. Entscheidend für die Behandlung ist daher die rasche Erkennung der Vergiftung.

Screening zahlt sich aus

Eines der ersten Themen, die im von Christof Havel etablierten Forschungsschwerpunkt untersucht wurden, waren daher neue Methoden zur schnelleren Diagnostik. Bei bisherigen Methoden war stets eine Blutuntersuchung notwendig, die nur im Verdachtsfall durchgeführt wurde – ein Problem aufgrund der unspezifischen Symptomatik. Die Arbeitsgruppe konnte nun weltweit erstmalig zeigen, dass das routinemäßige Screening mittels nichtinvasiver Methoden (CO-Pulsoxymetrie) praktikabel und sinnvoll ist – mehr als doppelt so viele Fälle von „okkulten“ Vergiftungen wie bisher vermutet werden identifiziert werden. Im Vienna CO-Exposition (VICE-) Registry, einem der weltweit größten Register zum Thema, wurden seitdem mehr als 400 PatientInnen detailliert erfasst.

Key Publications

Roth et al. Ann Emerg Med 2011.
Erstmalige Untersuchung der Genauigkeit der CO-Oxymetrie an insgesamt 1.578 PatientInnen.

LITERATUR

Roth D, Schreiber W, Herkner H, Havel C.

Prevalence of carbon monoxide poisoning in patients presenting to a large emergency department. Int J Clin Pract. 2014 Oct;68(10): 1239-45.

Roth D, Bayer A, Schrattenbacher G, Malzer R, Herkner H, Schreiber W, Havel C.

Exposure to Carbon Monoxide for Patients and Providers in an Urban Emergency Medical Service. Prehosp Emerg Care. 2013 Jul-Sep;17(3):354-60.

Roth D, Herkner H, Schreiber W, Hubmann N, Gamper G, Laggner AN, Havel C.

Accuracy of a Non-invasive CO-Oximetry Compared to Carboxyhemoglobin from Blood Gas Analysis in Unselected Emergency Department Patients.

Ann Emerg Med. 2011 Jul;58(1):74-9.

Umfassende Auswirkungen auf die Präklinik

Die gute Zusammenarbeit mit dem Wiener Rettungsdienst bewährt sich auch beim Thema Kohlenmonoxid. Auf gemeinsame Initiative mit der Berufsrettung Wien wurden 2013 österreichweit erstmalig alle Rettungsfahrzeuge der MA70 mit Kohlenmonoxid-Warngeräten ausgestattet. Damit konnten bereits im ersten Jahr

zahlreiche sonst unerkannte Fälle von Kohlenmonoxidvergiftungen identifiziert werden. Der Einsatz von Kohlenmonoxid-Warngeräten hat sich seither landesweit als Standard etabliert und im Bewusstsein der Rettungsdienst-MitarbeiterInnen verankert.

Key Publications

Roth et al. Prehosp Emerg Care 2013.
Wienweite Ausrüstung von Rettungsfahrzeugen mit Kohlenmonoxid-Warngeräten – 110 exponierte PatientInnen bei ansonsten unerkannten Vergiftungen

Neue therapeutische Ansätze

Der aktuelle Schwerpunkt der Arbeitsgruppe liegt auf der Optimierung der Behandlung der Kohlenmonoxidvergiftung. Dies erfolgt im Rahmen der prospektiven, randomisierten CO-CPAP-Studie. In dem durch einen wissenschaftlichen Grant der ÖNK unterstützten Projekt werden Techniken der nichtinvasiven Maskenbeatmung untersucht. Ziel ist es dabei, möglichst rasch das „natürliche Antidot“ Sauerstoff zuzuführen, um Folgeschäden für die PatientInnen zu verhindern.



» Notfallultraschall – ein Werkzeug zur optimierten Diagnostik und Therapie

Seit den Anfängen der Universitätsklinik für Notfallmedizin ist der Einsatz des Ultraschalls im Rahmen der Akutdiagnostik ein integraler Bestandteil des Patientenmanagements. Der Notfallultraschall als fokussierte, problemorientierte und auf das jeweilige Individuum zugeschnittene Anwendung im Rahmen einer organ- und fächerübergreifenden Begutachtung am PatientInnenbett ist mittlerweile eine etablierte und international anerkannte eigenständige Fachdisziplin.



Notfallultraschall – Entwicklung seit 1991

Der notfallmedizinische Einsatz des Ultraschalls wird seit der Gründung der Klinik im Jahr 1991 bei einer stetig steigenden Zahl von NotfallpatientInnen beschwerdeorientiert eingesetzt. Damit können potenziell lebensgefährliche Auslöser für einen akuten Brustschmerz (Herzinfarkt, zentrale Lungenembolie, Aortendissektion, Pneumothorax) und Bauchschmerz zeitnahe richtig erkannt und behandelt werden. Begleitkomplikationen von Erkrankungen wie Aszites, Pleuraerguss und Perik-

arderguss aber auch Gefäßzugänge werden US-gezielt interveniert. Im Laufe der Jahre haben alle an der Klinik tätigen ÄrztInnen, aber auch mehrere Pflegepersonen eine praktische Kompetenz entwickelt. Anfangs standen uns hierfür nur schwere und kaum mobile Ultraschall-Geräte zur Verfügung. Durch die technische Weiterentwicklung sind die Geräte inzwischen mobil, so dass der kurzfristige Einsatz am PatientInnenbett bzw. in der Ambulanz kein Problem darstellt.

Key Publications

Müllner et al. Resuscitation 1998

Es konnte gezeigt werden, dass mittels der „Wandstress-Analyse“ die Pumpfunktion des linken Herzens bei PatientInnen nach Herz-Kreislauf-Stillstand abgeschätzt werden kann

Kürkciyan et al. Arch Intern Med. 2000

Bei PatientInnen mit Lungenembolie und Herz-Kreislauf-Stillstand konnte gezeigt werden, dass allein mit dem fokussierten Notfallultraschall bei über einem Drittel der PatientInnen die Diagnose frühzeitig gestellt werden kann und dadurch lebensrettende Therapie-Maßnahmen wie eine Lysetherapie ohne Verzögerung durchgeführt werden können.

Gyongyosi et al. Clin Cardiol. 2000

Im Rahmen einer Kooperation mit der Klinischen Abteilung für Kardiologie der MedUni Wien/AKH Wien konnte festgestellt werden, dass der intravaskuläre Ultraschall die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Herzinfarkts im Langzeitverlauf bei PatientInnen mit instabiler Angina pectoris voraussagen kann.

Kooperation mit der Radiologie

Um die Ultraschall-Fertigkeiten der MitarbeiterInnen der Klinik zu festigen, besteht seit vielen Jahren eine für beide Seiten erfolgreiche Kooperation mit der Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin. Im Rahmen einer drei- bis sechsmonatigen Rotation wird insbesondere die Expertise im Abdomen-Ultraschall vertieft, aber es werden auch nützliche Erfahrungen im Gefäß-Ultraschall, Gelenks-Ultraschall und Small-Parts-Ultraschall (Schilddrüse, Lymphknoten) gesammelt.

Ausblick

Diverse aktuelle Projekte widmen sich dem innerklinischen und auch präklinischen Einsatz des Notfallultraschalls. Um einen standardisierten, symptomorientierten Untersuchungsablauf mit Datenerfassung/Auswertung zu garantieren, wurden Erhebungsblätter zu den relevanten Symptomkomplexen „Dyspnoe/Thoraxschmerz“ sowie „Reanimation/Schock“ erstellt. Alexander Spiel engagiert sich hierzu auch in der Österreichischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (ÖGUM) und ist im Vorstand des Arbeitskreises Notfallsonographie.

LITERATUR

Gyongyosi M, Yang P, Hassan A, Domanovits H, Laggner A, Weidinger F, Glogar D. Intravascular ultrasound predictors of major adverse cardiac events in patients with unstable angina. *Clin Cardiol.* 2000 Jul;23(7):507-15.

Herkner H, Müllner M, Domanovits H, Bur A, Woisetschläger C, Gamper G, Laggner AN, Hirschl MM. Use of an age-adjusted Doppler E/A ratio in patients with moderate to severe hypertension. *J Hypertens.* 2000 Oct;18(10):1477-81.

Müllner M, Domanovits H, Sterz F, Herkner H, Gamper G, Kürkciyan I, Laggner AN. Measurement of myocardial contractility following successful resuscitation: quantitated left ventricular systolic function utilising non-invasive wall stress analysis. *Resuscitation.* 1998 Oct-Nov;39(1-2):51-9.

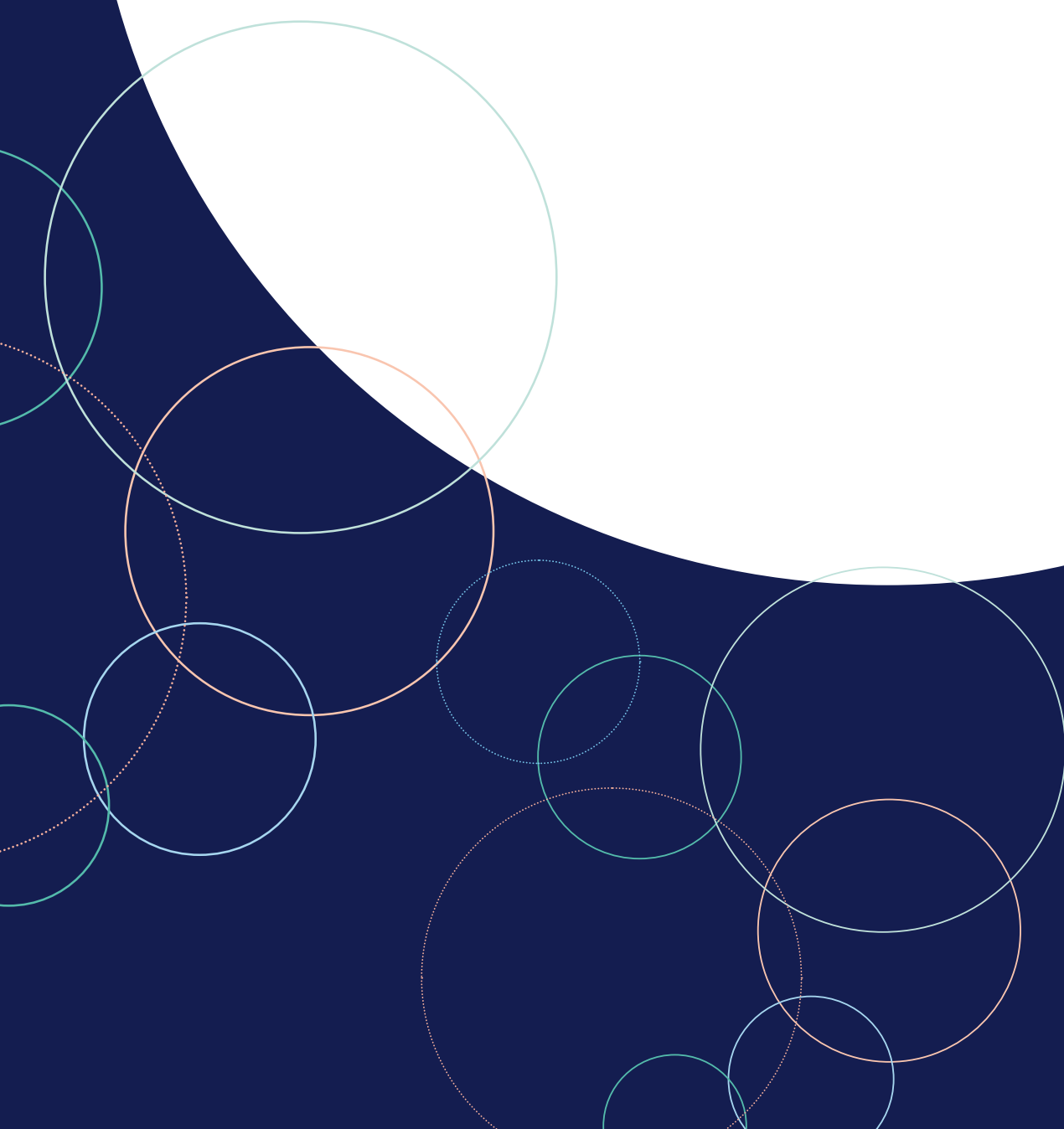
Kürkciyan I, Meron G, Sterz F, Janata K, Domanovits H, Holzer M, Berzlanovich A, Bankl HC, Laggner AN. Pulmonary embolism as a cause of cardiac arrest: presentation and outcome. *Arch Intern Med.* 2000 May 22;160(10):1529-35.

Lehre in symptomorientiertem Notfallultraschall

Die Wissensvermittlung in notfallsonographischer Organdarstellung und Befundung im klinischen Kontext ist der Klinik seit jeher ein großes Anliegen. Daher wurde von Hans Domanovits bereits vor mehr als 15 Jahren ein Wahlfach zum Einsatz des „Ultraschall am Krankenbett“ angeboten. Bei der täglichen Arbeit wird die Echokardiographie inklusive der Schluckecho-Untersuchung und die Abdomen-Sonographie im Rahmen eines „bedside teaching“ den jungen ÄrztInnen und StudentInnen nähergebracht. Seit dem Sommersemester 2016/2017 wird das Wahlfach „Symptomorientierte Notfallsonographie“ in Kooperation mit dem Teaching Center der MedUni Wien und dem studentischen Verein Sono4You erfolgreich im Skills Lab („Trockentraining“) und am Krankenbett durchgeführt. Erstmals haben dadurch StudentInnen der MedUni Wien die Möglichkeit, im Rahmen ihres Studiums eine systematische Ausbildung im Notfallultraschall zu erlangen.



Interdisziplinäre Zusammenarbeit





» Intensivmedizin im Emergency Department – ein Logistikzentrum der besonderen Art

4.900 kritisch kranke PatientInnen werden jedes Jahr von der Universitätsklinik für Notfallmedizin stationär betreut. Davon benötigen 1.400 PatientInnen aufgrund einer akuten Lebensbedrohung intensivmedizinische Therapie – meist ein Kampf um das Leben.

Akut- und Intensivmedizin **rund um die Uhr**

2.25 Uhr – das Telefon der diensthabenden Oberärztin zeigt 144 am Display – Anruf der Rettungsleitstelle Wien. Man sucht ein Intensivbett für einen 47jährigen Mann, der zu Hause einen Herz-Kreislauf-Stillstand erlitten hat und von einem Notarztteam wiederbelebt wird.

4.40 Uhr – neuerlicher Anruf der Rettungsleitstelle Wien – eine 56jährige Patientin mit bekannter chronischer Lungenerkrankung hat eine akute respiratorische Verschlechterung erlitten, ein Intensivbett zur Beatmungstherapie wird benötigt.

Diese beiden PatientInnen sind zwei von rund 1.400 IntensivpatientInnen pro Jahr, die 24 Stunden pro Tag, an 365 Tagen im Jahr vom Team der Universitätsklinik für Notfallmedizin im akut lebensbedrohten Zustand übernommen werden.

Aber das sind noch lange nicht alle – pro Jahr werden auch 3.500 Intermediate-Care-PatientInnen vom Rettungsdienst übernommen, medizinisch und pflegerisch versorgt und betreut. Das sind im Durchschnitt 14 Akutaufnahmen pro Tag, Aufnahmen von pflegerisch wie auch medizinisch aufwendigen PatientInnen, Aufnahmen von meist kritisch kranken PatientInnen, mit oft initial völlig unklarer Krankheitsursache.

Unser Ziel ist, die PatientInnen soweit zu stabilisieren, um nachfolgend oder oft gleichzeitig die zugrunde liegenden Probleme für diese lebensbedrohliche Situation zu diagnostizieren und weitere Schritte dadurch zielgerichtet einleiten zu können.



Maximaler Einsatz

Intensivmedizin an einer notfallmedizinischen Einrichtung unterscheidet sich in vielen Bereichen nicht von dem Leistungsspektrum einer „normalen“ Intensivstation. Intensivmedizin stellt im Wesentlichen den PatientInnen die Zeit und Unterstützung zur Verfügung, um sich selbst zu heilen.

Zeit ist bei uns jedoch der kritische Faktor, um den sich alles dreht. Viele akute Erkrankungen haben enge therapeutische Zeitfenster, sobald diese verstrichen sind, nehmen Überlebenschancen oder die Chance auf vollkommene Heilung rapide ab. Die therapeutisch besten Zeitfenster vom Auftreten der akuten Problematik bis zum Eintreffen an der Klinik sind oft schon kurz vor dem Verstreichen. Mithilfe modernster Therapieansätze versuchen wir, diese Zeitfenster zu erweitern und dadurch unseren PatientInnen mehr Zeit zu verschaffen, bis das Problem erkannt und eine Lösungsstrategie, oft in interdisziplinärer Zusammenarbeit, gefunden ist.

Die hierorts angebotenen Möglichkeiten der akuten Intensivmedizin – bis zur Anwendung von extrakorporalen Verfahren (Herz- und Lungenersatzverfahren) – entsprechen dem aktuellsten Stand der Wissenschaft – und manchmal im Sinne der Forschung auch schon ein wenig der Zukunft.

Neben der initialen Sicherung der Lebensfunktionen muss gleichzeitig die weitere Logistik geplant werden. Die Koordination der interdisziplinären Zusammen-

arbeit wie auch akute Transfers in einen Operationsaal, Computertomographie, MRT, Herzkatheterlabor oder interventionelle Radiologie müssen in engen Zeitfenstern vorbereitet und unter instabilen Bedingungen absolviert werden.

Aber auch die Organisation der nachfolgenden Behandlungseinheiten obliegt unserer Klinik, denn das Ziel ist, innerhalb von 24 Stunden die PatientInnen zu verlegen, um wieder Ressourcen für neue PatientInnen zu schaffen.

Wer kann unseren PatientInnen die bestmögliche weiterführende benötigte Spezialbetreuung für ihre Erkrankung bieten?

Wo ist ein freies Bett verfügbar?

Schon Normalstation oder doch weiterführende Intensivmedizin?

Zahlen 2016

1.347 IntensivpatientInnen
963 (71 %) davon de-Intensiviert

3.366 Intermediate-Care-PatientInnen
803 (24 %) PatientInnen nach Hause entlassen

588 Beatmungsanwendungen
26 ECMO-Anwendungen



70 Prozent „De-Intensivierung“ – ein erfolgreiches Konzept

Eine wichtige Kennzahl des Intensivbereiches einer notfallmedizinischen Einrichtung ist die sogenannte „De-Intensivierung“ von initial lebensbedrohten PatientInnen. Man versteht darunter eine medizinische Verbesserung von initial intensivmedizinisch behandlungspflichtigen PatientInnen, die nach der intensivmedizinischen Akuttherapie zur weiteren Betreuung bereits auf eine Normalstation verlegt werden können.

70 Prozent der IntensivpatientInnen unserer Klinik können unsere Intensivstation nach einigen Stunden Therapie bereits auf eine Normalstation verlassen, ohne ein weiteres Intensivbett zu benötigen. Diese hohe Zahl an erfolgreichen De-Intensivierungen in einem sehr kurzen Zeitraum zeigt die Stärken unserer Klinik auf und ist eine der Kernkompetenzen der Klinik.

Geplante und gut vorbereitete Aufnahmen gibt es in der Notfallmedizin nicht. Eine rasche Auffassungsgabe, hohe Flexibilität, wie auch absolute Teamfähigkeit sind notwendige Grundvoraussetzungen. Das Team der Notfallmedizin, bestehend aus LeitstellenmitarbeiterInnen, Facility-ManagerInnen, AbteilungshelferInnen, PatientInnenträgern, diplomierter Pflege wie auch ÄrztInnen spielt tagtäglich perfekt zusammen mit einem gemeinsamen Ziel – den Kampf ums Leben für und mit unseren PatientInnen gewinnen.

LITERATUR

Bur A, Mullner M, Sterz F, Hirschl MM, Laggner AN. (1997).

The emergency department in a 2000-bed teaching hospital: saving open ward and intensive care facilities. *European Journal of Emergency Medicine*, 4(1), 19–23.

Muellner M, Sterz F, Laggner AN. (1994).

Critical care in the emergency department: saving intensive care unit facilities. *Critical Care Medicine*, 22(5), 896–898.

Schober A, Sterz F, Herkner H, Locker GJ, Heinz G, Fuhrmann V, et al. (2011).

Post-resuscitation care at the emergency department with critical care facilities – a length-of-stay analysis. *Resuscitation*, 1–6. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.03.004>

» Pflegen an der Universitätsklinik für Notfallmedizin

Als Pflegefachkraft der Universitätsklinik für Notfallmedizin der MedUni Wien und des AKH Wien hat man einen sehr umfangreichen, komplexen und anspruchsvollen Arbeitsplatz.

Durch die verschiedenen Teilbereiche der Klinik werden alle Facetten des Pflegeberufes bedient. Die ambulante Versorgung der Bevölkerung in den Fachbereichen Innere Medizin, Neurologie, Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Urologie, Chirurgie, Orthopädie sowie Kieferchirurgie wird an der Universitätsklinik für Notfallmedizin gewährleistet. Die Versorgung von kritisch kranken, pflegebedürftigen Personen und Menschen mit speziellen Bedürfnissen an der Intermediate Care Station sowie die Behandlung von Menschen in lebensbedrohlichen Situationen an der klinik-eigenen Intensivstation erfordern umfangreiches Fachwissen sowie höchstes Engagement.

Ein großartiges Team

Eine große Klinik wie unsere braucht ein großes, flexibles und professionelles Pflorgeteam. Circa 76 Pflegefachkräfte arbeiten heute hier, jeden Tag sind bis zu 12 Pflegefachkräfte im Einsatz, wobei sich durch den ambulanten Betrieb die Hauptarbeitszeit in den Nachmittag bis spät in die Nacht verlagert. In den ver-

gangenen 25 Jahren haben insgesamt 247 Pflegefachkräfte an der Klinik gearbeitet, einige von ihnen blieben der Klinik bis heute treu. Trotz zahlreicher Veränderungen in diesen Jahren ist eines gleich geblieben: Der erste Weg der PatientInnen in unserer Einrichtung ist nach wie vor der zur „Schwester“.

Entwicklung der Erstbegutachtung der Universitätsklinik für Notfallmedizin

Seit Eröffnung der Universitätsklinik für Notfallmedizin im AKH Wien 1991 wurde die Erstbegutachtung von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson durchgeführt. Bei der Eröffnung hieß die Erstbegutachtung noch „Triage“, dieser Begriff wurde jedoch 1997 in Erstbegutachtung umbenannt. Grund dafür war, dass eine „Triage“ im herkömmlichen Sinn aus dem Bereich des Großschadenswesens stammt, wo sie von einer Ärztin/ einem Arzt durchgeführt werden muss. Weiters durften die PatientInnen damals in keine Dringlichkeitskategorie mehr gereiht werden.

Ab diesem Zeitpunkt erfolgte die Erstbegutachtung nach dem von der Klinik selbst bezeichneten informellen Triage-System. Aufgabe der Pflegefachkraft war es, so viele Informationen wie möglich über die PatientInnen zu sammeln. Dabei wurde bei Eintreffen der PatientInnen an der Erstbegutachtung eine Schnellbeurteilung über Bewusstsein, Atmung und Herz-Kreislauf getroffen, um eine eventuelle benötigte Intervention erkennen zu können. Die Parameter wie Sauerstoffsättigung, Blutdruck, Puls bis hin zur Pupillenkontrolle wurden unmittelbar danach erhoben. Dabei wurden die PatientInnen nicht nach Dringlichkeit, sondern nach Zeitpunkt des Eintreffens gereiht. Es lag im Ermessen der an der Erstbegutachtung tätigen Pflegefachkraft, nach Rücksprache mit den ÄrztInnen,

PatientInnen vorzureihen, falls sie dies für nötig erachtete. Dabei spielten Fachkenntnis, Erfahrung und die daraus resultierende Intuition der Pflegefachkraft eine große Rolle. Das informelle Triage-System funktionierte problemlos, ernsthafte Zwischenfälle durch eine falsche Erstbegutachtung sind nicht bekannt.

Dennoch waren die Pflegefachkräfte mit dem System nicht vollständig zufrieden. Es gab keine Systematisierung, keine eindeutigen Vorgaben und keine gesetzliche Deckung. Auch eine eindeutige Vorgabe zur Reihung der PatientInnen fehlte. Diese Punkte waren der Anstoß, das Projekt „Einführung eines Triagesystems“ zu verwirklichen. Im Rahmen dieses Projektes wurde im April 2012 das international wissenschaftlich validierte Triagesystem „Emergency Severity Index“ (ESI) eingeführt. Der Algorithmus des ESI Systems wird seitdem an der Universitätsklinik für Notfallmedizin praktiziert, dabei hervorzuheben ist, dass das AKH Wien das einzige Krankenhaus in Österreich ist, welches dieses System erfolgreich etabliert hat.

Neben dem ambulanten PatientInnen werden intensivpflichtige Personen an der Klinik betreut, von denen ein großer Teil mit der Diagnose Herz-Kreislauf-Stillstand kommt.

Reanimations- trainings im AKH Wien

Von Beginn an war es ein zentrales Thema, Reanimations-schulungen im interdisziplinären Bereich abzuhalten.



Ins Leben gerufen wurden diese von Fritz Sterz, der begann in Eigenregie und mit viel Enthusiasmus als ein „Ein-Mann-Projekt“ auf einer Liege der Klinik Schulungen abzuhalten. Der Gedanke dahinter war es, den MitarbeiterInnen die Angst vor der Reanimation zu nehmen, sowie eine qualitativ hochwertige Herzdruckmassage und die dazugehörigen Maßnahmen zu trainieren und in weiterer Folge so zu verfestigen, dass es zu routinierten Handlungsabläufen kommen konnte.

Was damals mit wenigen MitarbeiterInnen begann, hat sich bis heute zu einem professionellen Team aus MedizinerInnen und Pflegefachkräften entwickelt. Für die Weiterbildung des Personals der Gemeinde Wien am AKH Wien, das multiple Berufsgruppen wie z.B. Pflegefachkräfte, PflegeassistentInnen, Verwaltungspersonal, PatientInnentransport oder Küchenpersonal beinhaltet,

aber auch junge ÄrztInnen, die kurz nach ihrem Studium stehen, wurde ein 13köpfiges Team aus engagierten Intensivpflegekräften gegründet, welche alle durch einen anspruchsvollen Kurs des Austrian Resuscitation Council geschult sind und mit Leidenschaft ihr Wissen weitergeben wollen. Dabei bleibt die Kernaussage, die schon damals von Fritz Sterz vermittelt wurde, nach wie vor die Gleiche: „Man kann nichts falsch machen, außer man tut nichts“. Längst ist man nicht mehr auf eine Liege angewiesen. Die Schulungen wurden in die innerbetrieblichen Fortbildungen aufgenommen und ein Raum eigens dafür zur Verfügung gestellt, in dem jährlich ungefähr 200 MitarbeiterInnen des AKH Wien geschult werden. Doch die Ausbildung beschränkt sich nicht nur auf das Erlernen der Herzdruckmassage, sondern beinhaltet die vielfältigen Aspekte lebensrettender Sofortmaßnahmen.

Ausbildungsstätte Universitätsklinik für Notfallmedizin

Durch die Vielfältigkeit der Klinik bietet diese eine optimale Voraussetzung für Auszubildende im Pflegeberuf.

Zwei PraxisanleiterInnen stellt die Klinik zur Verfügung, um optimale Lernbedingungen zu schaffen, wobei jede Pflegefachkraft an der Ausbildung der SchülerInnen, Studierenden und PraktikantInnen mitwirkt und Wissen praktisch weitergibt. Jährlich absolvieren ca. 125 Auszubildende ihr Praktikum an der Universitätsklinik für Notfallmedizin, welche nicht nur aus dem Pflegeberuf kommen. Auch die Wiener Rettung, das Bundesheer und zahlreiche freiwillige Organisationen

senden interessierte Sanitäter, um an der Klinik Praktika für verschiedenste Ausbildungen zu belegen. Die Lehre wird dabei nicht auf die Räumlichkeit der Universitätsklinik für Notfallmedizin beschränkt. Es gibt MitarbeiterInnen, die an diversen Krankenpflegeschulen und Fortbildungsakademien unterrichten, freiwillig bei Vereinen wie PULS der Bevölkerung Erste-Hilfe-Maßnahmen nahebringen oder bei Kongressen referieren. Doch Bildung wird nicht nur weitergegeben. Die Pflege bildet sich auch selbst fort.

„Karriereleiter“ Notfallmedizin

Durch das vielspektrische Tätigkeitsfeld einer Pflegefachkraft an der Universitätsklinik für Notfallmedizin ist es nicht verwunderlich, dass sich seit den vergangenen 25 Jahren 98 MitarbeiterInnen entschieden, eine Weiterbildung oder gar ein Studium im selben aber auch in anderen Tätigkeitsfeldern zu absolvieren. 60 Pflegefachkräfte schlossen das Diplom für Anästhesie und Intensivpflege ab, 20 MitarbeiterInnen übernahmen eine Führungsposition im Pflegeberuf, 5 Pflegefachkräfte entschlossen sich für ein Medizinstudium, Pflegewissenschaft wurde von 4 MitarbeiterInnen studiert. Durch die enge Zusammenarbeit wechselten 2 Pflegefachkräfte in das Fach der Kardiotechnik, 2 MitarbeiterInnen vom Team haben sich für das Studium der Ernährungswissenschaften entschieden und 2 MitarbeiterInnen ließen sich in Physiotherapie ausbilden. Eine Pflegefachkraft studierte Gesundheit und Sozialmanagement. Ebenfalls ließ sich ein Mitarbeiter als Wundmanager ausbilden.

Es gibt aber auch jene MitarbeiterInnen, die ganz ohne Karrierebestreben, ihre Arbeit voll und ganz der Universitätsklinik für Notfallmedizin gewidmet haben.

Ein wichtiger Teil der Klinik sind Studien, um die Leistung und Qualität der Medizin zu gewährleisten und stetig zu verbessern. So ist es selbstverständlich, dass sich einige MitarbeiterInnen entschieden, Studien mitzubetreuen und tatkräftig mitzuhelfen. Diese Entwicklung ging sogar so weit, dass sich ein Pfleger entschloss, 20 Wochenstunden als Pflegefachkraft zu arbeiten und 25 Wochenstunden ganz den Studien und deren Betreuung durch die Universität zu widmen.

Aber auch soziale Aspekte rund um die Universitätsklinik der Notfallmedizin sind nicht zu vernachlässigen. So ist es für das Team wichtig, die Gewährleistung der Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt weiterzuverfolgen, weshalb sich einige in der Akutbetreuung von pflegebedürftigen Menschen Zuhause engagieren, sowie als RettungssanitäterInnen tätig sind.

Ein weiterer Aspekt ist die Betreuung Angehöriger, deren Lieben sich in lebensbedrohlichen Situationen befinden, oder die sogar einen nahestehenden Menschen verloren haben. Unter diesem Aspekt engagieren sich MitarbeiterInnen der Klinik beim Kriseninterventionsteam in Wien.

Pflegen an der Universitätsklinik für Notfallmedizin

Sicher, es erfordert ein hohes Maß an Belastbarkeit, Flexibilität und Fachkenntnis, um an einer Klinik wie dieser zu arbeiten. Oft wird der Job mit dem der Feuerwehr verglichen. Plötzlich muss man zu hundert Prozent alles geben können, sich auf Menschen in extremen Situationen, die man nur für kurze Zeit kennen lernt, einlassen und diese durch Krisen begleiten. Trotz all dieser Anforderungen, die dieser Arbeitsplatz mit sich bringt, können sich die meisten MitarbeiterInnen nichts anderes vorstellen.

Immer wieder wird das außergewöhnliche Verhältnis der Berufsgruppen zueinander an der Universitätsklinik für Notfallmedizin betont. Gemeinsam wird auf Festen, die von Professor Laggner mit viel Liebe organisiert werden, miteinander gefeiert, entstandene Freundschaften gepflegt und neue begonnen.

Vieles wird sich in der Zukunft verändern, manches bleibt gleich. Doch wir hoffen, dass auch die nächsten 25 Jahre die Pflege in der Notfallmedizin weiterhin so stark bleibt und sich immer weiterentwickeln kann.

» Seelsorge an der Universitäts- klinik für Notfallmedizin

Erinnerungen an eine wirklich gute und wertvolle Zeit



Nachdienstzimmer der Seelsorge –

3.25 Uhr – Tiefschlafphase – der Pager meldet sich mit Getöse, ich schrecke hoch, schaue auf die Nummer: 1966, und weiß, hier werde ich wirklich gebraucht. Ein kurzer Rückruf, ich erfahre, worum es gehen wird. Gut fünf Minuten bis ans andere Ende des Hauses – Zeit, um sich ein klein wenig einstellen zu können auf das, was auf mich zukommen wird.

Die Familie eines burgenländischen Mädchens, das bei einer Feier plötzlich tot umfiel und für das jede Hilfe vergebens war, kommt in einigen Minuten.

Die Gattin des Patienten, der beim Einkaufen zusammengebrochen ist, ist unterwegs ins Spital und weiß noch nicht, dass ihr Mann inzwischen verstorben ist.

Das Ehepaar, das seit über 70 Jahren verheiratet ist, wo sie den Tag nicht überleben wird und er von ihr Abschied nehmen muss.

Die Aufzählung ginge noch lang weiter ...

6D – ein Ort, wo Welten aufeinander treffen.

Das Personal, die Profis: Menschen in scheinbar hektischer Betriebsamkeit, mit wohlüberlegten Handlungsabläufen, Professionalität, Geräte, Schläuche, Kabel, Lämpchen, Piepsen, ...

Ich frage einen Arzt, wie denn der Patient heiÙe.

Er antwortet: „Ich weiß, es klingt zynisch, aber ich hab keine Ahnung, ich kann mir die Namen nicht mehr alle merken.“

Die PatientInnen: Menschen in kritischen Phasen, Sterbende, Tote.

Das Mobiltelefon neben dem Bett schmettert mit der Tatort-Kennmelodie los – der Anrufer weiß noch nicht, dass sein Gesprächspartner nie mehr abheben wird...

Die Angehörigen: Menschen, fast immer in Ausnahmesituationen.

Hoffen und Bangen, Schockstarre, Rebellion, Fassungslosigkeit, Fragen, die ohne Antwort bleiben, Nicht-Verstehen-Können, Nicht-Wahrhaben-Wollen, Leere...

Und ein Seelsorger: auch ein Mensch, mittendrin.

Einer, der da ist und versucht, auf die Bedürfnisse der jeweiligen Situation, der jeweiligen Menschen in einer so fremden und oftmals verstörenden Umgebung einzugehen. Das Hier und Jetzt mit den Betroffenen auszuhalten, es ein Stück weit mit ihnen durchzugehen, zu fragen, zu hören, zu schweigen, zu beten...

Aber auch gleichzeitig den Profis vor Ort ein wenig den Rücken freizuhalten, ihnen die ein oder andere Last abzunehmen oder zumindest ein wenig zu erleichtern.

Einer, der weiß, dass er hier seinen Platz hat: in einem Haus, auf einer Station, wo der Mensch wie selten anderswo im Mittelpunkt steht, wo es um Leben und Tod geht, wo die Belastung für alle extrem sein kann; der Anteil hat am Heilungsauftrag eines Krankenhauses, auch dort, wo es für viele keine Heilung mehr geben kann – und vielleicht gerade dort.

Nun, es gibt mich nicht mehr als Seelsorger im AKH Wien und somit auch nicht mehr auf 6D.

Neben vielem anderen werden mir aber zwei Dinge immer in Erinnerung bleiben: Der Ausruf eines Arztes: „Des gibt's ja nicht, dass wir uns nur zu solchen Anlässen sehen, wir müssen uns auch einmal zu was Schönerem treffen!“ – was wir leider bis heute nicht geschafft haben...

Und dann mein letzter Besuch, als ich meinen bevorstehenden Abschied mitteilte, der mir alles andere als leicht fiel. Da wurde plötzlich ich zum Patienten, zum Umsorgten, mit Kaffee gefüttert und mit einem offenen Ohr neben mir. Da wurde der Arzt zum Seelsorger.

Dafür und für vieles andere sage ich ein herzliches Vergelt's Gott und wünsche uns allen viel Mut, Kraft, Ausdauer, Freude und Gottes Segen für die Menschen und Aufgaben, die auf uns warten.

Gerhard Gary

ehemaliger Krankenhauseelsorger im AKH Wien (2002–2016)

zur Zeit Krankenhauseelsorger im Orthopädischen Spital Speising

» Das Jubiläum aus der Sicht anderer klinischer Fächer



Kardiologie



Viele Wienerinnen und Wiener kennen die Universitätsklinik für Notfallmedizin als eine verlässliche und kompetente Einrichtung. Erkrankungen des Herzkreislaufsystems sind bei den dort behandelten PatientInnen sehr häufig vertreten und reichen von Blutdruckkrisen bis hin zum akuten Herzinfarkt. In den vergangenen 25 Jahren hat die Klinik für Notfallmedizin diese PatientInnen in Zusammenarbeit mit der Klinischen Abteilung für Kardiologie immer hervorragend betreut und ein sehr hohes medizinisches Leistungsspektrum erreicht. Das Angebot an der Klinik für Notfallmedizin beinhaltet alles in der modernen Medizin Mögliche – von Monitoring und Stabilisierung über systemische Lyse bis hin zur maschinellen Kreislauf-Unterstützung.

Die hervorragende und enge Zusammenarbeit der Klinik für Notfallmedizin mit der Kardiologie ist wegweisend für eine moderne, interdisziplinäre und patientInnenorientierte Zusammenarbeit, wie sie sich jede/r PatientIn für sich selbst und ihre/seine Angehörigen wünscht!

Christian Hengstenberg

Leiter der Klinischen Abteilung für Kardiologie

Neurologie

Im Namen der Universitätsklinik für Neurologie möchte ich der Universitätsklinik für Notfallmedizin herzlichst zum 25-Jahre-Jubiläum gratulieren. Viele der bei uns ausgebildeten NeurologInnen konnten im Rahmen ihrer an der Notfallmedizin absolvierten Gegenfächer ihr internistisches und notfallmedizinisches Wissen erweitern. Hervorzuheben ist auch die stets gute und professionelle interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung neurologischer Notfälle, insbesondere durch das intensivmedizinische Fachwissen der KollegInnen der Notfallmedizin.

Wir wünschen der Universitätsklinik für Notfallmedizin alles Gute und weiterhin viel Erfolg für die zukünftigen Jahre und freuen uns auf die weitere gedeihliche Zusammenarbeit.

Christian Müller

Interimistischer Leiter der Universitätsklinik für Neurologie



Radiologie

Die Universitätsklinik für Notfallmedizin ist eine Institution. Sie lässt niemanden kalt. Die meisten lieben sie, manche fürchten sie (wegen der Kosten, nicht wegen der medizinischen Versorgung) und die wenigsten mögen sie nicht.

Wer sich jemals selbst oder mit Freunden oder Familie mit medizinischen Problemen an die Notfallmedizin gewandt hat, weiß mit welcher Hilfsbereitschaft, medizinischen Kompetenz und Effektivität hier diagnostiziert und behandelt wird. Und wer sein Dienstzimmer so nahe an der Klinik hat wie ich, kann den unglaublichen Strom von Patientinnen und Patienten, der hier tags und nachts betreut wird, nur staunend bewundern.

Als RadiologInnen sind wir enge Partner in der PatientInnenversorgung! Ein wesentlicher Anteil unserer Journaldienstfälle geht auf das Konto der Zuweisungen durch die Notfallmedizin; aus diesem Grund haben wir ein eigenes Dienstrad zur Versorgung unserer gemeinsamen PatientInnen eingerichtet. Dieses Dienstrad ist wahrlich nicht unterbeschäftigt, obwohl lediglich knapp 10 Prozent der NotfallpatientInnen zu einer weiterführenden bildgebenden Untersuchung überwiesen werden. Dies bedeutet, dass miraculöse 90 Prozent ohne Bildgebung kompetentest diagnostiziert und behandelt werden! Auch dies sehen wir als Zeichen der besonderen Expertise und Kompetenz der NotfallmedizinerInnen!

Wir bedanken uns bei unseren Freunden und Partnern der Universitätsklinik für Notfallmedizin für die tolle Zusammenarbeit. Eine besondere Bereicherung ist unser permanenter interdisziplinärer Austausch im Rahmen der täglichen Fallkonferenzen oder im Rahmen unseres Austausch- und Rotationsprogrammes. Viele RadiologInnen haben während ihrer sechsmonatigen Rotation an der Notfallmedizin klinische Medizin erlernt und begriffen, und viele NotfallmedizinerInnen haben bildgebende Verfahren und vor allem Ultraschall während ihrer Rotation an der Radiologie erlernt. Diese Austauschprogramme haben nicht nur den Sinn fachlicher Kommunikation, sondern haben das Verständnis für die gegenseitigen Existenzen, Nöte und Wünsche substantiell erhöht. Wie hat es Wolferl Ambros so schön formuliert: „... sche langsam wochs ma zam ...“.

Ich oute mich als absoluter Fan der Notfallmedizin. Ich wünsche der Universitätsklinik für Notfallmedizin, dass sie blüht, gedeiht, sich sobald als möglich in neuen, größeren wunderschönen Räumen wiederfindet und dass wir weiterhin so gut zusammenarbeiten wie bisher. In diesem Sinne, herzliche Gratulation zum 25-jährigen Bestehen und auf viele gemeinsame Jahre und viele gerettete Menschenleben!

Christian Herold

Leiter der Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin



Nephrologie und Dialyse

Es ist mir eine große Freude und Ehre Ihnen zu Ihrem 25-jährigen Jubiläum Ihres Bestehens herzlich zu gratulieren! Die Universitätsklinik für Notfallmedizin ist eine jener Kliniken, wo die fordernde Betreuung von akut kranken PatientInnen rund um die Uhr mit großer Expertise und Empathie betrieben wird. Dies ist nicht hoch genug einzuschätzen, zumal alle MitarbeiterInnen der Klinik durch die enorme Anzahl an täglichen PatientInnen besonders belastet und gefordert sind. Die Notfallmedizin ist oftmals die erste Anlaufstelle für PatientInnen und somit eine der wichtigsten Visitenkarten des AKH Wien und der MedUni Wien nach außen. Viele der akut

kranken PatientInnen können nach ihrer Behandlung wieder im niedergelassenen Bereich weiterbetreut werden und nur wenige schwerkranke PatientInnen müssen auf Spezialkliniken im Haus transferiert werden.

Diese PatientInnen kommen üblicherweise schon sehr gut abgeklärt und anbehandelt auf die jeweiligen Kliniken. Neben dem klinischen Schwerpunkt hat sich die Klinik seit ihrem Bestehen aber auch zu einem international führenden Zentrum der Reanimationsforschung entwickelt. Aus dieser Klinik sind Originalpublikationen in so renommierten Journalen wie dem NEJM entstanden und mehrere MitarbeiterInnen wurden auf akademische Leitungspositionen berufen.

Neben der PatientInnenbetreuung und Wissenschaft besticht die Klinik auch durch ihr exzellentes Lehr- und Weiterbildungsangebot. Wie gut dieses Angebot ankommt, zeigen die überaus positiven Evaluationen der Studierenden und die große Beliebtheit der Notfallmedizin als Außenrotation der KollegInnen in Ausbildung.

In Summe ist das große Lob für die Notfallmedizin durch die dokumentierten Leistungen mehr als gerechtfertigt. Mindestens genauso wichtig zu betonen ist allerdings, dass die MitarbeiterInnen der Klinik durchwegs außerordentlich sympathische und positive Menschen sind, mit denen in diesen 25 Jahren anregende Gespräche nicht nur die Medizin betreffend möglich waren, zu einigen hat sich auch ein freundschaftliches Verhältnis entwickelt.

Mit besten Wünschen für die Zukunft!

Rainer Oberbauer

Leiter der Klinischen Abteilung für Nephrologie und Dialyse

Anästhesie

Gerne möchte ich allen MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Notfallmedizin im Namen aller MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie ganz herzlich zu ihrem 25-jährigen Jubiläum gratulieren!

Kaum ein anderer Bereich der Akutmedizin erfüllt die Voraussetzungen und Notwendigkeiten einer interdisziplinären und professionellen Zusammenarbeit so intensiv wie die Notfallmedizin. In den vergangenen Jahren ist es den MitarbeiterInnen der Notfallmedizin hervorragend gelungen, diese Interdisziplinarität und Interprofessionalität zu implementieren und tagtäglich zu leben. Die Klinik ist zu einem der sogenannten „Alleinstellungsmerkmale“ des AKH Wien und der Medizinischen Universität Wien geworden – kaum ein anderer Bereich unseres Krankenhauses und unserer Universität wird in der Bevölkerung so wahrgenommen wie die Klinik für Notfallmedizin.

All die oben genannten Charakteristika stellen natürlich auch Spannungsfelder und Herausforderungen in der täglichen Zusammenarbeit und der Bewältigung der klinischen Aufgaben dar. Unser besonderer Dank und Anerkennung gilt daher allen Beteiligten der verschiedenen Berufsgruppen, welche sich dieser Herausforderung tagtäglich auch unter schwierigen Bedingungen stellen und diese stets im Sinne der uns anvertrauten PatientInnen lösen. Dies führt uns zu gemeinsamen Projekten, wie die ärztliche Abdeckung der präklinischen Notfallmedizin, regelmäßige gemeinsame klinische Fort- und Weiterbildungen, PatientInnenversorgungen und auch Forschungsprojekte, welche wir mit Blick auf die Zukunft gerne gemeinsam weiterführen werden.

Klaus Markstaller

Leiter der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie





Chirurgie

Aus Sicht der Universitätsklinik für Chirurgie bedeuten 25 Jahre Universitätsklinik für Notfallmedizin ein Vierteljahrhundert hervorragende interdisziplinäre Zusammenarbeit für akut kranke Menschen, die sich uns anvertrauen – Danke und weiter so!

Michael Gnant

Leiter der Universitätsklinik für Chirurgie

Orthopädie und Unfallchirurgie

Die Universitätsklinik für Orthopädie und neuerdings auch Unfallchirurgie gratuliert zur hochqualitativen Notfall-Versorgung der Wiener Bevölkerung seit über einem Vierteljahrhundert, bedankt sich für die langjährige, ausgezeichnete Kooperation und wünscht fortwährendes Bestehen und eine glorreiche Zukunft.

Reinhard Windhager

Leiter der Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie



Labormedizin

Die MitarbeiterInnen des Klinischen Instituts für Labormedizin und ich gratulieren der Universitätsklinik für Notfallmedizin ganz herzlich zum 25-jährigen Bestehen. Insbesondere freut uns die gute Zusammenarbeit zwischen der Klinik und unserem Institut.

Der Notfallmedizin gelingt es in vorbildlicher Weise, akut kranke PatientInnen zu versorgen. Nicht grundlos dient diese Einrichtung als Visitenkarte der MedUni Wien und des AKH Wien und als Vorbild für andere Krankenhäuser und Universitätskliniken.

Oswald Wagner

Vizektor für Klinische Angelegenheiten der MedUni Wien und
Leiter des Klinischen Instituts für Labormedizin

Klinische Pharmakologie

Manchmal ergibt sich trotz aller Hektik im Alltag der größten Medizinischen Universität des Landes und eines Krankenhauses in der Dimension des AKH Wiens die Gelegenheit für Freundschaft zwischen Kollegen. Seltener ist die Kooperation zwischen ganzen Kliniken so eingespielt, dass man beinahe von „Freundschaft“ zwischen Kliniken sprechen möchte.

Die Universitätsklinik für Notfallmedizin unter der Leitung von Prof. Laggner stellt für meine eigene Klinik einen derartigen Kooperationspartner dar. Der Austausch an Wissen und MitarbeiterInnen ist durch unzählige gemeinsame Publikationen, gegenseitige Rotationen und laufende Projekte über ein Vierteljahrhundert dokumentiert. Persönlich habe ich meine Rotation an die Universitätsklinik für Notfallmedizin als Assistenzarzt als eine meiner spannendsten klinischen Zeiten in Erinnerung. Ich gratuliere der gesamten Klinik herzlich zu ihrem 25-jährigen Jubiläum und freue mich auf spannende Kooperationen in den kommenden Jahren.

Markus Zeitlinger

Leiter der Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie



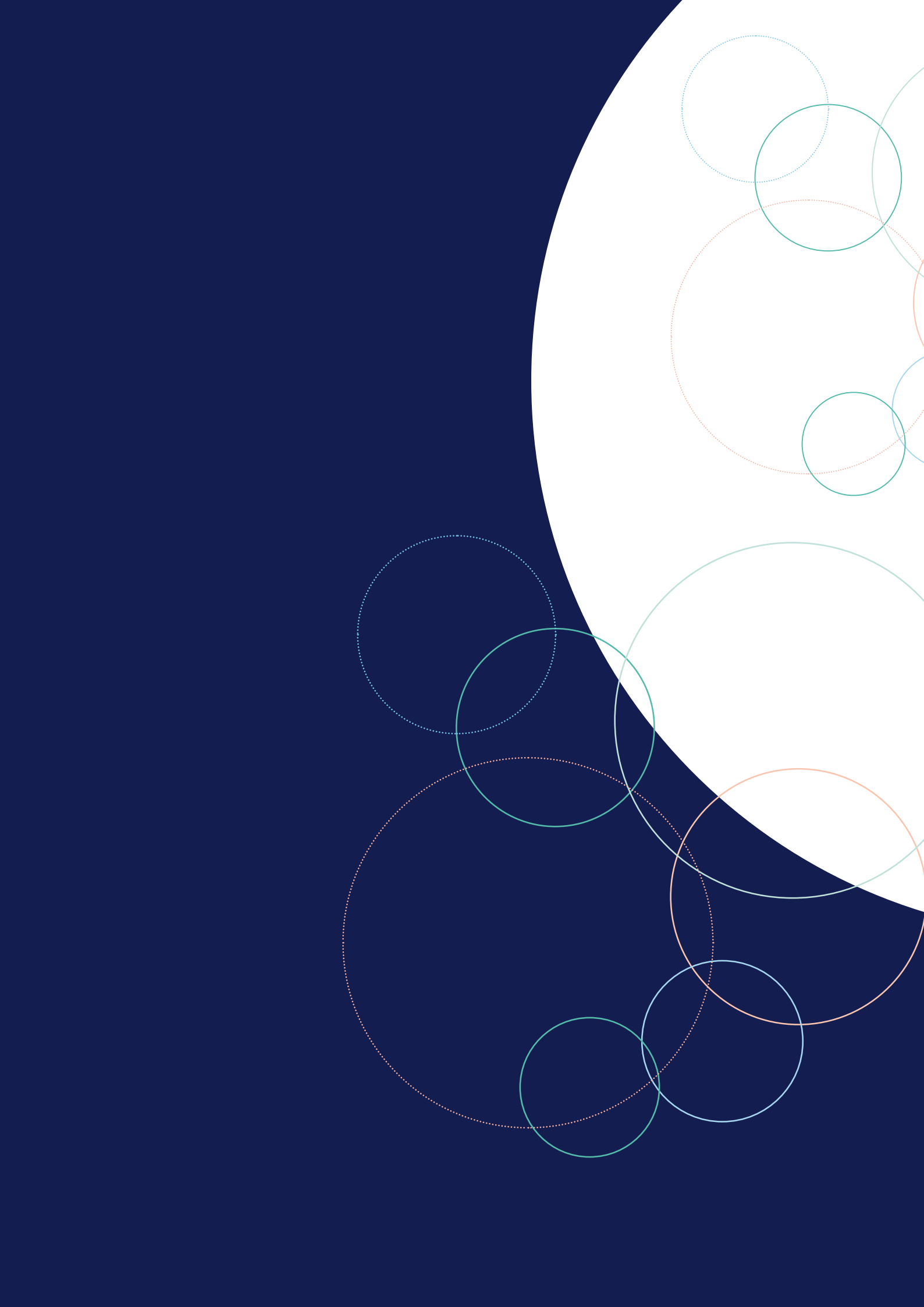
» Die unbesungenen HeldInnen der Notfallmedizin

Interdisziplinarität ist der Schlüssel und die einzige Möglichkeit, schwierige Notfallsituationen am laufenden Band versorgen zu können. Doch zum Erfolg einer Klinik wie der unseren sind nicht nur jene MitarbeiterInnen essenziell, die direkt in der PatientInnenversorgung tätig sind. Leitstellen- und AdministrationsmitarbeiterInnen, Schreibkräfte, Reinigungskräfte und PatientInnentransport – sie alle sind für das tägliche Funktionieren unserer Klinik unerlässlich.

Bei diesen unbesungenen HeldInnen der Notfallmedizin möchten wir uns hiermit einmal in aller Form herzlich bedanken!

Das Team der Universitätsklinik für Notfallmedizin







Universitäre Notfallmedizin

» Intensivmedizin an der Universitätsklinik für Notfallmedizin

Exzellenzzentrum Internistische Intensivmedizin Center of Excellence of Medical Intensive Care (CEMIC)

Im Jahr 2004 wurde CEMIC durch Zusammenschluss der internistischen Intensivstationen der Universitätskliniken für Innere Medizin und Notfallmedizin gegründet und hat sich seither in folgenden Bereichen etabliert und bewährt:

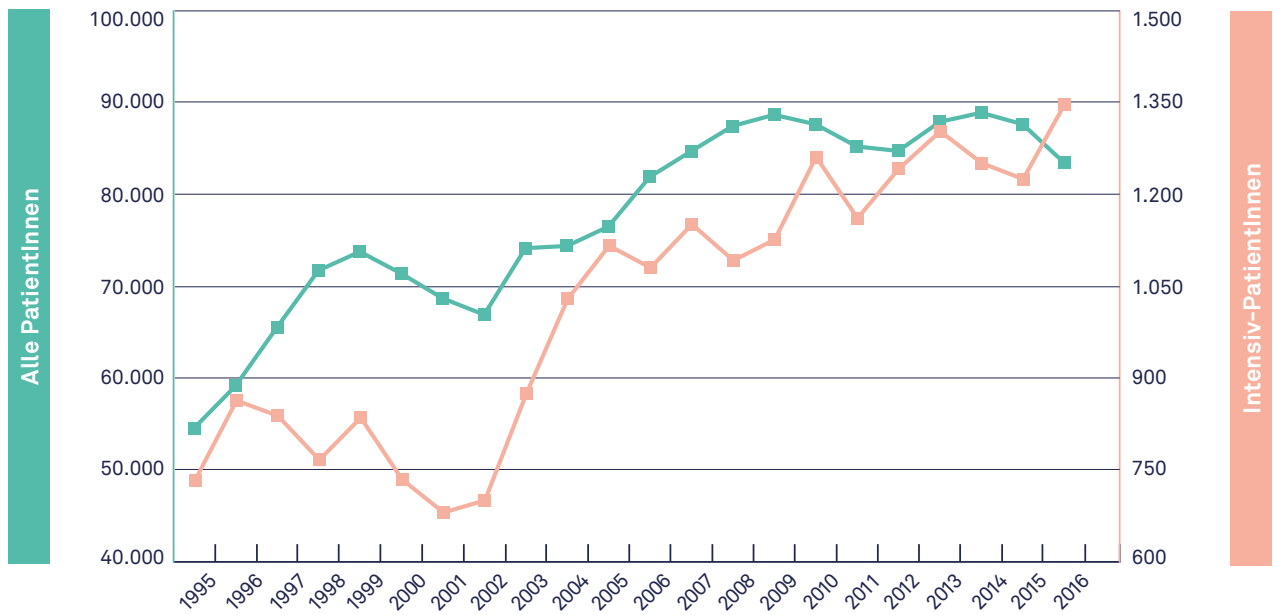
- Koordination und Optimierung Internistisch-Intensivmedizinischer Forschungsprojekte im Rahmen eines Forschungsschwerpunktes „Internistische Intensivmedizin“ der Medizinischen Universität Wien
- Koordination und Optimierung Internistisch-Intensivmedizinischer Lehraufgaben in studentischer Lehre und postgradueller Fortbildung (Facharztausbildung aus Innerer Medizin, Additivfacharztausbildung Internistische Intensivmedizin, Kongress- und Fortbildungsveranstaltungen)
- Kooperation in der Internistisch-Intensivmedizinischen PatientInnenversorgung im Sinne einer optimalen Betreuung unter bestmöglicher Nutzung der räumlichen, personellen, apparativen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen

PatientInnen mit lebensbedrohlichen Akuterkrankungen, die von außerhalb in das AKH Wien kommen, werden an der Universitätsklinik für Notfallmedizin innerhalb der ersten 24 Stunden des Spitalsaufenthalts internistisch-intensivmedizinisch behandelt. Dabei geht es neben der Stabilisierung der Vitalfunktionen um eine umfassende Erfassung des kausalen Krankheitsgeschehens unter Berücksichtigung aller zugrundeliegenden Vorerkrankungen und des sozialen Umfeldes.

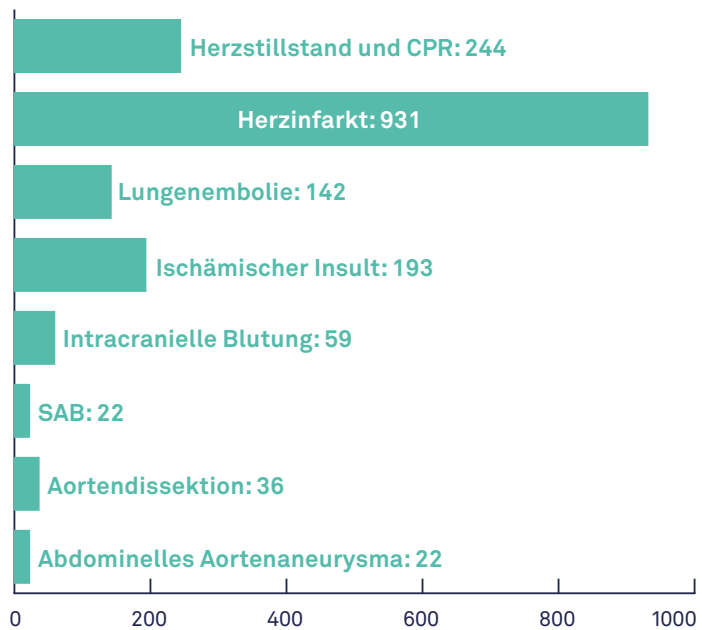
Rasche Identifikation kritisch Kranker

Wesentliche Aufgabe der Klinik ist es, aus der Vielzahl der PatientInnen, die an die Klinik kommen, jene herauszufiltern, die wirklich schwer erkrankt sind und einer Intensivbehandlung bedürfen. Gemessen an der Gesamtzahl der PatientInnen, die an der Klinik behandelt werden, scheint der Anteil der IntensivpatientInnen mit 1,4 Prozent zwar relativ klein. In absoluten Zahlen handelt es sich dennoch jährlich um weit über 1.000 Personen. Die Herausforderung liegt dabei besonders im Management zeitkritischer Erkrankungen, bei dem es gilt, innerhalb kürzester Zeitspannen die wesentlichen Schritte zu setzen, damit Heilungs- und Überlebenschancen bestehen bleiben.

PatientInnenentwicklung

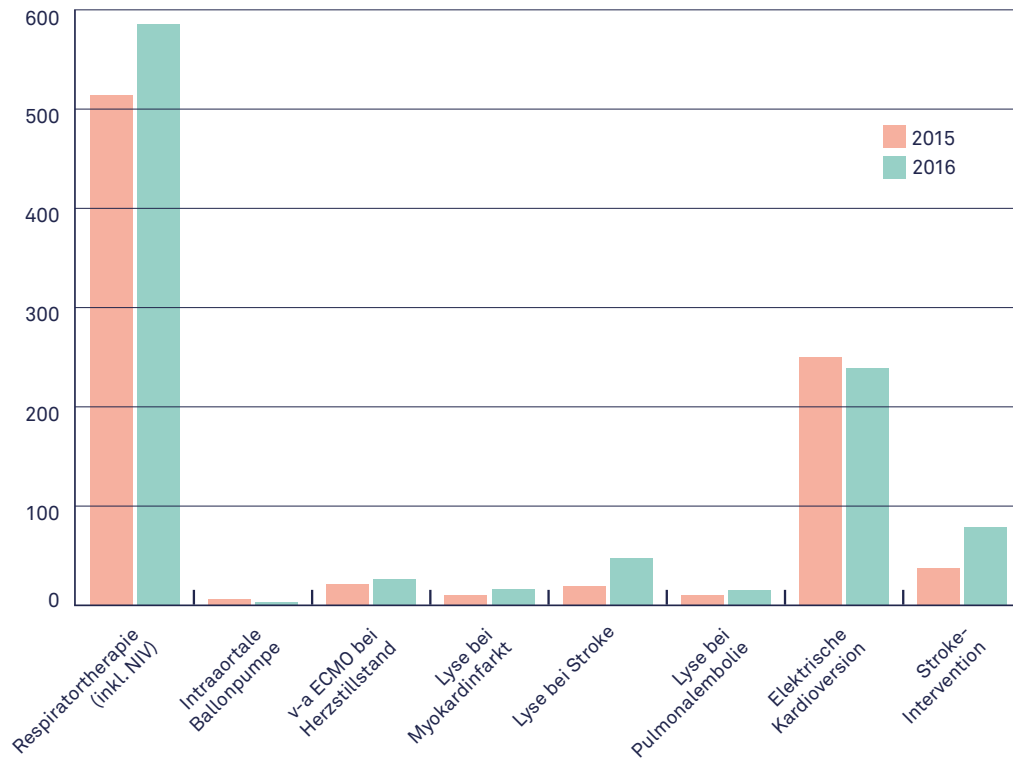


Über tausend lebensbedrohliche Schicksale – jedes Jahr



Herz-Kreislauf-Stillstand, Koma, Schlaganfall, Herzinfarkt, Vergiftung, Schock, Lungenembolie, Aortenruptur, respiratorisches Versagen, schwere Infektionen und Elektrolyt- und Stoffwechsell-entgleisung werden an der Klinik nach den höchsten Standards der internistischen Intensivmedizin unter Zuhilfenahme der entsprechenden modernsten klinischen, laborchemischen und apparativen Maßnahmen diagnostiziert und behandelt. Die Entwicklung der vergangenen Jahre zeigt insbesondere eine beachtliche Zunahme bei Myokardinfarkten und Ischämischen Insulten, was daran liegt, dass diese Krankheitsbilder hinsichtlich weiterer Katheterinter-ventionen von unserer Klinik aus gemanagt und betreut werden. Seit vielen Jahren ist die Klinik auch die am höchsten frequentierte Anlaufstelle in Wien für PatientInnen mit präklinischem Herz-Kreis-lauf-Stillstand.

Die passende Intensivtherapie für jede Patientin/jeden Patienten



Von den intensivmedizinischen Therapiemaßnahmen werden an der Klinik neben der medikamentösen Kreislauf-, Volumen- und Gerinnungstherapie auch Antikoagulation- und Thrombolysebehandlung durchgeführt. Bei den apparativen intensivmedizinischen Maßnahmen zeigt sich eine Zunahme der Respirator- und ECMO-Behandlungen sowie der Stroke-Interventionen.

„Deintensivierung“ – ein Schritt zurück ins Leben

	n (%)
IntensivpatientInnen 2016	1.347 (100)
Transfer ad ICU/OP	384 (29)
Transfer ad Internist. ICU	191 (50)
Transfer ad Station 13H1	77
Transfer ad Station 13H3	54
Transfer ad Station 13I2	35
Transfer ad Station 13I3	25
Transfer ad Anästhesie/Chirurgie	98
Transfer ad OP	88
Verstorben	149 (11)
„De-Intensivierte“ Pat.	963 (71)

Ein wesentlicher Parameter für die Qualität der intensivmedizinischen Behandlung an der Klinik ist die sogenannte „Deintensivierung“ von initial lebensbedrohten PatientInnen; das heißt primär intensivpflichtige PatientInnen werden durch die Behandlung an der Universitätsklinik für Notfallmedizin normalstationsfähig gemacht. Dies bedeutet einerseits für die PatientInnen einen Schritt zurück zur Normalität. Andererseits ergeben sich deutliche ökonomische Vorteile für das Gesundheitssystem, werden doch dadurch konventionelle Intensivbetten im Haus für jene PatientInnen aufgespart, die eine längere Intensivbehandlung brauchen. So konnten in den vergangenen Jahren rund 70 Prozent der IntensivpatientInnen an der Klinik „deintensiviert“ werden. Von den verbleibenden IntensivpatientInnen wurden rund 60 Prozent zur Weiterbehandlung auf die internistischen Intensivstationen 13H1, 13H3, 13I2 und 13I3 verlegt, ein Viertel auf anästhesiologisch-chirurgische Intensivstationen und rund 15 Prozent direkt in den Operationsaal.

LITERATUR

Schober A, Sterz F, Laggner AN, et al.

Admission of out-of-hospital cardiac arrest victims to a high volume cardiac arrest center is linked to improved outcome. Resuscitation. 2016 Sep;106:42-8

Schober A, Sterz F, Herkner H, et al.

Post-resuscitation care at the emergency department with critical care facilities – a length-of-stay analysis. Resuscitation. 2011 Jul;82(7):853-8.

Bur A, Mullner M, Sterz F, Hirschl MM, Laggner AN.

The emergency department in a 2000-bed teaching hospital: saving open ward and intensive care facilities. European Journal of Emergency Medicine. 1997; 4(1), 19–23.

Muellner M, Sterz F, Laggner AN.

Critical care in the emergency department: saving intensive care unit facilities. Critical Care Medicine. 1994; 22(5), 896–898.

» Präklinische Notfallmedizin

Die Universitätsklinik für Notfallmedizin konnte sich in den vergangenen Jahren mit mehreren wissenschaftlichen Projekten und klinischen Aktivitäten auch in der Präklinik, das heißt außerhalb des Krankenhauses, in Zusammenarbeit mit der Berufsrettung Wien positionieren und etablieren.

NotärztInnen außerhalb des Krankenhauses

Seit Sommer 2017 beteiligen sich OberärztInnen der Klinik aktiv in ihrer Dienstzeit an der Tätigkeit an einem der beiden Notarzteeinsatzfahrzeuge des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien, die in Kooperation mit der Universitätsklinik für Anästhesie, allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie und der Berufsrettung

Wien betrieben werden. Dabei wird einmal wöchentlich für 24 Stunden ein Notarzteeinsatzfahrzeug von den MitarbeiterInnen der Klinik besetzt. Auch nebenberuflich sind mehrere MitarbeiterInnen als NotärztInnen tätig, davon zwei Mitarbeiter als Flugrettungsärzte beim Christophorus Flugrettungsverein.

AKH Wien FISU

Unsere Klinik konnte durch die enge wissenschaftliche Kooperation mit der Berufsrettung Wien ein Field Supervisor (FISU)-Fahrzeug, besetzt mit einem speziell ausgebildeten Notfallsanitäter, als Studien-Screening-Methode gewinnen. Ein/e MitarbeiterIn der Klinik fährt gemeinsam mit dem FISU zu lebensbedrohlichen Notfällen in Wien (wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Stillständen). Ziel ist der Studien-Einschluss von PatientInnen bereits am Notfallort und die wissenschaftliche Unterstützung bei Studien, die außerhalb des Krankenhauses

beginnen. Das Ziel ist, durch diese Studien das Überleben von PatientInnen mit einem Herz-Kreislauf-Stillstand langfristig zu verbessern. Im Zeitraum von Juni 2016 bis August 2017 konnten 94 PatientInnen während oder nach Reanimation noch am Notfallort gescreent werden, von diesen wurde rund die Hälfte in laufende Studien eingeschlossen.

Im Laufe des Jahres 2018 wurden weitere präklinische Studien mit diesem System begonnen.



AKH Wien Field Supervisor (FISU) Fahrzeug der Berufsrettung Wien

Entwicklung von nicht-invasiven Kühlmatten

Gemeinsam mit MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Notfallmedizin konnte Fritz Sterz eine innovative, nicht-invasive Art der Kühlung mittels Kühlmatten für die Anwendung bei PatientInnen nach Herz-Kreislauf-Stillstand entwickeln. Diese Kühlmatten wurden im Rahmen einer Studie zuerst im Versuchslabor und anschließend bei PatientInnen innerhalb der Klinik erfolgreich eingesetzt. Ziel war es, nach erfolgreicher Wiederbelebung eine Oberflächen-Kühlung zu starten und diese auch aufrecht zu halten. Schlussendlich wurden die Kühlmatten in enger Zusammenarbeit mit der Berufsrettung Wien bei PatientInnen am Notfallort angewendet und werden ebendort auch heute noch erfolgreich eingesetzt.

Basierend auf diesen Studienergebnissen wurden alle Notarztwagen der Berufsrettung Wien mit Kühlmatten ausgestattet, und eine Kühlungsbehandlung wird heute routinemäßig nach Wiederbelebung im Rettungswagen noch vor Erreichen des Zielspitals begonnen. Die Kühlmatten sind mittlerweile ein in der Therapie reanimierter PatientInnen weltweit etabliertes Medizinprodukt, das erstmals im Rahmen dieser Studien an der Universitätsklinik für Notfallmedizin eingesetzt worden war. International sind mittlerweile rund hundert präklinische Rettungssysteme bzw. Intensiv/Notfallabteilungen mit diesem Kühlsystem ausgestattet.

Key Publications

Uray et al. Resuscitation 2008

Nicht-invasive Kühlung am Notfallort durch die Wiener Rettung

Uray et al. Acad Emerg Med 2010

Vergleich verschiedener Kühlmattendesigns

Haugk et al. Resuscitation 2010

Vergleich invasiver und nicht-invasiver Kühlmethode

Uray T et al. Resuscitation 2015

Durch Verwendung eines prähospitalen Kühlverfahrens kann die Zieltemperatur viel früher erreicht werden.

LITERATUR

Uray T, Malzer R; Vienna Hypothermia After Cardiac Arrest (HACA) Study Group.

Out-of-hospital surface cooling to induce mild hypothermia in human cardiac arrest: a feasibility trial. Resuscitation. 2008;77:331-8

Uray T, Haugk M, Sterz F et al.

Surface cooling for rapid induction of mild hypothermia after cardiac arrest: design determines efficacy. Acad Emerg Med. 2010;17:360-7

Haugk M, Krizanac D, Stratil P et al.

Comparison of surface cooling and invasive cooling for rapid induction of mild therapeutic hypothermia in pigs – effectiveness of two different devices. Resuscitation. 2010;81:1704-8

Uray T, Mayr FB, Stratil P et al.

Prehospital surface cooling is safe and can reduce time to target temperature after cardiac arrest. Resuscitation. 2015;87:51-6

» Highlights aus 25 Jahren notfallmedizinischer Forschung

So bunt wie das Team der Klinik sind auch ihre Forschungsschwerpunkte. Und während in allen Bereichen eine Vielzahl bedeutender Studien publiziert werden konnte, hatten einige Erkenntnisse besonders große Auswirkungen für PatientInnen weit über die Klinik hinaus.

„Vienna – the coolest place on earth!“

Diese Aussage stammt nicht etwa aus einer neuen Kampagne des Wien-Tourismus. Nein, sie ist ein Originalzitat des berühmten norwegischen Reanimationsforschers Lars Wik. Der Grund dafür ist ganz klar: Die Gruppe um Fritz Sterz hat sich weltweit einen Namen als führendes Zentrum in der Erforschung von Kühltherapie gemacht. Ihre 2002 im New England Journal of

Medicine veröffentlichte HACA-Studie revolutionierte die Herzlungen-Wiederbelebung weltweit. Derzeit arbeitet das Team unter der Führung von Michael Holzer daran, den therapeutischen Effekt der Kühltherapie für PatientInnen mit akutem Herzinfarkt nutzbar zu machen. Weitere Informationen siehe Seite 15.

Sie machen die Lebensretter von morgen

Dank modernster Entwicklungen werden die Möglichkeiten professioneller HelferInnen für PatientInnen mit Kreislaufstillstand immer besser. Doch der entscheidende Faktor für ein gutes Überleben nach solch einem Notfall sind und bleiben beherrzte ErsthelferInnen. Mit dem Projekt „Leben Retten“ begann Fritz Sterz 2001 MedizinstudentInnen als Reanimations-TrainerInnen auszubilden und Reanimations-Unterricht für Schulen anzubieten. So werden bereits die Jüngsten zu LebensretterInnen. Und dank der Pionierarbeit von Gerhard Fleischhackl konnte die Sinnhaftigkeit von Ersthelfer-Defibrillatoren im städtischen Raum in Wien nachgewiesen werden. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen sind mittlerweile bereits mehr als 200 Defis Wien-weit verfügbar, und kaum eine Woche vergeht ohne lebensrettenden Einsatz.

Weitere Informationen siehe Seite 22.





Sie haben den Rhythmus im Blut und bewahren trotzdem immer die Nerven

Kaum jemand beschäftigt sich mit „seinem“ Krankheitsbild so intensiv wie die Gruppe von Hans Domanovits mit Vorhofflimmern. Und das aus gutem Grund: Diese heimtückische Rhythmusstörung ist eine der häufigsten Ursachen für Schlaganfälle und Herzschwäche. Doch erfreulicherweise können die RhythmusforscherInnen beachtliche Erfolge vorweisen: Dank der von ihnen etablierten Standards zur Elektrotherapie kann die

überwiegende Mehrzahl der PatientInnen mit Vorhofflimmern innerhalb kürzester Zeit wieder mit normalem Herzschlag entlassen werden. Auch bei der medikamentösen Therapie konnten in letzter Zeit große Erfolge erzielt werden, beispielsweise bei der Untersuchung des neuen Wirkstoffs Vernakalant. Weitere Informationen siehe Seite 34.

From bench to bedside – von der Studie österreichweit in den Rettungsdienst

Bis sich wissenschaftliche Erkenntnisse in der täglichen Praxis auswirken, vergehen oft Jahre. Nicht so im Fall der von Christof Havel und seinem Team initiierten Forschungen im Bereich der Kohlenmonoxid-Vergiftung. Gemeinsam mit engagierten KollegInnen von der Berufsrettung Wien konnten die ForscherInnen zeigen, dass

eine erhebliche Anzahl von Kohlenmonoxid-Vergiftungen im rettungsdienstlichen Alltag übersehen wurde und dass tragbare Warngeräte eine gute Lösung für dieses Problem darstellen. Kaum ein Jahr später wurden diese Geräte österreichweit zur Standardausrüstung. Weitere Informationen siehe Seite 40.

» Vorbildhafte Lehre



Lehre als gemeinsames Anliegen

Die Lehre spielt eine eigene und sehr zentrale Rolle an der Universitätsklinik für Notfallmedizin. Das Angebot für StudentInnen ist eindrucksvoll – das demonstriert unter anderem die Liste der Vorlesungen, die postgraduale Ausbildung nicht nur für ÄrztInnen während der Facharztausbildung ist aber ebenso wichtig. Die Lehre auf der Klinik weist ein paar ganz besondere Eigenheiten auf: Sie wird vom gesamten Team auf jeder Hierarchieebene sehr engagiert getragen.

Berufsgrenzen werden regelmäßig überschritten, Pflege und ÄrztInnen spielen eine wichtige Rolle in der Ausbildung der anderen Berufsgruppe. Die Klinik stellt für StudentInnen und junge KollegInnen den einzigen Ort im AKH Wien dar, an dem alle im Alltag vorkommenden Notfälle der nicht-operativen Medizin erlebt, gelernt und geübt werden können – Basic Skills, die auch bei der späteren Übernahme einer Leitungsfunktion in einem anderen Krankenhaus sehr wichtig sind.

Das breite Spektrum, das vom alltäglichen Kopfschmerz oder Bauchschmerz bis zu sehr invasiver Medizin wie die extrakorporale Therapie im kardiogenen Schock reicht, stellt aber eine besondere Herausforderung dar: Unser Angebot ist breit, dafür finden einige invasive Tätigkeiten in niedriger Frequenz statt – das erfordert eine besondere Betonung eines regelmäßigen „Trockentrainings“.

Universitäre Lehre

Die Liste der Titel der Vorlesungen und Seminare ist eindrucksvoll und spricht für sich selbst:

- **Lernen durch Lehren von lebensrettenden Sofortmaßnahmen**
- **Notfallmedizin Schwerpunkt Hypertonie**
- **Praktikum in Notfallmedizin**
- **Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin**
- **Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin Anfänger**
- **Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin Fortgeschrittene**
- **Symptomorientierte Notfallsonographie**
- **Alpinmedizin**
- **Reanimationsübungen I und II**
- **Erste Hilfe**
- **Vorlesungen im Tertiär Notfall und Intensivmedizin**
- **Thoraxschmerz und Atemnot**
- **Herzstillstand und Reanimation Herzrhythmusstörungen**
- **Erweiterte physikalische Gesunden- und Krankenuntersuchung**
- **Fall-basiertes Lernen**
- **Reanimation**
- **Diagnostisches Testen in der Notfallmedizin**
- **Notfallmedizin für Zahnärzte als Vorlesung und Praktikum**
- **Notfallrefresher**
- **Evidence based medicine**

Vorlesungen, Seminare und direkte wissenschaftliche Betreuung von DiplomandInnen haben einen großen Stellenwert bekommen und auch kompliziertere Themen wie Methodenseminare zu Meta-Analyse und Statistik erfreuen sich großer Beliebtheit unter den Studierenden.

Erfahrung sammeln im dritten Studienabschnitt – Tertial und Klinisch Praktisches Jahr

Die Praktika im 5. und 6. Studienjahr stellen eine sehr wichtige Gelegenheit zur Auseinandersetzung der StudentInnen mit sogenannten „Wald- und Wiesen Notfällen“, dem täglichen Brot einer jeden Ärztin und eines jeden Arztes, dar. StudentInnen sollen hier bei uns ihre ersten Algorithmen für häufig vorkommende klinische Notfälle erlernen, gleichzeitig ist es eine erste Gelegenheit, sich in der Rolle als Ärztin/Arzt unter sehr kontrollierten und geschützten Bedingungen zu erproben.

Nach einigen Startproblemen hat sich die Betreuung der KPJ-StudentInnen als Win-win-Situation herausgestellt. Die Betreuung der KPJ-StudentInnen erfolgt durch das gesamte Team vom Leiter der Klinik bis zu den jungen KollegInnen in Ausbildung. Die KPJ-StudentInnen sind in das Team voll integriert und in hohem Ausmaß engagiert. In einer Zeit, in der die Rekrutierung von Nachwuchs zunehmend in den Vordergrund rückt, stellt das KPJ eine gute Gelegenheit dar, engagierte und talentierte StudentInnen kennenzulernen. In Zukunft wird das wohl eine der wichtigsten Andockstellen an die Klinik werden, aus diesem Pool haben auch einige junge ÄrztInnen den Weg zu den gerade im Aufbau befindlichen notfallmedizinischen Einrichtungen der Gemeindespitäler in Wien gefunden. Auch für die StudentInnen stellt es eine wichtige Gelegenheit dar, sich mit dem Berufsbild des Notfallmediziners vertraut zu machen. Für viele StudentInnen ist es eine erste Konfrontation mit der Betreuung von PatientInnen und Angehörigen in Extremsituationen. Der Tod und lebensbedrohliche, schlagartig aufgetretene Erkrankungen sind an unserer Klinik allgegenwärtig.

Aus- und Fortbildung – interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend

Als erster hat ein junger Assistent, K. Bayegan, eine Fortbildungsserie am Dienstag nachmittag etabliert, die jetzt bereits seit 24 Jahren sehr erfolgreich läuft. Es ist besonders erfreulich, dass auch viele KollegInnen der Wiener Rettung und von anderen Kliniken regelmäßig unsere Fortbildungsveranstaltung besuchen. Seit zwei Jahren gibt es dank des Engagements von Christoph Weiser eine neue Fortbildungsserie unter dem Namen „Early Birds“ für die Zielgruppe der AssistenzärztInnen in Facharztausbildung, im wesentlichen tragen junge ÄrztInnen in Ausbildung vor. Die Akzeptanz ist trotz der frühen Stunde – 7 Uhr morgens – ausgezeichnet. Je nach Thema werden hier State-of-the-Art-Vorträge gebracht, oder es wird im Stil eines Journal Clubs vorgetragen und diskutiert.

Die Ausbildung in den zentralen notfall- und intensivmedizinischen handwerklichen Fähigkeiten für die KollegInnen, die im Rahmen der Facharztausbildung auf die Notfallmedizin rotieren, stellt eine ganz eigene Herausforderung dar, da sie in einen oft hektischen klinischen Alltag eingebettet ist. Auch hier spielt die Pflege eine sehr wichtige Rolle bei der Ausbildung junger ÄrztInnen – ganz besonders kann hier neben vielen anderen der Pfleger Gerhard Ruzicka hervorgehoben werden, der unzählige Geräteeinschulungen für junge ÄrztInnen durchgeführt hat. Hier müssen aber auch Jutta Baron, Karin Leitner, Roswitha Heitzinger und Alexandra Permann unbedingt erwähnt werden. Sicherlich ist auch das gemeinsame und gegenseitige Lernen und Lehren der Gesundheitsberufe eine wichtige Grundlage des guten respektvollen Umgangs an der Klinik.

In den vergangenen Jahren hat sich der Ultraschall immer mehr als unersetzliches Alltagsinstrument in der Abklärung lebensbedrohlicher Notfälle herausgestellt, die Arbeitsgruppe um Hans Domanovits und Alexander Spiel hat dafür gesorgt, dass diese handwerklichen Fähigkeiten von AssistenzärztInnen der Klinik schon sehr früh erlernt werden.

Vorbildwirkung über die Klinik hinaus

Im Rahmen der universitätsweiten Personalentwicklung wurden von der Klinik Seminare zu „Design, Analyse, Interpretation klinischer Studien“ (Harald Herkner) sowie Simulationstrainings (Michael Holzer und Martin Frossard) entwickelt und erfreuen sich regen Zuspruchs.

Unsere Klinik ist in mehrere postgraduelle Programme (MSc, PhD) eingebunden. Hier trägt die Klinik neben direkter Betreuung auch mit Vorlesungen zur medizinischen Statistik, Studiendesign und klinischer Epidemiologie bei.

Mitglieder der Klinik haben externe Ausbildungen in zahllosen Kursen und Seminaren, für die Ärztekammer, für die Pflegeschule, für die Bergrettung und für die Wiener Rettung durchgeführt.

MitarbeiterInnen der Klinik sind auch im European Resuscitation Council ERC sehr engagiert. Diese zentrale Säule der postpromotionellen Notfallausbildung wird in einem eigenen Kapitel genauer beleuchtet.

Die Einführung der schriftlichen Facharztprüfung stellte für die AssistenzärztInnen aller Kliniken einen großen Stressfaktor dar, da viele Prüfungsinhalte in der Ausbildung gar nicht vermittelt wurden. Aus dieser Situation heraus begründeten AssistenzärztInnen aller internistischen Universitätskliniken die Ausbildungswoche IKIM (Intensivkurs Innere Medizin), A. Kliegel von unserer Klinik war eines der Gründungsmitglieder, seither ist traditionell immer ein/e AssistenzärztIn der Klinik an der Organisation hauptbeteiligt.

Ein weiterer erfolgreicher Ansatz stammt aber sicher vom Team von Fritz Sterz: Ausgehend von der Erkenntnis, dass eine Verbesserung der Prognose der PatientInnen nach Herzstillstand hauptsächlich in der Verbesserung der Laienreanimation liegt und dass eine Ausbildung möglichst früh beginnen muss, wurden Schulkinder in altersadäquater Weise von hochengagierten StudentInnen in Basisreanimation ausgebildet.

Herausforderungen für die Zukunft

Die Qualität der studentischen und postgraduellen Lehre, Forschung und PatientInnenversorgung muss erhalten werden. Darüber hinaus ist eine Stärkung und Weiterentwicklung der Wiener universitären Notfallmedizin in ihrer weltweiten Leadership-Rolle unerlässlich.

» Engagement in Fachgesellschaften und Rettungsorganisationen



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR
NOTFALL- & KATASTROPHENMEDIZIN

Österreichische Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖNK)

Die ÖNK ist eine Plattform für im Rettungsdienst tätige ÄrztInnen und SanitäterInnen.

Anton Laggner war von 2001 bis 2003 Präsident, und hat den ÖNK-Kongress 2003 organisiert.

Wolfgang Schreiber war Kassaprüfer, Kassier und von 2012 bis 2015 Präsident, wobei er die ÖNK-Kongresse 2013 und 2015 organisiert hat.

Raphael van Tulder ist Kassaprüfer und wird ab 2018 als Sekretär fungieren. Alle drei gehören dem Vorstand der ÖNK an.



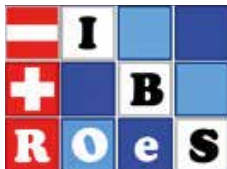
The AUSTRIAN ASSOCIATION
of EMERGENCY MEDICINE

Austrian Association of Emergency Medicine

Die AAEM wurde 2008 mit dem Ziel gegründet, die klinische Notfallmedizin in Österreich aber auch international zu vertreten und den in Europa weit verbreiteten Facharzt für Notfallmedizin anzustreben. Initiatoren und Gründungsmitglieder waren Anton Laggner, Wilhelm Behringer, Harald Herkner, Philip Eisenburger und Wolfgang Schreiber. Die bisherigen Präsidenten waren Anton Laggner und Wilhelm Behringer; aktuell ist es Philip Eisenburger. Wilhelm Behringer ist als Vertreter der AAEM in verschiedenen Bereichen der European Society of Emergency Medicine (Eusem) tätig.

Wiener Biometrische Sektion der internationalen Biometrischen Gesellschaft

Seit 2016 fungiert Harald Herkner als Sekretär im Vorstand der Wiener Biometrischen Sektion, einer statistischen Fachgesellschaft. Dies ist auch Ausdruck der großen wissenschaftlichen Aktivität unserer Klinik und dem multidisziplinären Ansatz.



Mehrere MitarbeiterInnen der Klinik sind im Rettungsdienst operativ und in der Ausbildung engagiert.

Wolfgang Schreiber war bis 2007 Leiter vom Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes – Landesverband Wien und ist seit 2007 Bundeschefarzt des Österreichischen Roten Kreuzes.

Dominik Roth ist Ausbildungsarzt des Österreichischen Roten Kreuzes.



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Aus Liebe zum Menschen.

Das Engagement der MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Notfallmedizin in diversen Fachgesellschaften bzw. Rettungsorganisationen hat Tradition.



Österreichische Gesellschaft für Allgemeine und Internistische Intensiv- und Notfallmedizin

Anton Laggner ist langjähriges Vorstandsmitglied der ÖGIAM, war von 2008 bis 2011 Präsident und war 2005 Kongresspräsident der gem. Jahrestagung ÖGIAM und DGIIN in der Wiener Hofburg. Karin Janata, Philip Eisenburger und Harald Herkner sind langjährige Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates. Karin Janata und Harald Herkner sind Mitglieder der Facharzt-Prüfungskommission Innere Intensiv, und Harald Herkner fungiert als Delegierter der ÖGIAM zum Verband der intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs (FASIM).



Verein zur Bekämpfung des plötzlichen Herztodes

Puls – der Verein zur Bekämpfung des plötzlichen Herztodes

wurde 2009 von Roman Fleischhackl, der auch bis 2012 Präsident war, gegründet. Puls versucht durch seine Projekte (AEDs im öffentlichen Raum, First Responder Polizei, Reanimationsunterricht in der Schule,...) die Bevölkerung für den plötzlichen Herztod zu sensibilisieren und die Prognose für Betroffene zu verbessern.

Aktuell arbeiten im Vorstand unter anderem Florian Ettl, der für die Projekte AEDs in Apotheken und Sportanlagen verantwortlich zeichnet, und Wolfgang Schreiber als Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates mit.

Alexandra Warenits, Calvin Kienbacher und Alexander Nürnberger sind in der Ausbildung des Malteser Hospitaldienstes tätig. Jan Niederdöckl ist stellvertretender Landesarzt der Österreichischen Wasserrettung – Landesverband Wien.

Mit der Wiener Berufsrettung verbindet die Klinik eine jahrelange Zusammenarbeit im Rahmen von wissenschaftlichen Projekten, Diplomarbeiten und der Weiterbildung von SanitäterInnen und NotärztInnen.

Seit 2017 besetzen auch MitarbeiterInnen der Klinik eines der beiden Notarzteinsatzfahrzeuge des AKH Wien.

Im Christophorus Flugrettungsverein sind Wolfgang Schreiber, Raphael van Tulder und Thomas Uray als Notärzte tätig. Wolfgang Schreiber ist darüber hinaus Trainer des Air Rescue College und Mitglied von mehreren Arbeitskreisen des CFV.



BERUFSRETTUNG



StoDt+Wien

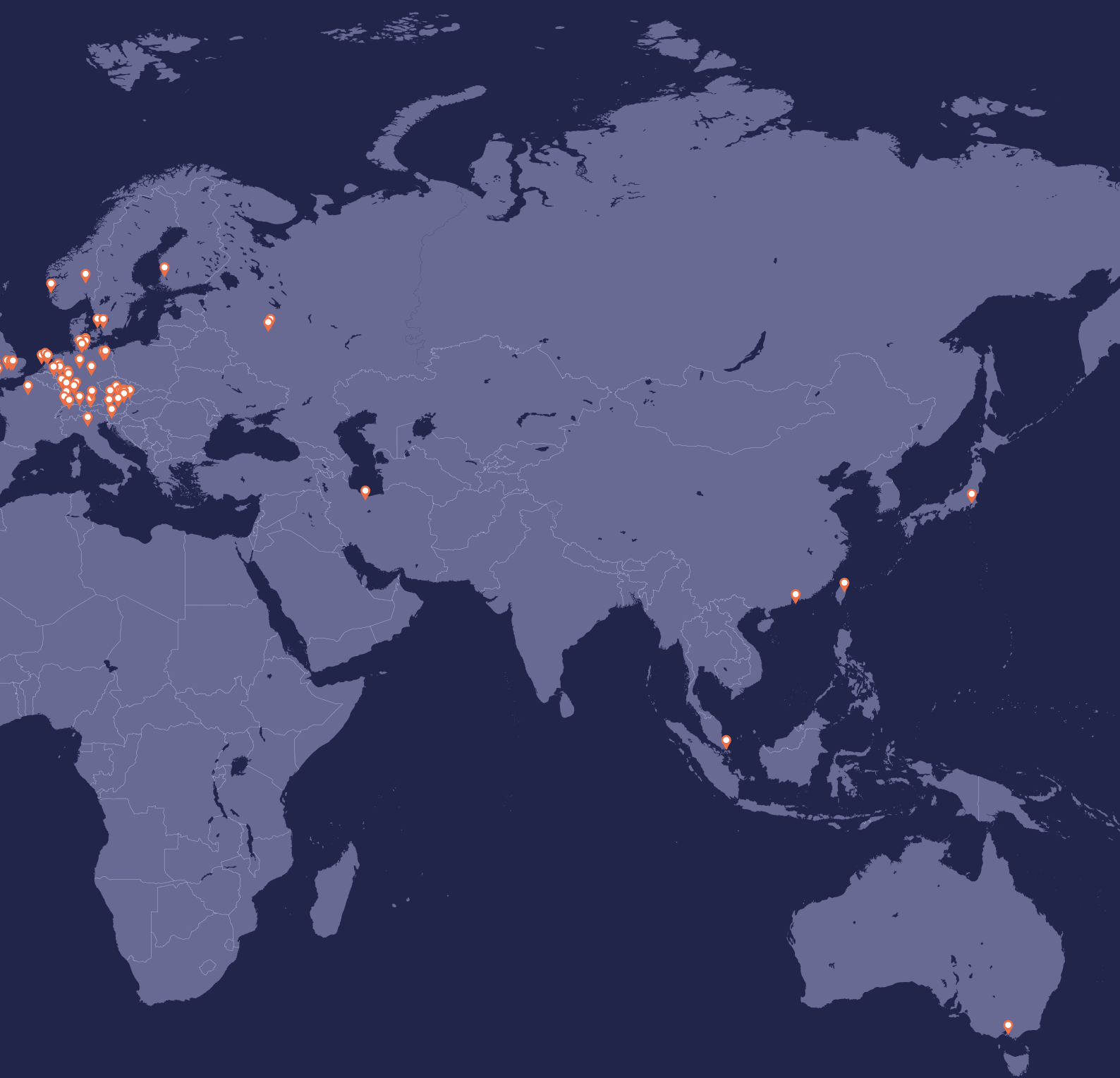


OAMTC | FLUGRETTUNG

» Weltweit vernetzt

Wissenschaftlicher Erfolg ist immer das Ergebnis von Teamwork – lokal und weltweit. Die Universitätsklinik für Notfallmedizin der MedUni Wien und des AKH Wien dankt ihren weltweiten Kooperationspartnern für die hervorragende Zusammenarbeit!





»25 Worte zu 25 Jahren

Gedanken von
„Ehemaligen“ und
„ganz Jungen“



Die Jahre in der Notfall waren medizinisch vielseitig und spannend – noch viel wichtiger – man ging nicht nur zu Kollegen, sondern zu Freunden in die Arbeit.
Andreas Kliegel,
internistischer Intensivmediziner und Kardiologe



Das Arbeiten an der Universitätsklinik für Notfallmedizin hat vom ersten Tag an viele unschätzbare Vorteile: jeden Tag neue spannende Fälle, kein Dienst ohne mindestens einen Patienten, für den man wirklich einen Unterschied macht, großartiger Teamzusammenhalt und zwingend selbstständiges Arbeiten.

Philip Eisenburger, Vorstand Abteilung für Notfallmedizin,
Krankenhaus Floridsdorf

Hier wird Wissenschaft und Spitzenmedizin betrieben, was ich jedoch an der Notfall am allermeisten bewundere, sind die menschlichen Meisterleistungen, die hier täglich leise und unbemerkt stattfinden.

Anna Steinacher,
KPJ-Studentin





Ambulanz, Überwachungsstation, Intensivstation – alles in einer Hand eines professionellen Teams. Das erprobteste Konzept für die beste Hilfe für Menschen in akuten Notfallsituationen. JA, es funktioniert! Christof Havel, niedergelassener Internist und Kardiologe

Neu, innovativ, alternativlos, faszinierende Menschen, ergreifende Geschichten, ich habe dort die Mächtigkeit, aber auch die Grenzen der Medizin erlebt, mein sicherer Hafen für medizinische Schwerwetterlagen.

Andreas Wagner, niedergelassener Internist und Kardiologe

KAFFEE

Hans Domanovits

Entfaltungsmöglichkeit

Kollegialität Zukunft

Teamgeist HUMOR

Schlafentzug

Anton Laggner

Spaß bei der Arbeit

GEMEINSAMKEIT

Feste feiern

Fritz Sterz

VIEL GELERNT

Freundschaften

Kent

Herzstillstand

LIEBSCHAFTEN

Wissenschaftlicher Diskurs

gemeinsam lachen

Gürtelblick

Leben retten

Wilhelm Behringer
Professor für Notfallmedizin,
Universität Jena



Selten habe ich medizinische Höchstleistung gepaart mit so viel Menschlichkeit erleben dürfen. Meine Zeit an der Notfall war zugleich lehrreich als auch spannend. Lisa Schuckert, KPJ-Studentin







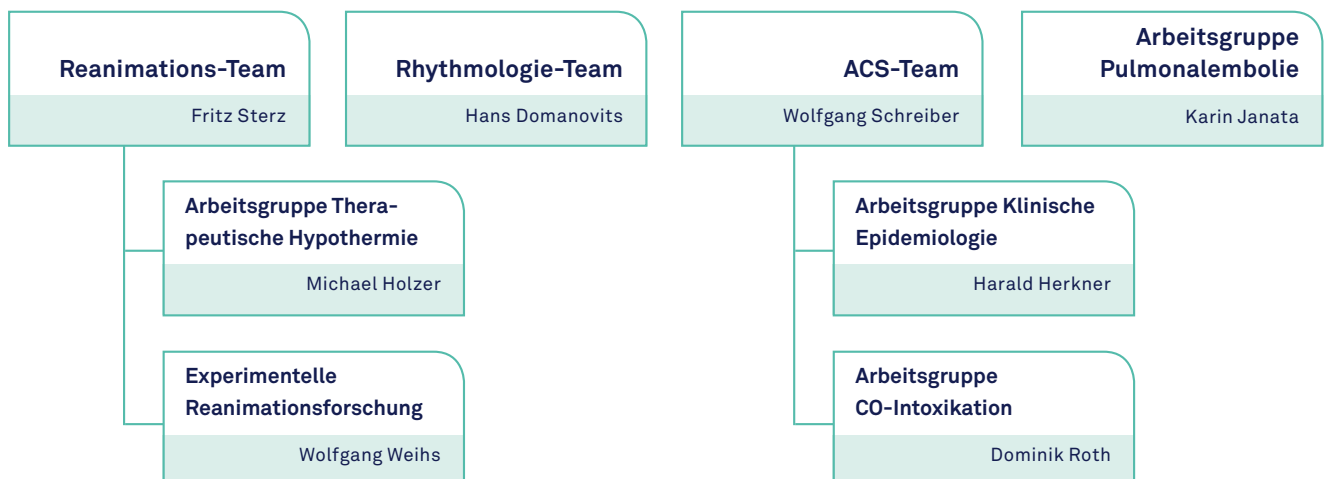
» 25
Jahre
der Anhang

» Organigramm

Gliederung Klinischer Bereich



Gliederung Forschung



Reanimations-Team (ehemals und derzeit aktive Mitglieder und Kooperationspartner)

Leitung: Fritz Sterz

Arrich Jasmin
 Bayegan Keywan
 Behringer Wilhelm
 Bur Andreas
 Clodi Christian
 Domanovits Hans
 Eisenburger Philip
 El-Tattan Diana
 Ettl Florian
 Fleischhackl Roman
 Frossard Martin
 Gamper Gunnar
 Graf Nikolaus
 Grassmann Daniel
 Haugk Moritz
 Havel Christof
 Hellwagner Klaus
 Herkner Harald
 Hilpold Andreas
 Hirschl M. Michael
 Hoerburger David
 Holzer Michael
 Holzer-Richling Nina
 Hubner Pia
 Janata Andreas
 Janata Karin
 Kienbacher Calvin

Kliegel Andreas
 Koehler Klemens
 Kofler Julia
 Koller Julia
 Koreny Maria
 Krammel Mario
 Kürkciyan Istepan
 Laggner Anton N.
 Laggner Roberta
 Lobmeyr Elisabeth
 Losert Heidrun
 Magnet Ingrid
 Meron Giora
 Müllner Marcus
 Nürnberger Alexander
 Ochsenhofer Andreas
 Oschatz Elisabeth
 Paulis Monika
 Poppe Michael
 Riedmüller Eva
 Robak Oliver
 Roeggla Georg
 Roeggla Martin
 Roth Dominik
 Ruzicka Gerhard
 Scheinecker Wolfdieter
 Schnaubelt Sebastian

Schober Andreas
 Schörkhuber Waltraud
 Schratte Alexandra
 Schreiber Wolfgang
 Schriefl Christoph
 Schwameis Michael
 Seidler Dan
 Sodeck Gottfried
 Spiel Alexander
 Stöckl Mathias
 Stratil Peter
 Stuhlinger Georg
 Sulzgruber Patrick
 Testori Christoph
 Uray Thomas
 Van Tulder Raphael
 Vesely Danica
 Vlcek Marianne
 Wagner Andreas
 Wallmüller Christian
 Wandaller Cosima
 Warenits Alexandra
 Weihs Wolfgang
 Weiser Christoph
 Zeiner Andrea

Rhythmologie-Team

Leitung: Hans Domanovits

Filippo Cacioppo
 Simon Ecker
 Bernhard Eichler
 Matthias Eitelberger
 Sophie Gupta
 Anna Kamptner
 Moritz Koch
 Felix Kottbauer
 Teresa Lindmayr
 Daniel Mostegel
 Jan Niederdöckl
 Alexandra Riegler
 Sebastian Schnaubelt
 Nikola Schütz
 Alexander Simon
 Alexander Spiel



ACS-Team

Leitung: Wolfgang Schreiber

Aktiv:

Sarah Gollowitzer
Verena Fuhrmann
Harald Herkner
Calvin Kienbacher
Roberta Laggner
Elvira Prindl
Dominik Roth
Katharina Tscherny
Martin Umgeher
Raphael Van Tulder

Ehemalige:

Philip Eisenburger
Moritz Haugk
Christof Havel
Benedikt Heidinger
Nina Holzer-Richling
Maria Koreny
Alexander Spiel

Arbeitsgruppe Klinische Epidemiologie

Leitung: Harald Herkner

Aktiv:

Jasmin Arrich
Nina Buchtele
Calvin Kienbacher
Roberta Laggner
Dominik Roth
Michael Schwameis
Wolfgang Schreiber
Markus Titz
Katharina Tscherny
Raphael Van Tulder
Alexandra Warenits

Ehemalige:

Marcus Müllner (ehemals
Leiter)
Gunnar Gamper
Christof Havel
Benedikt Heidinger
Eva Riedmüller
Oliver Robak
Jana Thönnissen
Philip Mad
Bitra Mesgarpour
Mariam Nikfardjam
Bernhard Urbanek

Arbeitsgruppe CO-Intoxikation

Leitung: Dominik Roth

Aktiv:

Harald Herkner
Christian Höller
Calvin Kienbacher
Jakob Kraiger
Wolfgang Schreiber

Ehemalige:

Philip Eisenburger
Christof Havel (ehemals Leiter)
Lukas Scheinost
Raphael Van Tulder

ÄrztInnen Stamm

O. Prof. Dr. Anton N.	Laggner	1991-04
Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Jasmin	Arrich	2004-04
Dr. Christian	Clodi	2017-12
Ao.Univ.-Prof. Dr. Ulla	Derhaschnig	1999-05
Ao.Univ.-Prof. Dr. Hans	Domanovits	1991-07
Dr. Florian	Ettl	2012-10
Dr. Verena	Fuhrmann	2017-11
Ao.Univ.-Prof. Dr. Harald	Herkner, MSc	1995-10
Ao.Univ.-Prof. Dr. Michael	Holzer	1996-11
Dr. Nina	Holzer-Richling	2004-03
Dr. Pia	Hubner	2012-09
Ass. Prof. Dr. Karin	Janata-Schwatzcek	1992-02
Dr. Calvin	Kienbacher	2016-02
Ao.Univ.-Prof. Dr. Istephan Erol	Kürkciyan	1991-07
Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Heidrun	Losert	2000-09
Dr. Ingrid	Magnet	2012-10
Dr. Jan	Niederdöckl	2014-10
Dr. Alexander	Nürnbergger	2015-02
Dr. Michael	Poppe	2017-09
Ass. Prof. Dr. Martin	Röggla	1991-07
Priv.-Doz. Dr. Dominik	Roth, PhD	2011-11
Dr. Sebastian	Schnaubelt	2017-12
Priv.-Doz. Dr. Andreas	Schober	2009-04
Ao.Univ.-Prof. Dr. Wolfgang	Schreiber	1991-07
Dr. Christoph	Schriebl	2016-08
Dr. Nikola	Schütz	2016-08
Dr. Michael	Schwameis	2016-11
Dr. Alexander	Simon	2013-11
Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Alexander	Spiel	2009-11
Ao.Univ.-Prof. Dr. Fritz	Sterz	1991-07
Dr. Peter	Stratil	2009-02
Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Christoph	Testori	2008-01
Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Thomas	Uray, MPH	2003-09
Priv.-Doz. Dr. Raphael	van Tulder	2009-11
Dr. Christian	Wallmüller	2009-01
Dr. Christoph	Weiser	2010-07
Ass. Prof. Dr. Andrea	Zeiner-Schatzl	1993-01

ÄrztInnen Rotation

Boris P.	Todoroff	1991-04	1991-08
Thomas	Binder	1991-10	1992-02
Susanne	Aull	1992-01	1992-06
Renate	Scherrer	1992-01	1992-06
Christine	Forstinger	1992-03	1992-09
Klaus	Machold	1992-03	1992-09
Albert	Michitsch	1992-03	1992-09
Peter	Fasching	1992-10	1993-02
Wolfgang	Happak	1992-10	1993-10
Hans	Kainz	1992-10	1993-02
Klaus	Laczika	1992-10	1993-02
Michael	Roden	1992-10	1993-02
Konrad	Weiss	1992-10	1994-02
Christian	Wöber	1992-10	1993-09
Wolfgang	Baischer	1993-01	1993-03
Ursula	Barnas	1993-03	1993-09
Gottfried	Locker	1993-03	1993-09
Manfred	Muhm	1993-03	1993-09
Manfred	Zehetgruber	1993-03	1993-09
Werner	Girsch	1993-04	1993-09
Richard	Sidl	1993-04	1993-09
Michaela	Amering	1993-07	1994-06
Christophorus	Konnaris	1993-10	1994-02
Thomas	Koperna	1993-10	1994-04
Bernhard	Liebisch	1993-10	1994-02
Norbert	Pfafflmeyer	1993-10	1994-09
Petra	Steindl	1993-10	1994-02
Thomas	Svoboda	1993-10	1994-02
Irene	Virgolini	1993-10	1994-02
Michael	Binder	1994-01	1994-06
Martin	Clodi	1994-03	1994-09
Veronika	Fabrizii	1994-03	1994-09
Harald	Gabriel	1994-03	1994-09
Alexander	Gaiger	1994-03	1994-09
Astrid	Wilfing	1994-03	1994-09
Heinz	Burgmann	1994-04	1994-09
Richard	Frey	1994-04	1995-03
Andreas	Salat	1994-04	1994-07
Alexander	Becherer	1994-10	1995-02
Christoph	Brunner	1994-10	1995-02
Martina	Franz	1994-10	1995-02
Jutta	Gisinger	1994-10	1995-02
Ursula	Hollenstein	1994-10	1995-02
Gertraud	Lang	1994-10	1995-02
Gere	Sunder-Plassmann	1994-10	1995-02
Christa	Wagner-Ennsgraber	1994-10	1995-09
Leopold	Stiebellehner	1994-11	1995-02
Stefan	Egger	1994-12	1995-05
Andrea	Berzlanovich	1995-01	1995-04
Alexandra	Kautzky-Willer	1995-03	1995-09
Irmgard	Neumann	1995-03	1995-09
Georg	Wieselthaler	1995-03	1995-08
Karl	Dantendorfer	1995-04	1996-03
Konstanze	Gruber	1995-04	1996-05
Andrea	Michalek-Sauberer	1995-04	1995-10

Lydia	Steurer-Georgiew	1995-06	1995-11
Maria	Schoder	1995-07	1995-10
Alois	Gessl	1995-10	1996-02
Mathilde	Kutilek	1995-10	1996-02
Manfred	Prager	1995-10	1996-03
Madeleine	Rohac	1995-10	1996-02
Elena	Stanek	1995-10	1996-04
Sylvia	Wenger	1995-10	1996-04
Friedrich	Wieser	1995-10	1996-01
Andrea	Willfort	1995-10	1996-02
Veronika	Vecsei	1996-01	1996-06
Rupert	Koller	1996-03	1996-04
Rainer	Oberbauer	1996-03	1996-09
Christian	Pirich	1996-03	1996-09
Andreas	Puspök	1996-03	1996-09
Thomas	Grünberger	1996-04	1996-09
Eva	Resinger-Kepl	1996-04	1997-03
Thomas	Staudinger	1996-04	1996-09
Christine	Vesely	1996-04	1996-05
Thomas	Zontsich	1996-04	1996-06
Marcus	Hörmann	1996-07	1996-12
Gunda	Nagel	1996-09	1997-02
Manuela	Födinger	1996-10	1997-02
Sabine	Hofmann	1996-10	1997-02
Jeanette	Koller-Strametz	1996-10	1997-02
Theresia	Maier-Dobersberger	1996-10	1997-02
Walter	Pirker	1996-10	1997-03
Olga	Sarantopoulos	1996-10	1997-02
Martin	Schindl	1996-10	1997-03
Patrick	Wunderbaldinger	1997-01	1997-06
Waltraud	Schörkhuber	1997-02	1997-07
Marcus	Atteneder	1997-03	1997-09
Johann	Hammer	1997-03	1997-09
Günter	Stix	1997-03	1997-09
Eva	Templ	1997-03	1997-09
Daniela	Kandioler	1997-04	1997-09
Felix	Keil	1997-04	1997-10
Wilfried	Lang	1997-04	1999-04
Christoph	Mittermayer	1997-04	1997-05
Roland	Beisteiner	1997-05	1997-09
Isolde	Göttfried	1997-05	1998-01
Andreas	Lerche	1997-05	1997-05
Reinhard	Berger	1997-06	1997-06
Herbert	Gelbmann	1997-06	1997-08
Gudrun	Burda	1997-10	1998-04
Margit	Faltl	1997-10	1998-03
Alexander	Neumeister	1997-10	1998-02
Achim	Olbrich-Krampl	1997-10	1998-03
Dinah	Putz	1997-10	1998-02
Susanne	Taucher	1997-10	1998-03
Maja	Thurnher	1997-10	1998-05
Monika	Paulis	1997-11	1999-03
Peter	Kiener	1998-03	1998-09
Fritz	Leutmetzer	1998-03	1998-03
Sabine	Schmaldienst	1998-03	1998-09

ÄrztInnen Rotation

Barbara	Gebhard	1998-04	1998-09
Michael	Hermon	1998-04	1998-10
Christiane	Oismüller	1998-04	1998-09
Grete Verena	Tarych	1998-04	1998-06
Michael	Tittl	1998-04	1998-09
Johannes	Tauscher	1998-07	1998-12
Hubert	Poppe	1998-09	1998-10
Ramin	Baradaran	1998-10	1999-03
Seng Suk	Choi	1998-10	1999-03
Karam	Kostner	1998-10	1999-02
Mariam	Nikfardjam	1998-10	1998-10
Gerald	Schnürer	1998-10	1999-02
Günther	Wiesinger	1998-10	1998-12
Michael	Wolzt	1998-10	1999-02
Karin	Zebenhöcher	1998-10	1998-12
Mohamed	Sindi	1998-11	1999-01
Volker	Wachek	1998-11	2000-09
Angela	Heiden	1999-01	1999-06
Peter	Maitz	1999-01	1999-03
Georg	Harrer	1999-03	2000-12
Katharina	Kiss	1999-03	2001-01
Markus	Köller	1999-03	1999-09
Markus	Müller	1999-03	1999-09
Anton	Staudenherz	1999-03	1999-09
Thomas	Stulnig	1999-03	1999-09
Stefan	Puig	1999-04	1999-09
Bernhard	Schlechta	1999-04	1999-09
Thomas	Kapitany	1999-07	1999-12
Paul	Amminger	1999-10	1999-01
Regina	Gratzl	1999-10	1999-12
Irene	Hauser	1999-10	2000-02
Maria	Heger	1999-10	2000-02
Josef	Kletzmayer	1999-10	2000-02
Michaela	Riedl	1999-10	2000-02
Nikolaus	Steinhoff	1999-10	2000-05
Marion	Vigl	1999-10	2000-03
Volker	Wachek	1999-10	2000-02
Markus	Willeit	1999-10	2000-03
Matthäus	Willeit	1999-10	2000-03
Ahmed	Ba-Ssalamah	2000-03	2000-03
Senta	Graf	2000-03	2000-10
Bernd	Jilma	2000-03	2001-03
Winfried	Wintersberger	2000-03	2000-10
Nadja	Haiden	2000-04	2000-08
Harald	Kittler	2000-04	2000-12
Nina	Mader	2000-04	2000-09
Markus	Willeit	2000-04	2000-09
Friedrich	Lomoschitz	2000-05	2000-06
Bernhard	Voller	2000-06	2000-11
Andreas	Kopf	2000-09	2000-11
Jutta	Bergler-Klein	2000-10	2001-03
Kurt	Redlich	2000-10	2001-03
Erik	Höller	2000-12	2001-05
Gertraud	Strasser	2001-01	2000-01
Clemens	Dejaco	2001-03	2001-09

Monika	Graninger	2001-03	2001-09
Fritz	Leutmezer	2001-04	2002-03
Kristina	Schönau	2001-07	2001-09
Edith	Eisenhuber-Stadler	2001-10	2002-01
Michael	Häfner	2001-10	2002-02
Erwin	Kitzmüller	2001-10	2002-02
Martin	Kopeinig	2001-10	2002-09
Matthias	Lorenz	2001-10	2002-02
Herwig	Pokorny	2001-10	2002-03
Wolfgang	Raber	2001-10	2002-02
Michael	Felfernig	2001-11	2002-04
Martin-Josef	Nuhr	2001-12	2002-03
Robert	Deicher	2002-03	2002-09
Ansgar	Weltermann	2002-03	2002-09
Sophie	Ziegler	2002-03	2002-09
Martin	Brunner	2002-04	2002-09
Florian	Fitzal	2002-04	2002-09
Willibald	Gerschlagler	2002-04	2002-12
Stefan	Denk	2002-05	2003-06
Thomas	Schenk	2002-05	2002-09
Ingrid	Fuchs	2002-09	2004-02
Martin	Bodingbauer	2002-10	2003-03
Eva	Forberg	2002-10	2003-02
Maria Esther	Jimenez-Boj	2002-10	2003-02
Gottfried	Kranz	2002-10	2003-02
Jakob	Schnedl	2002-10	2003-03
Georg	Stummvoll	2002-10	2003-02
Martina	Scharitzer	2002-11	2002-12
Friedrich	Mittermayer	2002-12	2003-06
Kety Wha-Vei	Hsieh	2003-02	2003-10
Martin	Bischof	2003-03	2003-09
Paul	Wexberg	2003-03	2003-09
Gottfried	Kranz	2003-04	2003-09
Chieh-Han	Tzou	2003-04	2003-06
Stefan	Denk	2003-08	2003-10
Matthias	Rab	2003-08	2003-10
Marie-Theres	Kasimir	2003-10	2004-03
Elke	Köller	2003-10	2004-02
Wolfgang	Köstler	2003-10	2004-02
Christian	Loewe	2003-10	2003-12
Gürkan	Sengölge	2003-10	2004-02
Thomas	Winkler	2003-10	2003-12
Lars-Peter	Kamolz	2004-01	2004-04
Christiane	Kulinna-Cosentini	2004-01	2004-06
Horst	Wagner-Berger	2004-01	2004-06
Klaus Stephan	Wolff	2004-01	2004-03
Barbara	Bajer-Kornek	2004-04	2004-09
Werner	Haslik	2004-04	2004-06
Florian	Mayr	2004-04	2005-06
Gernot	Seebacher	2004-04	2004-06
Stephan	Kettner	2004-05	2004-10
Christian	Kinstner	2004-05	2004-05
Christian Michael	Kinstner	2004-05	2004-05
Eva	Assem-Hilger	2004-10	2005-09
Kyra	Borchhardt	2004-10	2005-03

ÄrztInnen Rotation

Markus	Klinger	2004-10	2005-03
Michael	Krebs	2004-10	2005-02
Melitta	Penz	2004-10	2005-02
Raphael	Rosenhek	2004-10	2005-02
Catharina	Wenzel	2004-10	2005-02
Alexander	Evgenidis	2004-12	2005-05
Kanita	Dervic	2005-02	2005-04
Christian	Aiginger	2005-03	2005-05
Johannes	Koch	2005-03	2005-08
Clemens	Scheinecker	2005-03	2005-09
Wolfgang	Sieghart	2005-03	2005-09
Arthur	Bohdjalian	2005-04	2005-09
Thomas	Lang	2005-04	2005-04
Philipp	Mad	2005-04	2005-09
Johannes	Sailer	2005-04	2005-06
Alexander	Stella	2005-04	2005-08
Fritz	Wimazal	2005-04	2005-09
Sulaima	Albinni	2005-10	2006-03
Dietrich	Haubenberger	2005-10	2006-03
Ulrike	Holzinger	2005-10	2006-02
Wolfgang	Miehsler	2005-10	2006-02
Johannes	Pleiner	2005-10	2006-04
Sandra	Tomek	2005-10	2006-01
Martin	Bischof	2005-12	2006-02
Alexander	Blacky	2006-01	2006-03
Schila	Sabeti-Aschraf	2006-03	2006-09
Helmut	Hager	2006-04	2006-05
Judith	Leitner	2006-04	2007-03
Elisabeth	Stögmann	2006-04	2006-09
Nina Michelle	Schlaff	2006-05	2006-09
Markus	Zeitlinger	2006-05	2006-10
Martin	Brunner	2006-09	2007-10
Heinrich	Husslein	2006-09	2007-02
Robert	Blauensteiner	2006-10	2007-02
Daniel	Cejka	2006-10	2007-02
Kirsten	Elwischger	2006-10	2007-03
Wolfgang	Gartner	2006-10	2007-02
Alexander	Niessner	2006-10	2007-02
Georg	Schaller	2006-10	2007-03
Bernd	Schmid	2006-10	2007-03
Marietta	Stadler	2006-11	2007-03
Volker	Witt	2006-12	2006-12
Andrea	Bartok	2007-03	2007-09
Rupert	Bartsch	2007-03	2007-09
Elisabeth	Bernroider	2007-03	2007-09
Elisabeth	Dittrich	2007-03	2007-09
Isabel	Märk	2007-04	2007-09
Sabine	Matterey	2007-04	2007-09
Daniel	Aletaha	2007-10	2008-02
Christian-Heinz	Anderwald	2007-10	2008-02
Joakim	Huber	2007-10	2008-02
Elisabeth-Christiane	Kretschmer-Chott	2007-10	2008-02
Sabine	Salhofer	2007-10	2008-03
Sylvia	Ulrich-Pur	2007-10	2008-02
Franz	Wiesbauer	2007-10	2008-02

Robert	Winker	2007-10	2008-02
Robert	Sauermann	2007-11	2008-09
Edith	Doberer	2008-03	2008-09
Lili	Kazemi-Shirazi	2008-03	2008-09
Julian	Mauermann	2008-03	2008-08
Christa	Mitterbauer	2008-03	2008-09
Peter	Schellongowski	2008-03	2008-09
Thomas	Foki	2008-04	2008-09
Katharina	Thom	2008-04	2008-08
Nina Gabriele Susanne	Kropf	2008-07	2008-09
Klaus	Bobacz	2008-10	2009-02
Theresa	Kapral	2008-10	2009-03
Bernhard	Kirsch	2008-10	2009-03
Heimo	Lagler	2008-10	2009-03
Anna	Paul	2008-10	2009-03
Jolanta	Siller-Matula	2008-10	2009-10
Peter	Faybik	2009-03	2009-05
Eva	Rath	2009-03	2009-04
Oliver	Schlager	2009-03	2009-10
Nika	Skoro-Sajer	2009-03	2009-10
Stefan	Aschauer	2009-04	2009-10
Thomas	Karonitsch	2009-04	2009-10
Agnes	Pirker	2009-04	2009-09
Johann Sebastian	Bartko	2009-10	2010-02
Assunta	Dal-Bianco	2009-10	2010-03
Ruth	Exner	2009-10	2009-12
Thorsten	Füreder	2009-10	2010-06
Maria-Theresa	Krauth	2009-10	2010-02
Karl	Schebesta	2009-10	2010-03
David	Danzinger	2009-11	2010-02
Andreas	Birner	2010-01	2010-06
Alexandra	Schosser-Haupt	2010-01	2010-03
Michael	Schwameis	2010-03	2010-09
Rainer	Vormittag	2010-03	2010-08
Paulus	Rommer	2010-04	2010-09
Alessandra	Handisurya	2010-05	2010-05
Alexandra	Böhm	2010-10	2011-03
Andreas	Drolz	2010-10	2011-03
Georgiana-Aura	Giurgea	2010-10	2011-03
Rebekka	Jung	2010-10	2011-03
Michael	Ramharter	2010-10	2011-03
Michael	Schwameis	2010-10	2011-03
Katarina	Zervan	2010-10	2011-02
Klemens	Reinberg	2010-11	2011-04
Daniel	Doberer	2010-12	2011-05
Karl	Aichberger	2011-03	2011-05
Eleonora	Dehlink	2011-03	2011-07
Monika	Gorczyca	2011-03	2011-11
Thomas	Gremmel	2011-03	2011-10
Andreas	Repa	2011-03	2011-07
Regina	Vargha	2011-03	2011-07
Susanne	Holak	2011-04	2011-07
Katharina	Kirner	2011-04	2011-10
Maria	Özer	2011-04	2011-09
Stefan	Aschauer	2011-06	2011-12

ÄrztInnen Rotation

Cihan	Ay	2011-10	2012-03
Christiana	Forstner	2011-10	2012-03
Wolfgang	Gartner	2011-10	2013-09
Markus	Riegersperger	2011-10	2012-03
Rene	Schmutz	2011-10	2012-03
Stefan	Seidel	2011-10	2012-03
Ursula	Vogl	2011-10	2012-03
Christian	Weiss	2011-10	2013-01
Michael	Schwameis	2011-11	2012-02
Sandra	Eder	2012-01	2012-12
Kurt	Rützler	2012-01	2012-06
Manfred	Schmidt	2012-01	2012-03
Daniel	Lechner	2012-03	2012-09
Katharina	Pirklbauer	2012-03	2012-08
Thomas	Prikoszovich	2012-03	2012-09
Ali	Al-Mukhtar	2012-04	2012-07
Heidemarie	Zach	2012-04	2012-09
David	Allerstorfer	2012-10	2013-03
Alexandra	Hammer	2012-10	2013-03
Alina	Hold	2012-10	2013-01
Gregor	Kasprian	2012-10	2012-12
Zeljko	Kikic	2012-10	2013-03
Helga	Radner	2012-10	2013-03
Harald	Rinösl	2012-10	2013-03
Carmen	Sigl	2012-10	2013-03
Greisa	Vila	2012-10	2013-03
Yvonne	Winhofer	2012-10	2013-03
Gudrun	Zulehner	2012-10	2013-03
Albert	Flunt	2013-02	2013-07
Dominik	Wiedemann	2013-02	2013-07
Alexander	Eser	2013-03	2013-09
Alexandra	Governara-Lachner	2013-03	2013-06
Sonja	Herman	2013-03	2013-09
Christoph	Minichsdorfer	2013-03	2013-09
Maximilian	Rom	2013-03	2013-08
Elena	Akimova	2013-04	2013-09
Christoph	Linder	2013-04	2013-09
Thomas	Moritz	2013-04	2013-09
Philipp	Steininger	2013-04	2013-07
Christopher	Schwarz	2013-07	2013-10
Gregor	Kasprian	2013-08	2013-10
Katharina	Hohenstein-Scheibenecker	2013-09	2014-03
Alexnader Lorenzo	Hartmann	2013-10	2014-03
Christoph	Miksch	2013-11	2014-04
Christina	Tugendsam	2013-12	2014-02
Stefan	Hacker	2014-01	2014-03
Gunter	Riedmüller	2014-01	2014-02
Gregor	Bond	2014-03	2014-09
Verena	Gartner	2014-03	2014-09
Manuela	Krikava	2014-03	2014-04
Christian	Primas	2014-03	2014-09
Marie	Seidl	2014-03	2014-09
Michaela	Imre	2014-04	2014-09
Oliver	Slezak	2014-04	2014-09
Johannes	Bürger	2014-05	2014-10

Alexandra	Governara-Lachner	2014-06	2014-11
Thomas	Knogler	2014-07	2015-01
Eva	Placheta	2014-07	2014-09
Bernhard	Bielesz	2014-09	2015-03
Ammon	Handisurya	2014-09	2015-03
Peter	Matzneller	2014-09	2015-10
Viktoria	Winna	2014-09	2015-03
Maria	Aurohom	2014-10	2015-03
Julia	Dudczak	2014-10	2015-03
Eva	Masel	2014-10	2015-02
Martin	Vierhapper	2014-10	2014-12
Dorit	Weber	2014-10	2015-02
Anne	Roscher	2014-11	2015-03
Jasmin	Kechvar-Parast	2015-02	2015-03
Agnes	Pirker-Kees	2015-04	2015-09
Birgit	Windhaber	2015-04	2015-09
Christoph	Zieger	2015-04	2015-09
Nina	Linduska	2015-05	2015-09
Ursula	Nemec	2015-07	2015-09
Stefanie	Nickl	2015-07	2015-09
Navid	Ahmadi	2016-01	2016-02
Olive	Biziyaremye	2016-02	2016-02
Judith	Rittenschober-Böhm	2015-10	2016-02
Wolfgang	Winnicki	2015-10	2016-02
Antonia	Puchner	2015-10	2016-03
Iclal	Esina	2015-10	2016-03
Magdalena	Moser	2015-10	2016-03
Michaela	Zalka	2015-10	2016-04
Daniel	Toth	2016-01	2016-07
Julian	Veser	2016-01	2016-07
Lisa	Ritthaler	2015-10	2016-04
Duygu	Gündüz	2015-12	2016-05
Claudia	Herbst	2015-12	2016-05
Michael	Schwameis	2016-03	2016-08
Clemens	Höbaus	2016-03	2016-10
Edith	Porpaczy	2016-03	2016-10
Daniel	Spielmann	2016-04	2016-09
Stephane	Mahr	2016-05	2016-10
Julia	Breitenseher	2016-07	2017-01
Cornelia	Eder	2016-09	2017-02
Sophie	Roider-Schur	2016-10	2017-03
Silvia	Lee	2016-10	2017-03
Peter	Mandl	2016-10	2017-03
Sebastian	Jilch	2016-10	2017-03
Sigrid	Baumgartner	2016-10	2016-12
Alexandra	Harbauer	2016-10	2017-01
Michaela	Schreiner	2016-10	2017-03
Margarete Maria	Steiner	2016-12	2017-03
Kamen	Dimitrov	2017-01	2017-02
Florian	Gittler	2017-02	2017-07
Robert	Pillerstorff	2017-02	2017-04
Martin	Eder	2017-03	2017-08
Stefan Marcellus	Grasl	2017-04	2017-06
Harald	Leiss	2017-04	2017-10
Latife	Bozkurt	2017-04	2017-10
Johannes	Thaler	2017-04	2017-10

Pflegepersonen

Artlieb Martin
Baron Jutta
Bartl Gregor
Bauer Barbara
Berger Gerda
Bergmann Sonja
Bergner
Binder Maria
Boldt Maria
Börner Kurt
Brandstätter Ulrike
Braunsteiner Patrizia
Brener Christian
Bubke Stephanie
Burkart Erika
Burtscher Sara
Cabe Vera
Cermak Karin
Chwalko Anna
Coulon Andrea
Csanyi Simon
Dangl Markus
Daniel Leopold
Darthé Marie Therese
Dasek Simone
De Oliveira Roberto
Decker Johannes
Dobsicek Sonja
Doncsecz Sylvia
Drljaca Marica
Dürr Claudia
Dworak Petra
Eder Elisabeth
Edinger Beate
Eglau Christa
Ehrentraud Christiane
Eigner Helga
Eisschiel Karin
Eitzenberger Jenny
El Tattan Diana
Essl Stefanie
Exner Lisa
Fasel Manuela
Faulhammer Barbara
Faustmann Josef
Feichtinger Michael
Fellinger Gabriele
Fischer Tanja
Forst Norbert
Fürst Kathrin
Gach
Geboltsberger Stefan
Gishamer Thomas
Globits Margit
Gnauer Lukas
Goldmann Charlotte
Golob Heidi
Graf Helga
Gruber Petra
Gschliesser
Gschwantner Eva
Gschwendner Georg
Gugrel Andrea
Guschel Tanja
Haarhofer Astrid
Habermann Stefan
Hafner Nadine
Hager Marianne
Harmer Cornelia
Hartberger Sabine
Hartenberger Karin
Hartmann Barbara
Haselsteiner Carlos
Hasenauer Josef
Hatzak Klemens
Hatzinger Karin
Heckenast-Welz Anna
Heinrich Gerhard
Heitzinger Roswitha
Heitzinger Wolfgang
Heitzinger Philip
Heynar Helga
Hilpold Andreas
Hindinger Doris
Hinterberger Gabriele
Hirschl Manuela
Hofer Birgit
Hofstätter Martina
Holzschuh Renate
Horschizka Stephanie
Horvath Michaela
Hufnagl Christine
Janik Gabi
Jedjud Tom
Käferböck Ingeborg
Kämpf Klaudia
Keltscha Karin
Kittler Jakob
Klaghofer Georg
Klein Gerlinde
Klösch Petra
Kolar Christopher
Koller Stefanie
Koppensteiner Martin
Körbler Uschi
Kottbauer Christine
Krainer Katrin
Kral Monika
Krammer Daniela
Kratky Isabella
Kraushofer Corinna
Krenn Marianne
Kriegeleder Roland
Kuttner Thomas
Langer Mirjam
Lasarus Kerstin
Lebenbauer Gisela
Lehner Bianca
Leitner Karin
Liebl Andrea
Likar Christiane
Lipp Gerhard
Luczanich Romana
Lueger Brigitte
Luger Eveline
Malik Birgit

Mann Fritz
Matzinger Simon
Matzka Isabelle
Mayer Markus
Mayer Patrik
Mayerhofer Erhard
Mayr Ilse
Mehlstaub Thomas
Melch Sebastian
Meyer Angelika
Miesenböck Doris
Milster Carina
Müller Victoria
Nahodil Sabine
Nau Siglinde
Necid Georg
Nemeth Margit
Neubauer Christiane
Neuberger Veronika
Nöckler Roland
Pauser Susanne
Permann Alexandra
Pernek Iris
Peterle Wolfgang
Petrovitsch Christoph
Petz Eva Maria
Pezzei Eva
Pimperl Michaela
Prieberrig Beate
Raab Roman
Radakovics Sofia
Rameder Verena
Rappersberger Theresa
Rasch Simone
Raser Erika
Rath Anja
Retzl Rene
Retzl Nina
Rhabek Sabine
Rohrbach Karin
Rosmahel
Rößler Matthäus
Rupitsch Monika
Ruziczka Gerhard
Salzmann Kerstin
Sandoval Suada
Schachinger Daniel
Schadauer Thomas
Schaffer Bernadette
Schaffer Karin
Scheidl Anita
Schindl Erlfiede
Schleczak Ibolya
Schmidt Andrea
Schmidt Angelika
Schmidt Margot
Schneeweiß Viktoria
Schoitsch Beate
Schragner Beate
Schrantz Sabine
Schreiber Anja
Schuh Michael
Schuh Stefanie
Schwarz
Schwarz Ingrid
Schweitzer Christian
Schweizer Christian
Seidl Lisa
Senk Eva
Sennsenbrenner Diana
Sigl Markus
Sima Karin
Sitzwohl Nana
Sodek Kathrin
Stauber Charlotte
Steinbrecher Barbara
Steiner Karl
Steinkellner Veronika
Stephan Manuela
Sterer Petra
Stöckler Christa
Streli Alexander
Stumvoll
Süß Nadine
Svoboda
Svoboda Brigitte
Svoda Noevsky
Szedlaczek Renate
Szivatz Helga
Tiefenbacher Gabi
Timischl Andrea
Tobler Beate
Tomaschek Sonja
Tomazic Elke
Trinkl Brigitte
Tscherny Katharina
Tüchler Anita
Ullram Claudia
Valda Günter
Van Pelt Sabine
Varga Martin
Wachabauer Bettina
Wagner Thomas
Walda Natascha
Walker Renate
Warmbacher
Wasserbauer-Fertl Ulli
Weber Magdalena
Weinfurter Jörg
Wenzelmaier Anna
Wiesinger Christian
Wiesner-Jeney Maria
Wilfert Bianca
Winkelbauer Gabi
Wondra
Wontka Christian
Yahsi Emel
Ylmaz Hylia
Zibek Ilse
Zibuschka Elisabeth
Zöhler Michaela

» Gruppenfotos

UKNFM-MitarbeiterInnen 2016



UKNFM-
MitarbeiterInnen 
1991



» Ärztliche Karrieren

Ordinariat

Zentrumsdirektor Univ.-Prof. Dr. W. Behringer

Facharzt für Innere Medizin und Intensivmedizin
Zentrum für Notfallmedizin, Universitätsklinikum Jena, D-07747 Jena

Primariate

Abteilungsvorstand Univ.-Prof. Dr. Philip Eisenburger

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin Abteilung für Notfallmedizin,
Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf Krankenhaus und Geriatriezentrum, 1210 Wien

Abteilungsvorstand Priv.-Doz. Dr. Moritz Haugk

Facharzt für Innere Medizin und Intensivmedizin Abteilung für Notfallmedizin,
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, 1130 Wien

Primarius Univ.-Doz. Dr. M.M. Hirschl

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin
Abteilung für Innere Medizin, Landesklinikum Waldviertel Zwettl, 3910 Zwettl

Abteilungsvorstand Priv.-Doz. Dr. A. Janata

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin, Erstversorgung/Notfallambulanz/Aufnahmestation,
Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik, 1030 Wien

Primarius Univ.-Doz. Dr. Georg Röggl

Facharzt für Innere Medizin und Intensivmedizin
Abteilung für Innere Medizin, Landesklinikum Neunkirchen, 2620 Neunkirchen

Leitungsfunktionen

Oberarzt Dr. G. Gamper

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin
Abteilung für Innere Medizin 3, Universitätsklinikum St.Pölten-Lilienfeld, 3100 St.Pölten

Oberarzt Priv.-Doz. Dr. A. Kliegel

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin
Abteilung für Innere Medizin 3, Universitätsklinikum St.Pölten-Lilienfeld, 3100 St.Pölten

Ordinationsgründungen

Ordination Dr. W. Hödl

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin, 1080 Wien

Ordination Priv.-Doz. Dr. A. Kliegel

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin, 3040 Neulengbach

Ordination Univ.-Doz. Dr. M. Müllner

Facharzt für Innere Medizin und Intensivmedizin, 1200 Wien

Ordination Dr. D. Seidler

Facharzt für Innere Medizin, 1020 Wien

Ordination Dr. A. Wagner

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin, 1020 Wien

Habilitationen

1. Univ. Prof. Dr. F. Sterz
„Mild hypothermic cardiopulmonary resuscitation improves outcome after prolonged cardiac arrest in dogs“
05.11.1992, Habilitationsfach: Innere Medizin
2. Prim. Univ. Doz. Dr. G. Röggl
„Höhenadaptationsstörungen in mittlerer Höhenlage in Österreichs Alpen: Inzidenz und beeinflussende Faktoren“
14.03.1996, Habilitationsfach: Innere Medizin
3. Univ. Prof. Dr. M. M. Hirschl
„Die hypertensive Krise – Diagnostik und Therapie“
13.06.1996, Habilitationsfach: Innere Medizin
4. Univ. Prof. Dr. M. Müllner
„Determinanten der Prognose bei Herz-Kreislaufstillstand“
1.10.1999, Habilitationsfach: Innere Medizin
5. Univ. Prof. Dr. H. Domanovits
„Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen“
29.01.2001, Habilitationsfach: Innere Medizin
6. Univ. Prof. Dr. Wilhelm Behringer
„Suspended Animation beim traumatischen Herzstillstand“
21.05.2002, Habilitationsfach: Notfallmedizin
7. Univ. Prof. Dr. Harald Herkner
„Akutdiagnostische Aspekte kardiovaskulärer Erkrankungen in der Notfallmedizin“
19.06.2002, Habilitationsfach: Notfallmedizin
8. Univ. Prof. Dr. Andreas Bur
„Diagnostik und Therapie des Blutdruckes in der Notfallmedizin“
18.02.2003, Habilitationsfach: Notfallmedizin
9. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Schreiber
„Notfallmedizinische Aspekte in der Frühphase des akuten Myokardinfarktes“
17.03.2003, Habilitationsfach: Innere Medizin
10. Univ. Prof. Dr. Istepan Kürkcayan
„Ursachen des Herz-Kreislaufstillstandes und therapeutische Optionen“
17.06.2003, Habilitationsfach: Innere Medizin
11. Univ. Prof. Dr. Ulla Derhaschnig
„Interaction between coagulation and inflammation in acute human endotoxemia“
29.6.2004, Habilitationsfach: Notfallmedizin
12. Univ. Prof. Dr. Michael Holzer
Therapeutische milde Hypothermie nach dem Kreislaufstillstand: Klinische Effektivität und Schnelle Kühlmethode
07.06.2006, Habilitationsfach: Notfallmedizin
13. Priv. Doz. Dr. Heidrun Losert
„Measurement of quality of cardiopulmonary resuscitation“ (Kolloquium "Qualitätsmessung in der Reanimation")
28.10.2008, Habilitationsfach: Notfallmedizin
14. Priv. Doz. Dr. Roman Fleischhackl
„Einführung der Ersthelferdefibrillation in Österreich“
18.3.2009, Habilitationsfach: Notfallmedizin
15. Priv. Doz. Dr. Gottfried Sodeck
„Akute Thorakale Aortendissektion: Ursachen, Diagnose und Prognose“
23.6.2009, Habilitationsfach: Notfallmedizin
16. Priv. Doz. Dr. Jasmin Arrich
„Einfluss des Geschlechts und der sozialen Situation auf Art und Ergebnis der Behandlung von Notfallpatienten nach Herzstillstand und Schlaganfall“
20.1.2010, Habilitationsfach: Notfallmedizin
17. Priv. Doz. Dr. C. Havel
„Die Qualität der Herzdruckmassage unter speziellen präklinischen Bedingungen“
12.4.2011, Habilitationsfach: Notfallmedizin
18. Priv. Doz. Dr. Andreas Janata
„Hypothermie zur cerebralen Präservierung während Kreislaufstillstand im Großtiermodell“
22.11.2012, Habilitationsfach: Notfallmedizin
19. Priv. Doz. Dr. Moritz Haugk
„Der wohltemperierte Patient – Temperaturmanagement unter milder therapeutischer Hypothermie nach erfolgreicher Reanimation“
22.11.2012, Habilitationsfach: Notfallmedizin

20. Priv. Doz. Dr. Alexander Spiel
„Thrombozyten-Aggregation während Inflammation und Ischämie – Klinische Studien an Probanden und Notfallpatienten“
27.06.2013, Habilitationsfach: Innere Medizin
21. Priv. Doz. Dr. Christoph Testori
„Therapeutische Möglichkeiten der milden Hypothermie – Vom komatösen zum wachen Patienten“
30.04.2014, Habilitationsfach: Notfallmedizin
22. Priv. Doz. Dr. Thomas Uray
„Die nicht-invasive Kühlung nach Herz-Kreislauf-Stillstand“
08.03.2016, Habilitationsfach: Notfallmedizin
23. Priv. Doz. Dr. Dominik Roth, PhD
Carbon monoxide poisoning – new insights on incidence, diagnosis and treatment
14.12.2016, Habilitationsfach: Notfallmedizin
24. Priv. Doz. Dr. Raphael Van Tulder
Dispatch Life Support: Status quo und Ausblick in der Telefonreanimation
01.02.2017, Habilitationsfach: Innere Medizin
25. Priv. Doz. Dr. Andreas Schober
Die Behandlung von Patienten mit Herz-Kreislaufstillstand in spezialisierten Reanimations-Zentren
06.11.2017, Habilitationsfach: Notfallmedizin

Dissertationen Medizinstudium N079

1. Dr. M. Brunner
Notfallversorgung von Patienten mit akutem Myokardinfarkt
Dissertation 04/1994
2. Dr. A.U. Thiede
„Die hypertensive Krise in der Notfallaufnahme: Epidemiologische, notfallmedizinische und sozialmedizinische Aspekte.“
Doktorarbeit an der Klinik für Notfallmedizin,
Dissertation in Mainz 02/1998
3. Dr. A. Kliegel
The attitudes of cardiac arrest survivors and their family members towards CPR-courses.
Dissertation 11/2000
4. Dr. J. Arrich
„Schlaganfall: Sozioökonomischer Status, Mortalität und Behandlungsstrategien – eine retrospektive Kohortenstudie.“
Dissertation 20.10.2003

Dissertationen Doktoratsstudium der angewandten medizinischen Wissenschaft N790

- Dr. Dominik Roth
Einfluss verschiedener Messzeitpunkte von Mortalitätseffekten auf die gepoolten Effektgrößenschätzer in Metaanalysen intensivmedizinischer Studien
Betreuer: Ao. Univ. Prof. Dr. Harald Herkner, MSc
- Dr. Bitu Mesgarpour
Suchstrategien und systematische Übersicht/Metaanalyse auf „Off-Label“ Medikamentenanwendung
Betreuer: Ao. Univ. Prof. Dr. Harald Herkner, MSc

Diplomarbeiten

Domanovits Hans	Tachykarde Arrhythmien an der Universitätsklinik für Notfallmedizin	Withalm Markus	2013
Domanovits Hans	Eine retrospektive Datenanalyse über das Management von Patienten mit akutem Aortensyndrom an der Universitätsklinik für Notfallmedizin	Bauer Thomas	2014
Domanovits Hans	Notfallmanagement von Patienten mit Vorhofflimmern. Auswertung von 234 Patienten aus dem Jahr 2001	Schreiber Franz	2003
Domanovits Hans Sodeck Gottfried	Elektive externe elektrische Kardioversion bei Vorhofflimmern und Vorhofflattern. Effektivität der anterior-apikalen und der anterior-posterioren Elektrodenposition im Vergleich: Eine retrospektive Kohortenstudie	Moritz Thomas	2007
Domanovits Hans	Implementierung einer EKG Telemetrie im Rettungswesen in Wien	Knogler Thomas	2010
Domanovits Hans	Vorhofflimmern und Schilddrüse – eine retrospektive Analyse	Meyer Nicolai	2014
Domanovits Hans	Die akute thorakale Aortendissektion und das 12 Ableitung-EKG	Schelbaum Martina	2009
Domanovits Hans	Evaluierung erster Ergebnisse aus der Wiener Rettung/AKH Datentelemetrie	Schnöll Bernhard	2010
Domanovits Hans Gatterer Edmund	Synchrones Pacing als neue Methode zur effektiven Hochfrequenzablation des cavotrikuspiden Isthmus bei typischem Vorhofflattern	Simon Alexander	2013
Domanovits Hans Niederdöckl Jan	Genderaspekte bei Vorhofflimmern: Unterschiede in Epidemiologie, Diagnose und Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern an der Universitätsklinik für Notfallmedizin Wien	Skyllouriotis Ekaterini Kyriaki	2016
Domanovits Hans	Management mit Adenosin bei tachykarden Rhythmusstörungen in der Universitätsklinik für Notfallmedizin, AKH Wien	Somlyay Lukas	2012
Domanovits Hans Mundigler Gerald	Anwendung und Bedeutung der Stress – Echokardiographie in Österreich	Weidenauer David	2013
Eisenburger Philip Roth Dominik	Analyse und Optimierung von Patientenströmen an der Universitätsklinik für Notfallmedizin	Zeillinger Jakob	2015
Holzer Michael	Präklinische Herzlungenwiederbelebung in NÖ. Eine Analyse an Hand der Utstein-Kriterien	Krammel Mario	2010
Holzer Michael	Zerebrale Oxygenierung nach Herzkreislaufstillstand in Schweinen – Eine retrospektive Datenanalyse	Wagner Michael	2015
Holzer Michael	Der prädiktive Wert des CCT nach ROSC – Eine retrospektive Datenanalyse	Elena Möschter	2017
Holzer Michael	Crisis Resource Management an der MedUni Wien – Ein internistisches Szenarietraining mit Studierenden der MedUni Wien	Szasz Johannes	2017

Holzer Michael	Cerebrale Gewebeoxygenierung nach Herzkreislaufstillstand in Schweinen mit und ohne milder therapeutischer Hypothermie – Eine retrospektive Datenanalyse	Grassmann Daniel	2015
Holzer Michael	Überprüfung und Aufrechterhaltung des theoretischen notfallmedizinischen Wissens von Zahnmedizinstudenten	Haiden Stefanie	2010
Holzer Michael	Einsatz der therapeutischen Hypothermie in Österreich	Jetzinger Sabrina	2013
Holzer Michael Schober Andreas	Emergency cardiopulmonary bypass after cardiac arrest with on-going cardiopulmonary reanimation	Landerl Alexander	2013
Holzer Michael	Praktisches und theoretisches notfallmedizinisches Wissen von ZahnmedizinstudentInnen-Identifikation von vorhandenem und fehlendem notfallmedizinischem Wissen und Fertigkeiten	Marcher Karin	2010
Holzer Michael	Notfälle und Notfallausrüstungen in der zahnärztlichen Praxis	Sohrabi Moayed Marzieh	2007
Janata-Schwatzek Karin	Akute Pulmonalembolie und ABO-System bei Patienten an einer Notaufnahme	Charwat-Pessler Chris- toph	2009
Janata-Schwatzek Karin	Problematik der Lungenembolie in einer niedergelassenen Ordination für Allgemeinmedizin	Steiden Angelika	2008
Janata-Schwatzek Karin	Akute Pulmonalembolie – Korrelation zwischen Höhe des D-Dimer und dem Schweregrad der Erkrankung	Nahler Alexander	2009
Janata-Schwatzek Karin	Risikofaktoren, Symptome, Befunde und Outcome bei akuter Pulmonalembolie: eine retrospektive Evaluierung geschlechtsspezifischer Unterschiede von Patientinnen eine Pulmonalembolierregisters	Pinky-Rose Espina	2013
Janata-Schwatzek Karin	Geschlechtsspezifische Differenzen in Epidemiologie, Klinik und Outcome bei reanimierten Patientinnen mit Pulmonalembolie – Eine retrospektive Datenanalyse	Leitner Thomas	2015
Janata-Schwatzek Karin	Klinik und Outcome bei akuter Lungenembolie in Abhängigkeit vom Patientenalter	Mayr Thomas	2015
Janata-Schwatzek Karin	Pulmonary embolism in preclinical setting	Langer Arne	2009
Kürkciyan Erol Istepan	Herz-Kreislaufstillstand bei älteren Patienten: Outcome nach präklinischer und intrahospitaler Reanimation. Eine explorative und retrospektive Analyse von 342 Patienten (1991–2011)	Frey Judith	2016
Kürkciyan Erol Istepan	Präklinischer Transport unter Reanimationsbedingungen in die Notfallambulanz: Ursachen und Outcome. Eine retrospektive Analyse von 216 Patientinnen und Patienten (2007–2011)	Madreiter Paul	2014
Kürkciyan Erol Istepan	Ursachen des präklinischen Herzkreislaufstillstandes: Präsentation und Outcome. Eine retrospektive Analyse der erhobenen Daten von 2726 Patienten an der Universitätsklinik für Notfallmedizin	Schinnerl Viktoria	2014

Kürkciyan Erol Istepan	Akzidentelle Hypothermie als Ursache des Herz-Kreislaufstillstandes: Präsentation und Outcome. Eine retrospektive Datenanalyse aus den Jahren 1991–2010	Handler Christina	2014
Kürkciyan Erol Istepan	Ort des Herzkreislaufstillstandes: Einfluss auf das Outcome bei präklinisch reanimierten Patienten	König Daniel	2012
Kürkciyan Erol Istepan	Thrombolyse bei Patienten mit Myokardinfarkt und Herz-Kreislaufstillstand: Präsentation und Outcome	Windis Wolfgang	2011
Kürkciyan Erol Istepan	PTCA bei Patienten mit Myokardinfarkt und Herz-Kreislaufstillstand: Präsentation und Outcome	Vigl Martina Heidemarie	2011
Kürkciyan Erol Istepan	Cerebrale Genese des Herz-Kreislaufstillstandes: Ursachen, Daten und Outcome. Eine retrospektive Analyse an 123 Patienten in den Jahren 1991 bis 2008	Hubner Pia Caroline	2011
Kürkciyan Erol Istepan	Spontanes Pneumomediastinum im Vergleich zu iatrogenes Pneumomediastinum: Präsentation, Outcome und Review der Literatur	Tscholl David Werner	2010
Kürkciyan Erol Istepan	Pulmonale Genese des Herz-Kreislaufstillstandes: Ursachen, Daten und Outcome. Eine retrospektive Analyse an 350 Patienten in den Jahren 1991 bis 2008	Panzenböck Lukas	2011
Kürkciyan Erol Istepan	Kardiopulmonale Reanimation – Outcome nach Herzkreislaufstillstand	Biricz Karin	2009
Kürkciyan Erol Istepan	Diagnostik der Pulmonalembolie in der Reanimation	Ausserer Julia	2009
Kürkciyan Erol Istepan	Der akute Myokardinfarkt als Ursache des Herzkreislaufstillstandes: Die Bedeutung der Infarktlokalisierung	Dedl Hannes	2009
Kürkciyan Erol Istepan	Ertrinken als Ursache des Herzkreislaufstillstandes: Präsentation und Outcome. Eine explorative, deskriptive Analyse von 59 Patienten (1991–2010)	Janata Florian	2015
Kürkciyan Erol Istepan	Herzkreislaufstillstand an der radiologischen Abteilung: Häufigkeit, Ursachen und Outcome – eine retrospektive Analyse (1991-2011)	Kofler Karin	2014
Kürkciyan Erol Istepan	COPD und Asthma als Ursache des Herz-Kreislaufstillstandes: Präsentation und Outcome	Wallmüller Christian	2008
Laggner Anton	Crowding in the Emergency Department – Ursachen und Konsequenzen	Steinacher Anna Maria	2017
Laggner Anton Bruggger Hermann	Neurological forms of altitude illness in acutely exposed humans. Monitoring changes in optic nerve sheath diameter using ultrasonography	Pohl Michael	2013
Laggner Anton	An exploratory study in 85 patients at the University Department of Emergency medicine: Evaluation of the Omron i-Q132 fully automated upper arm blood pressure monitor	James Andrea	2011
Laggner Anton	Die Rolle des Notarzthubschraubers bei Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt	Hirschl David	2014

Laggner Anton Testori Christoph	Diagnose und Behandlungsspektrum bei stationären Patienten der Universitätsklinik für Notfallmedizin von 2001–2010. Eine retrospektive Datenanalyse	Kallinger Marion	2014
Laggner Anton	Die Rolle der Notfallaufnahme des AKH Wien bei der Fußball-Europameisterschaft 2008	Krapfenbauer Philipp	2009
Laggner Anton	Kann man Erste Hilfe Wissen durch Emotionalisierung steigern?	Keiblinger Anita	2011
Laggner Anton	Auswirkungen einer mehrtägigen Großveranstaltung auf ein Rettungssystem	Hörburger David	2008
Laggner Anton	Notfallmedizinisch relevante Erkrankungen im EU-Raum, die vom Tier auf den Menschen übertragen werden	Sagmeister Susanna	2005
Laggner Anton	Maschinelle Beatmung im Emergency Department – eine retrospektive Datenanalyse	Heidinger Benedikt	2011
Laggner Anton	Der Herzinfarkt – Einsatz in Oberösterreich, eine retrospektive Datenauswertung	Trautner Philip Sebastian	2015
Losert Heidrun Weiser Christoph	Signalwörter zur raschen Erkennung eines präklinischen Herz-Kreislaufstillstandes durch die Rettungsleitstelle	Gratz Johannes	2011
Losert Heidrun	Pneumonien bei Patienten in milder Hypothermie bei Herz-Kreislaufstillstand – Vergleich von kontinuierlicher versus bedarfsorientierter Muskelrelaxantiengabe	Azesberger Claudia	2017
Röggla Martin	Inzidenz und Prognose von Störungen des Chloridhaushaltes bei Patienten, die von der Notfallaufnahme eines Tertiärspitals aufgenommen werden – eine retrospektive Datenanalyse	Brooks Roxane	2015
Röggla Martin	Evaluation der schwierigen Insertion der Magensonde	Graf Nikolaus	2015
Röggla Martin	Korrelation von peripher venösem und arteriellem pH, BE, HCO ₃ ⁻ und pCO ₂ bei Patienten nach präklinischer Intubation. Eine retrospektive Analyse	Schütz Nikola	2015
Röggla Martin	Einfluss der Aufstiegsstrategie auf die Prävalenz der akuten Höhenkrankheit	Allerstorfer Jakob	2013
Röggla Martin	Die Unterschiede bei der Beatmung eines Patientensimulators während der Reanimation im Hinblick auf erste effektive Thoraxhebung und No-flow Time mittels Larynx-tubus, I-Gel-Larynxmaske und Beutel-Masken-Beatmung mit Guedel Tubus	Mozga Brigitte Maria	2011
Röggla Martin	EKG nach ROSC – eine retrospektive Datenanalyse mit 100 Patienten an der Universitätsklinik für Notfallmedizin	Neulinger Benedikt	2011
Röggla Martin	Der prognostische Wert von Malnutritionsparametern für die Evaluierung der Spitalssterblichkeit – eine retrospektive Datenanalyse	Woitok Bertram	2015

Röggla Martin	Die Inzidenz von metabolischen Störungen und Elektrolytveränderungen während der Therapie der diabetischen Ketoazidose – eine retrospektive Datenanalyse	Steinhofer Eva	2015
Röggla Martin	Inzidenz und prognostische Bedeutung von Elektrolytstörungen nach Cardiac Arrest. Retrospektive Datenanalyse mit 100 Patienten an der Univ. Klinik für Notfallmedizin	Pichler Katharina	2010
Röggla Martin	Evaluation der schwierigen Insertion der Magensonde	Graf Nikolaus	2015
Roth Dominik Havel Christof	Veränderungen der demographischen Charakteristika von Patientinnen mit akutem Myokardinfarkt an der Universitätsklinik für Notfallmedizin der MedUni Wien in der Zeitperiode von 1991 bis 2010 – eine retrospektive Kohortenstudie	Suchni Valerie	2012
Roth Dominik Haugk Moritz	Intubation in der Notaufnahme	Meyer Lukas	2014
Roth Dominik	Risk stratification in Acute Coronary Syndrome: Evaluation of the GRACE and CRUSADE Scores in the Setting of a Tertiary Care Centre (Bachelor-Arbeit)	Katharina Tscherny	2017
Schober Andreas	Höhe, Variation und Verlauf von PaCO ₂ nach Herz-Kreislaufstillstand und unter therapeutischer Hypothermie. Eine retrospektive, exploratorische Studie.	Meindlhumer Matthias	2016
Schreiber Wolfgang	Sanitätsversorgung der UEFA EURO 2008. Erhebung und Analyse der Daten, die im Rahmen der Sanitätsversorgung der EURO 2008 im Ernst-Happel Stadion generiert wurden	Windisch Cornelia	2009
Schreiber Wolfgang	Sanitätsdienstliche Betreuung eines Rockfestivals	Shih Yung-Yu	2009
Schreiber Wolfgang	Präklinische Reanimation in Wien	Scheibelhofer Claudia	2010
Schreiber Wolfgang	Hypertonie im Notärztlichen Rettungsdienst	Stadlbauer Klaus	2009
Schreiber Wolfgang Van Tulder Raphael	Die Kohorte der von der Wiener Rettung intubierten Patienten im Zeitraum 2009 bis 2013, eine retrospektive Beobachtungsstudie	Schriegl Christoph	2016
Schreiber Wolfgang	Der Einsatz von Kohlenmonoxid-Warngeräten bei der Wiener Rettung	Bayer Andrea	2012
Schreiber Wolfgang	Relevant Verletzte in der Christophorus Flugrettung 2009 in Österreich	Benold Nina	2013
Schreiber Wolfgang	Retrospektive Analyse von 700 „First Responder“ – Einsätzen von 2005–2013 im Bezirk Oberpullendorf beim Roten Kreuz Burgenland	Berdenich Christoph	2014
Schreiber Wolfgang	Ältere Patienten mit akutem Myokardinfarkt am AKH Wien	Berger Heidrun	2015

Schreiber Wolfgang	Einsätze des Christophorus Flugrettungsvereines in Niederösterreich. Eine retrospektive, beschreibende Kohortenanalyse des Jahres 2012.	Denk Thomas	2012
Schreiber Wolfgang	Das akute Koronare Syndrom am Notarztwagen Amstetten – eine retrospektive Kohortenanalyse	Ebner Julia	2012
Schreiber Wolfgang	Beurteilung der Effizienz eines Sprachassistenten für Ersthelfer in der Behandlung eines Atem-Kreislaufstillstandes	Gruber Christina	2010
Schreiber Wolfgang Roth Dominik	Prähospitale und intrahospitale Verzögerungen bei STEMI-Patienten der Wiener Universitätskliniken	Kainz Matthias	2014
Schreiber Wolfgang Roth Dominik	Beschreibung des Kollektivs der intubierten PatientInnen des Christophorus Flugrettungsvereines Österreich im Jahr 2012 – eine retrospektive Kohortenstudie	Kienbacher Calvin	2015
Schreiber Wolfgang	Korrelation von elektrokardiographischen mit angiographischen Befunden bei akutem inferioren Myokardinfarkt	Köck Maximilian	2012
Schreiber Wolfgang Van Tulder Raphael	Intoxikationen in der Hubschrauberrettung – eine retrospektive Kohortenstudie	Kramer Jennifer	2015
Schreiber Wolfgang	ST-Streckenhebungsinfarkt (STEMI) Selbstkommer versus Rettungskommer, eine retrospektive Kohortenstudie	Kramesberger Rene	2013
Schreiber Wolfgang	Notfallmedizinische Einsätze und präklinische Versorgung der Christophorus-Flugrettung Tirol und Vorarlberg – Eine retrospektive Kohortenanalyse des Jahres 2014	Küng Rafaela Maria	2015
Schreiber Wolfgang Roth Dominik	Der Einsatz des Larynx-tubus durch Sanitäter während der Herz-Lungen-Wiederbelebung	Leher Lukas	2017
Schreiber Wolfgang Krammel Mario	Reanimation und Defibrillation: Kenntnisse und Einsatzbereitschaft in der Wiener Bevölkerung – eine Umfrage	Meduna Julia	2016
Schreiber Wolfgang	Welche Krankheitsbilder stehen hinter den AMPDS-Ausfahrtsdiagnosen 6D2, 10D2, 19D2 – eine retrospektive Kohortenbeobachtung an 588 Datensätzen der Wiener Rettung	Moser Therese	2013
Schreiber Wolfgang	Human Factors im Crew Resource Training: Analyse ausgewählter Faktoren in Advance Life Support Trainings	Neidhart-Schreil Mynona	2014
Schreiber Wolfgang	Schulung von Rettungs- und Notfallsanitätern auf die Verwendung des Larynx-tubus bei Atem-Kreislauf-Stillstand	Nikodym Christoph	2016
Schreiber Wolfgang	Das Kollektiv der älteren Patienten mit akutem Myokardinfarkt am AKH Wien	Rossmann Nikolas Severin	2012
Schreiber Wolfgang	Bias and precision of noninvasive CO-Oximetry in daily clinical use	Roth Dominik	2011
Schreiber Wolfgang	Die „in hospital first medical contact to ECG-Zeit“ an der Notaufnahme des AKH Wien – eine retrospektive Studie des Ist-Zustandes	Mayerhofer Sandra	2013

Schreiber Wolfgang	Präklinische Reanimation in Wien	Scheiblhofer Claudia	2010
Schreiber Wolfgang Roth Dominik	Das Kollektiv der Kohlenmonoxid-intoxikierten Patienten an der Universitätsklinik für Notfallmedizin 2008–2014 – eine deskriptive Darstellung	Scheinost Lukas	2017
Schreiber Wolfgang	Das Kollektiv der sekundär aufgenommenen Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt am AKH Wien. Eine retrospektive Datenanalyse an 316 Patienten der Universitätsklinik für Notfallmedizin aus den Jahren 2007 und 2008.	Schmid Bernhard	2013
Schreiber Wolfgang	Das Kollektiv der bewusstlosen Patienten des Christophorus Flugrettungsvereines im Jahr 2014 – eine retrospektive, deskriptive Kohortenanalyse	Umgeher Martin	2016
Schreiber Wolfgang	Akuter Myokardinfarkt STEMI versus NSTEMI eine retrospektive Kohortenanalyse	Unterberger Florian	2015
Schreiber Wolfgang	Das Schädel-Hirn-Trauma in Wien – eine retrospektive Kohortenanalyse	Weilharter Markus	2015
Schreiber Wolfgang	Präklinische Reanimation in Wien	Scheiblhofer Claudia	2010
Spiel Alexander	Evaluating platelet function in relation to etiology and outcome in patients undergoing cardio-pulmonary resuscitation (CPR)	Jilma Bernd	2013
Spiel Alexander	Patientinnen mit der Erstdiagnose Vorhofflimmern an der Univ. Klinik für Notfallmedizin – Klin. Präsentation, Auslösefaktoren und Management; eine retrospektive Datenanalyse	Eichler Bernhard	2016
Sterz Fritz	Learning by teaching of life-supporting first aid from students to students	von Amelunxen Berndt	2017
Sterz Fritz	Ventilation Strategies in Out-of-hospital Cardiac Arrest	Datler Philip	2015
Sterz Fritz	Immediate trans-nasal evaporative cooling during resuscitation from cardiac arrest – The cool before airway (CBA) study	Grave Marie-Sophie	2014
Sterz Fritz	Berufungsgrund vs. Einsatzergebnis bei Reanimation der Wiener Rettung	Kugler Karoline	2016
Sterz Fritz	Good quality of cardiopulmonary resuscitation. The Importance of Good Quality of Cardiopulmonary Resuscitation after Out-of-hospital Cardiac Arrest. A Retrospective Study in Vienna.	Magnet Ingrid Anna	2012
Sterz Fritz	Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Vienna: Incidence and Outcome	Nürnberg Alexander	2014
Sterz Fritz	The incidence of „load & go“ out-of-hospital-cardiac arrest-candidates for emergency department utilization of emergency extracorporeal life support	Poppe Michael	2015

Sterz Fritz	Lymphocyte Fingerprints in ST-elevation Acute Coronary Syndrome (STE-ACS)	Scherz Thomas	2013
Sterz Fritz	Long-Term Survival and Quality of Life in Survivors of Cardiac Arrest – An Analysis of the Past Two Decades	Schnaubelt Sebastian	2016
Sterz Fritz	Sense an purpose of a yearly mandatory life supporting first aid (LSFA) training in primary schools	Steiner Katrin Elisabeth	2011
Sterz Fritz	Zeit bis zum Erreichen der Zieltemperatur von < 34 °C und deren Einfluss auf das Outcome nach Herz-Kreislauf-Stillstand. Eine retrospektive Studie.	Sendler Hanno	2011
Sterz Fritz	Medical Students Learning by Teaching Life Supporting First Aid Skills to Pupils for More than 10 Years!	Stix Laura	2007
Sterz Fritz	Good quality of cardiopulmonary resuscitation (CPR): Manual versus automated Chest Compression	Zeiner Sebastian	2014
Sterz Fritz	Reanimation feedback: Acceptance, implementation and influence on the quality of the cardio-pulmonal resuscitation in the team of the ambulance service in Vienna	Zöhrer Sebastian	2016
Sterz Fritz	Outcome nach Reanimation durch die Wiener Rettung. Entwicklung des präklinischen Herz-Kreislaufstillstandes in Wien	Keferböck Markus	2015
Sterz Fritz	Der kardiale Zahnschmerz	Pischel Thomas	2001
Sterz Fritz Glück Judith	Grenzerfahrung Herzstillstand – eine Fragebogenuntersuchung zum Thema posttraumatische Reifung vs. Belastung durch das Lebensereignis Herzstillstand bei ehemals reanimierten Patienten und deren Partnern	Wallisch Gabriele	2007
Sterz Fritz	Predictors of Ventricular Fibrillation (VF) and Pulseless Ventricular Tachycardia (VT)	Fellerer Claudia Sabine	2009
Sterz Fritz Testori Christoph	Target Temperature Management in Acute Myocardial Infarction	Rabady Yasad	2014
Sterz Fritz	Telefonreanimation – Evaluation der durch die Leitstelle der Wiener Rettung telefonisch angeleiteten Reanimation	Müller Vivien-Verena	2014
Sterz Fritz	Einstellung und Akzeptanz zum Thema Laienreanimation unter Fitnesstrainern – Herzstillstand beim Sport	Matuschka Barbara	2014
Testori Christoph Weiser Christoph	Koronarer Gefäßverschluss als Ursache für einen Herz-Kreislauf-Stillstand bei Patienten ohne ST-Hebungs EKG	Dziekani Daniela	2017

Kongress-, Tagungs- und Veranstaltungsorganisation durch MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Notfallmedizin

1999-05-08	Fortbildungsveranstaltung „Pulmonalembolie“ Hörsaalzentrum AKH, 1090 Wien	A. Laggner
1999-05-13	Fortbildungsveranstaltung „Kardiogener Schock“ Hörsaalzentrum AKH, 1090 Wien	K. Huber, A. Laggner
1999-10-12	Hypertoniemanagement 2000. Interaktiver Workshop MCC Messe Wien, 1021 Wien	M. Hirschl, A. Laggner
1999-11-20	Fortbildungsveranstaltung „Modernes Schlaganfallmanagement“ Hörsaalzentrum AKH, 1090 Wien	A. Laggner
2000-11-24	1. Wiener Hypertoniegespräche Hörsaalzentrum AKH, 1090 Wien	M. Hirschl, C. Woisetschläger
2001-05-05	Thrombolyse-Therapie 2001 – Symposium. Palais Schwarzenberg, 1030 Wien	K. Huber, A. Laggner
2001-09-21	„Notfallmedizin für ein neues Jahrtausend“ Festveranstaltung im Rahmen des 55. Van Swieten Kongresses anlässlich 10 Jahre Notfallaufnahme am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner
2003-09-04	10. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin, Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner
2004-12-04	Center of Excellence of Medical Intensive Care (CEMIC) – Inaugurationsveranstaltung Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner
2005-06-15	37. Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin, Kongresszentrum Hofburg, 1010 Wien	A. Laggner
2005-11-19	„Tops und Flops“ in der Intensivmedizin 1. CEMIC und ÖGIAIM Fortbildungsveranstaltung. Grand Hotel Wien, 1010 Wien	C. Madl, A. Laggner, K. Lenz, A. Valentin
2006-04-16	Fritz Sterz 50 th Birthday. 1 st Sterz Symposium Jugendstilhörsaal, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien	W. Behringer, A. Laggner
2006-11-18	„Tops und Flops“ in der Intensivmedizin 2. CEMIC und ÖGIAIM Fortbildungsveranstaltung. Hotel Inter-Continental, 1030 Wien	C. Madl, A. Laggner, K. Lenz, A. Valentin

2007-05-10	Plötzlicher Herzstillstand – Erst Hilfe Mini Med Studium Gesellschaft der Ärzte, Billrothhaus, 1090 Wien	H. Domanovits, A. Laggner, W. Schreiber
2007-11-24	„Tops und Flops“ in der Intensivmedizin 3. CEMIC und ÖGIAIM Fortbildungsveranstaltung. Hotel Inter-Continental, 1030 Wien	C. Madl, A. Laggner, K. Lenz, A. Valentin
2008-05-16	VIVACE – Ein Fest für das Leben Landgasthaus Waldgrill am Cobenzl Am Cobenzl, 1190 Wien	F. Sterz
2008-11-15	„Tops und Flops“ in der Intensivmedizin 4. CEMIC und ÖGIAIM Fortbildungsveranstaltung. Hotel Inter-Continental, 1030 Wien	C. Madl, A. Laggner, K. Lenz, A. Valentin
2009-09-11	1. Jahrestagung der Österreichischen Vereinigung für Notfallmedizin (AAEM) Klinische Notfallmedizin: „Vom Symptom zur Diagnose“ Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner
2010-09-16	2. Jahrestagung der Österreichischen Vereinigung für Notfallmedizin (AAEM) Klinische Notfallmedizin: „Alle kommen in die Notfallambulanz“ Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner
2011-04-28	Staying Alive Revival – The Survivors Party Wiener Rathaus, 1082 Wien	F. Sterz
2011-09-09	3. Jahrestagung der Österreichischen Vereinigung für Notfallmedizin (AAEM) Klinische Notfallmedizin: „Aktuelle Entwicklungen im deutschsprachigen Raum“ Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner, W. Schreiber
2012-02-02	1. Notfallsymposium: Das Herz in der Notfallmedizin – Meilensteine in Diagnostik und Therapie kardialer Notfallsituationen, Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner
2012-12-06	4. Jahrestagung der Österreichischen Vereinigung für Notfallmedizin (AAEM) Klinische Notfallmedizin: „Gegenwart und Zukunft der Notfallabteilungen“ Tech Gate Vienna, Donau-City, 1220 Wien	W. Behringer, A. Laggner
2013-01-30	2. Notfallsymposium: Herzinfarktversorgung im Wiener AKH: Rolle der Notfallaufnahme, Gesellschaft der Ärzte, Billrothhaus, 1090 Wien	A. Laggner

2013-09-12	Foto-Ausstellung „Wiederbelebt“ PULS – Verein zur Bekämpfung des plötzlichen Herztodes. Rathaus, 1082 Wien	G. Valda
2013-11-11	15. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Notfall und Katastrophenmedizin in Kooperation mit der Austrian Association of Emergency Medicine: Gegenwart und Zukunft der Notfallmedizin. Reed Messe Wien, Prater, 1021 Wien	W. Schreiber
2014-06-26	3. Notfallsymposium: Innovative ärztliche und pflegerische Strategien in der Notfallaufnahme. Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner
2015-09-18	4. Notfallsymposium: Notfall-Update. Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner
2015-12-01	16. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin in Kooperation mit der Austrian Association of Emergency Medicine: Interdisziplinarität in der Notfallmedizin. Reed Messe Wien, Prater, 1021 Wien	W. Schreiber
2016-09-09	5. Notfallsymposium: 25 Jahre Notfallaufnahme im AKH Wien – Aktuelle Entwicklungen in der Notfallversorgung. Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner
2017-09-15	6. Notfallsymposium: „Chaos in der Notfallabteilung – Ursachen und Lösungsansätze“. Hörsaalzentrum der MedUni Wien, AKH Wien, 1090 Wien	A. Laggner

Lehrveranstaltungen

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
1994/95				
508.004	Sommer	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.005	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	UE
508.007	Sommer	Reanimationsübungen	2	UE
508.008	Sommer	Praktikum der Notfallmedizin	10	PR
508.011	Sommer	Der pneumonologische Notfall	1	VO
508.013	Winter	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem	1	UE
508.015	Winter	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	3	SE
508.019	Winter	Reanimationsübungen	3	UE
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	SE
508.021	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.022	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.024	Sommer	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem	1	UE
508.028	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation	1	VO
508.030	Sommer	Reanimationsübungen	1	UE
508.031	Sommer	Reanimationsübungen	1	UE
508.032	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	5	UE
508.043	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	10	PR
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation	1	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	1	PR
508.048	Sommer	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem § 13 StG. Med.)	3	SE
508.049	Winter	Notfall-EKG	1	PR
508.050	Winter	Internistische Notfälle mit Falldemonstrationen	1	VO
508.051	Winter	Notfälle beim Wintersport	1	VO
508.054	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	1	PR
508.055	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung	1	PR
520.286	Winter	Internistische Notfälle mit Falldemonstrationen	1	UE
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
533.028	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	10	PR
1995/96				
508.004	Sommer	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.005	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	UE
508.007	Sommer	Reanimationsübungen	1	UE
508.008	Sommer	Praktikum der Notfallmedizin	10	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.012	Sommer	Internistische Notfälle mit Falldemonstrationen	1	VO
508.013	Winter	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem	1	UE
508.015	Winter	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	3	SE
508.017	Winter	Notfälle beim Wintersport	2	VO
508.017	Sommer	Notfälle beim Wintersport	2	VO
508.018	Winter	Der pneumonologische Notfall	1	VO
508.018	Sommer	Der pneumonologische Notfall	1	VO
508.019	Winter	Reanimationsübungen	1	UE
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	SE
508.021	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.022	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.023	Sommer	Der pneumonologische Notfall	1	VO
508.024	Sommer	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem	1	UE
508.028	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation	1	VO
508.030	Sommer	Reanimationsübungen	1	UE
508.031	Sommer	Reanimationsübungen	2	UE
508.032	Winter	Erste Hilfe	1	VO

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	1	UE
508.043	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	10	PR
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation	1	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	1	PR
508.048	Sommer	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem § 13 StG. Med.)	3	SE
508.049	Winter	Notfall-EKG	1	PR
508.054	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	1	PR
508.055	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	PR
508.056	Winter	Neurologische Notfälle und Neurointensivmedizin	1	VO
508.057	Winter	Reanimationsübungen	1	UE
508.058	Winter	Reanimationsübungen	2	UE
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.060	Sommer	Neurologische Notfälle und Neurointensivmedizin	1	VO
508.061	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.062	Sommer	Space Medicine and Physiology	1	VO
508.063	Sommer	Emergency Medicine as a Speciality in the United States	2	VO
520.286	Winter	Internistische Notfälle mit Falldemonstrationen	1	UE
520.565	Winter	Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und deren elektrophysiologische Grundlagen	1	VO
520.666	Sommer	Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und deren elektrophysiologische Grundlagen	1	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
533.028	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	10	PR

1996/97

508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.005	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	UE
508.007	Sommer	Reanimationsübungen	1	UE
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin	10	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.013	Winter	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem	1	UE
508.015	Winter	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	3	SE
508.019	Winter	Reanimationsübungen	1	UE
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	SE
508.021	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.023	Sommer	Der pneumonologische Notfall	1	VO
508.024	Sommer	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem	1	UE
508.028	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation	1	VO
508.030	Sommer	Reanimationsübungen	1	UE
508.031	Sommer	Reanimationsübungen	2	UE
508.037	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	10	PR
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation	1	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	1	PR
508.048	Sommer	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem § 13 StG. Med.)	3	SE
508.049	Winter	Notfall-EKG	1	PR
508.051	Winter	Notfälle beim Wintersport	1	VO
508.054	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	10	PR
508.055	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	PR
508.056	Winter	Neurologische Notfälle und Neurointensivmedizin	1	VO
508.057	Winter	Reanimationsübungen	1	UE
508.058	Winter	Reanimationsübungen	1	UE

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.067	Winter	Der pneumonologische Notfall	1	VO
508.068	Winter	Akute Vergiftungen: Epidemiologie, Klinik, Differentialdiagnose und Therapie	2	VO
508.072	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	SE
508.073	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.074	Sommer	Akute Vergiftungen: Epidemiologie, Klinik, Differentialdiagnose und Therapie	2	VO
508.075	Winter	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
520.286	Winter	Internistische Notfälle mit Falldemonstrationen	1	UE
520.565	Winter	Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und deren elektrophysiologische Grundlagen	1	VO
523.093	Sommer	Pflichtfamulatur – Kinderchirurgie	8	PR
526.442	Sommer	Kinderchirurgische Praxis	2	VO
526.443	Sommer	Expeditions- und „Wilderness“-Medizin	2	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
533.028	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	10	PR
1997/98				
508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.005	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	VO
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin	10	PR
508.013	Winter	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem	1	UE
508.019	Winter	Reanimationsübungen	2	UE
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	SE
508.024	Sommer	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem	1	UE
508.028	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation	1	VO
508.032	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	10	PR
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation	1	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	1	PR
508.048	Sommer	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem § 13 StG. Med.)	3	SE
508.049	Winter	Notfall-EKG	1	PR
508.054	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	10	PR
508.055	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	PR
508.057	Winter	Reanimationsübungen	1	UE
508.058	Winter	Reanimationsübungen	2	UE
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.068	Winter	Akute Vergiftungen: Epidemiologie, Klinik, Differentialdiagnose und Therapie	2	VO
508.070	Winter	Expeditions- und „Wilderness“-Medizin	2	VO
508.072	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	SE
508.073	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.074	Sommer	Akute Vergiftungen: Epidemiologie, Klinik, Differentialdiagnose und Therapie	2	VO
508.075	Winter	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
508.076	Sommer	Alpmedizinische Notfälle	2	VO
508.077	Sommer	Pneumonologische Notfälle	1	VO
508.078	Sommer	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.) „Schwerpunkt Hypertonie“	3	SE
508.079	Winter	Notfallmedien (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med) „Schwerpunkt Hypertonie“	3	SE
508.080	Sommer	Ultraschall in der Notfallmedizin	1	UE
508.081	Sommer	Vom Schrecken des Eises und der Finsternis	1	VO
508.082	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining	2	UE
508.084	Winter	Erste Hilfe	2	VO

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
508.085	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.086	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.087	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.088	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.089	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.090	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.090	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.091	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.092	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.115	Winter	Notfälle beim Wintersport	2	VO
508.165	Winter	Der pneumologische Notfall	1	VO
508.180	Sommer	Reanimationsübungen	1	UE
520.286	Winter	Internistische Notfälle mit Falldemonstrationen	1	UE
520.565	Winter	Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und deren elektrophysiologische Grundlagen	1	VO
526.442	Sommer	Kinderchirurgische Praxis	2	VO
526.443	Sommer	Expeditions- und "Wilderness" - Medizin	2	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
533.028	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	10	PR

1998/99

Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.005	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	UE
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen	1	UE
508.024	Sommer	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem (Teil der Wahlfachausbildung)	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbildung gem.§13 StG.Med.)	1,5	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausb. gem. §13 StG.Med.)	1,5	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	1	PR
508.048	Sommer	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	3	SE
508.049	Winter	Notfall-EKG	1	PR
508.054	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.055	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	PR
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.070	Winter	Expeditions- und "Wilderness"-Medizin	2	VO
508.072	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.073	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.075	Winter	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
508.076	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.077	Sommer	Pneumonologische Notfälle	1	VO
508.078	Sommer	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.) „Schwerpunkt Hypertonie“	1,5	SE
508.079	Winter	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.) „Schwerpunkt Hypertonie“	1,5	SE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.087	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.093	Winter	Reanimationsübungen (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin)	0,5	UE
508.094	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.111	Winter	Reanimationstrainerausbildung (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
508.111	Sommer	Reanimationstrainerausbildung (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.Med.)	1,5	VO
508.115	Winter	Notfälle beim Wintersport	2	VO
508.161	Sommer	Notfallmedizin	6	PR
508.165	Winter	Pneumologische Notfälle	1	VO
520.057	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
520.134	Winter	Erste Hilfe	1	VO
520.565	Winter	Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und deren elektrophysiologische Grundlagen	1	VO
526.443	Sommer	Expeditions- und „Wilderness“-Medizin	2	VO
531.057	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner	2	PR
531.077	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner	3	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
533.028	Winter	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
1999/2000				
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.005	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen- „bedside“	1	UE
508.007	Sommer	Reanimationsübungen	1	UE
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.013	Winter	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin)	1	UE
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.023	Sommer	Der pneumonologische Notfall	1	VO
508.024	Sommer	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem (Teil der Wahlfachausbildung)	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3b) Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation	1,5	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	1	PR
508.049	Winter	Notfall-EKG	1	PR
508.054	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.055	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	PR
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.070	Winter	Expeditions- und „Wilderness“-Medizin	2	VO
508.072	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.073	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.078	Sommer	(3c) Notfallmedizin „Schwerpunkt Hypertonie“	1,5	SE
508.079	Winter	Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med) „Schwerpunkt Hypertonie“	1,5	SE
508.081	Sommer	Vom Schrecken des Eises und der Finsternis	1	VO
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.087	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.093	Winter	Reanimationsübungen (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin)	0,5	UE
508.094	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.109	Winter	Reanimationstrainerausbildung – Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med)	1,5	VO
508.110	Winter	Medizinische Entscheidungsfindung	2	VO
508.111	Sommer	(3a) Reanimationstrainerausbildung	1,5	VO
508.112	Sommer	Medizinische Entscheidungsfindung	2	VO
508.113	Sommer	Medizinischer Journalismus	2	VO
508.115	Winter	Notfälle beim Wintersport	2	VO
508.165	Winter	Pneumologische Notfälle	1	VO
508.219	Winter	Medizinischer Journalismus	2	SE
520.057	Sommer	Erste Hilfe	1	VO

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
520.565	Winter	Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und deren elektrophysiologische Grundlagen	1	VO
526.443	Sommer	Expeditions- und „Wilderness“-Medizin	2	VO
531.057	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner	2	PR
531.077	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner	3	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
533.028	Winter	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
2000/2001				
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.005	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.013	Winter	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin) (Punkt 1)	1	UE
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.024	Sommer	Reanimatiownsausbildung am interaktiven Videosystem (Teil der Wahlfachausbildung)	1	UE
508.029	Winter	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	1	PR
508.049	Winter	Notfall-EKG	1	PR
508.054	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin (Pflichtpraktikum gem. Studiengesetz)	6	PR
508.055	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	PR
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.072	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.073	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.075	Winter	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
508.078	Sommer	Notfallmedizin „Schwerpunkt Hypertonie“ (Wahlfachausbildung)	1,5	SE
508.079	Winter	Notfallmedizin „Schwerpunkt Hypertonie“ – (3 c) Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med) "Schwerpunkt Hypertonie"	1,5	SE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.087	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
508.093	Winter	Reanimationsübungen (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin) (Punkt 2)	0,5	UE
508.094	Winter	Erste Hilfe	1	VO
508.109	Winter	Reanimationstrainerausbildung – (3 a) Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med)	1,5	VO
508.110	Winter	Medizinische Entscheidungsfindung	2	VO
508.111	Sommer	Reanimationstrainerausbildung (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.112	Sommer	Medizinische Entscheidungsfindung. Erarbeiten der Grundlagen von Entscheidungsprozessen unter Verwendung der Prinzipien der Evidence Based Medicine	2	VO
508.113	Sommer	Medizinischer Journalismus. Diskussion und Erarbeitung der Grundprinzipien medizinisch wissenschaftlicher Nachrichtenartikel mit praktischen Übungen	2	VO
508.115	Winter	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.116	Winter	Atomare, biologische und chemische Katastrophenszenarien	1	VO
508.118	Winter	Medizinischer Journalismus	1	VO
508.119	Winter	Rigorosantenvorlesung innere Medizin, Notfallmedizin und internistische Intensivmedizin mit „bedside teaching“	3	VO
508.120	Sommer	Rigorosantenvorlesung Innere Medizin, Notfallmedizin- internistische Intensivmedizin, „bedside teaching“	3	VO

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
520.057	Sommer	Erste Hilfe	1	VO
520.565	Winter	Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und deren elektrophysiologische Grundlagen	1	VO
531.057	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner (max. 20 Teilnehmer/Gruppe)	2	PR
531.077	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner	3	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
533.028	Winter	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
2001/2002				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.005	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen - "Bedside"	1	UE
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.013	Winter	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin) (Punkt 1)	1	UE
508.013	Sommer	Reanimationsausbildung am interaktiven Videosystem (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin) (Punkt 1)	1	UE
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen - "Bedside"	1	UE
508.029	Winter	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.049	Winter	Notfall-EKG	1	PR
508.054	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin (Pflichtpraktikum gem. Studiengesetz)	6	PR
508.055	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	PR
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.072	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.073	Sommer	Hypertonie - Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.075	Winter	Hypertonie - Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
508.078	Sommer	Notfallmedizin "Schwerpunkt Hypertonie" (Wahlfachausbildung)	1,5	SE
508.079	Winter	Notfallmedizin "Schwerpunkt Hypertonie" - (3 c) Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med) „Schwerpunkt Hypertonie“	1,5	SE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen - Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.093	Winter	Reanimationsübungen (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin) (Punkt 2)	0,5	UE
508.094	Winter	Erste Hilfe	1	PR
508.109	Winter	Reanimationstrainerausbildung - (3 a) Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med)	1,5	VO
508.110	Winter	Medizinische Entscheidungsfindung	2	VO
508.111	Sommer	Reanimationstrainerausbildung (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.112	Sommer	Medizinische Entscheidungsfindung. Erarbeiten der Grundlagen von Entscheidungsprozessen unter Verwendung der Prinzipien der Evidence Based Medicine	2	VO
508.113	Sommer	Medizinischer Journalismus. Diskussion und Erarbeitung der Grundprinzipien medizinisch wissenschaftlicher Nachrichtenartikel mit praktischen Übungen	2	VO
508.115	Winter	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.118	Winter	Medizinischer Journalismus	1	VO
508.119	Winter	Rigorosantenvorlesung innere Medizin, Notfallmedizin und internistische Intensivmedizin mit „bedside teaching“	3	VO
508.120	Sommer	Rigorosantenvorlesung Innere Medizin, Notfallmedizin- internistische Intensivmedizin, „bedside teaching“	3	VO
531.057	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner (max. 20 Teilnehmer/Gruppe)	2	PR
531.077	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner	3	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
533.028	Winter	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
560.237	Winter	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	1	SE
560.237	Sommer	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	1	SE
560.238	Winter	Notfall-Ultraschall - Ultraschall und Echokardiographie in der Notfallmedizin	1	SE
560.238	Sommer	Notfall-Ultraschall - Ultraschall und Echokardiographie in der Notfallmedizin	1	SE
2002/03				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.005	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.013	Winter	Reanimationsausbild. I (im Rahmen der Wahlfachausbild. Notfallmedizin) (Pkt. 1)	1	UE
508.013	Sommer	Reanimationsausbild. I (im Rahmen der Wahlfachausbild. Notfallmedizin) (Pkt. 1)	1	UE
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.043	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.044	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Sommer	Hypertonie in der Notfallmedizin – Notfallmedizin (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.049	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.049	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.054	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin (Pflichtpraktikum gem. Studiengesetz)	6	PR
508.054	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin (Pflichtpraktikum gem. Studiengesetz)	6	PR
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.073	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.075	Winter	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
508.079	Winter	Notfallmedizin "Schwerpunkt Hypertonie" – (3 c) Notfallmedizin (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med) "Schwerpunkt Hypertonie"	1,5	SE
508.080	Winter	Ultraschall in der Notfallmedizin	1	UE
508.080	Sommer	Ultraschall in der Notfallmedizin	1	UE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.094	Winter	Erste Hilfe	1	PR
508.109	Winter	Reanimationstrainerausbild. – (3 a) Notfallmedizin (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med)	1,5	VO
508.111	Sommer	Reanimationstrainerausbildung (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.115	Winter	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.119	Winter	Rigorosantenvorlesung innere Medizin, Notfallmedizin und internistische Intensivmedizin mit „bedside teaching“	3	VO
508.120	Sommer	Rigorosantenvorlesung Innere Medizin, Notfallmedizin-internistische Intensivmedizin, „bedside teaching“	3	VO
531.057	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner (max. 20 Teilnehmer/Gruppe)	2	PR
531.077	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner	3	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
533.028	Winter	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
560.237	Winter	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	1	SE
560.237	Sommer	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	1	SE
561.232	Winter	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin (mit „bedside teaching“)	1,5	VB
561.232	Sommer	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin (mit „bedside teaching“)	1,5	VB

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
561.235	Winter	Training in Kardiopulmonaler Reanimation (Basic und Advanced Life Support)	0,5	UE
561.235	Sommer	Training in Kardiopulmonaler Reanimation (Basic und Advanced Life Support)	0,5	UE
561.300	Winter	Wissenschaftlich Arbeiten in der Klinik	2	SE
561.301	Winter	Akutdiagnostik in der Notfallmedizin	2	SE
561.302	Winter	Reanimationsforschung	2	SE
561.460	Winter	Einsatzlogistik u. Managementstrategien in der Notfall- und Katastrophenmedizin	1	SE
561.460	Sommer	Einsatzlogistik u. Managementstrategien in der Notfall- und Katastrophenmedizin	1	SE
561.461	Winter	Versorgungsalgorithmen beim Mehrfachverletzten und Schwerkranken in der Präklinik	1	SE
561.461	Sommer	Versorgungsalgorithmen beim Mehrfachverletzten und Schwerkranken in der Präklinik	1	SE
561.513	Sommer	Wissenschaftlich Arbeiten in der Klinik	2	SE
561.515	Sommer	Reanimationsforschung	2	SE
561.516	Sommer	Akutdiagnostik in der Notfallmedizin	2	SE
561.865	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
2003/04				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Winter	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.013	Winter	Reanimationsausbild. I (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin) (Pkt. 1)	1	UE
508.013	Sommer	Reanimationsausbild. I (im Rahmen der Wahlfachausbildung Notfallmedizin) (Pkt. 1)	1	UE
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.043	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.044	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.045	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Hypertonie in der Notfallmedizin – Notfallmedizin (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.049	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.059	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.073	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.075	Winter	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
508.075	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
508.080	Winter	Ultraschall in der Notfallmedizin	1	UE
508.080	Sommer	Ultraschall in der Notfallmedizin	1	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.093	Winter	Reanimationsübungen (im Rahmen der Wahlfachausbild. Notfallmedizin) (Pkt. 2)	0,5	UE
508.094	Winter	Erste Hilfe	1	PR
508.110	Winter	Wissenschaftliches Arbeiten in der Klinik	2	VO
508.110	Sommer	Wissenschaftliches Arbeiten in der Klinik	2	VO
508.111	Winter	Reanimationstrainerausbildung (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.111	Sommer	Reanimationstrainerausbildung (Wahlfachausbildung)	1,5	VO
508.119	Winter	Rigorosantenvorlesung innere Medizin, Notfallmedizin und internistische Intensivmedizin mit „bedside teaching“	3	VO
508.120	Sommer	Rigorosantenvorlesung Innere Medizin, Notfallmedizin- internistische Intensivmedizin, „bedside teaching“	3	VO
531.057	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner (max. 20 Teilnehmer/Gruppe)	2	PR

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
531.077	Sommer	Notfallmedizin für Zahnmediziner	3	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
560.237	Winter	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	1	SE
560.237	Sommer	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	1	SE
561.232	Sommer	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin (mit „bedside teaching“)	1,5	VB
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.949	Winter	Reanimationsforschung	2	SE
561.949	Sommer	Reanimationsforschung	2	SE
561.950	Winter	Akutdiagnostik in der Notfallmedizin	2	SE
561.950	Sommer	Akutdiagnostik in der Notfallmedizin	2	SE
2004/05				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Winter	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.029	Sommer	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.043	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.044	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.045	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.048	Sommer	Hypertonie in der Notfallmedizin – Notfallmedizin (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.059	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.073	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.080	Winter	Ultraschall in der Notfallmedizin	1	UE
508.080	Sommer	Ultraschall in der Notfallmedizin	1	UE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.119	Sommer	Rigorosantenvorlesung innere Medizin, Notfallmedizin und internistische Intensivmedizin mit „bedside teaching“	3	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
560.237	Winter	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	2	SE
560.237	Sommer	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	1	SE
561.232	Winter	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin (mit „bedside teaching“)	2	VB
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.949	Winter	Ultra Advanced Cardiac Life Support: Reanimationsübungen III – Refresher und Cutting Edge Reanimationsforschung	2	SE
561.949	Sommer	Reanimationsforschung	2	SE
561.950	Winter	Akutdiagnostik in der Notfallmedizin	2	SE
561.950	Sommer	Akutdiagnostik in der Notfallmedizin	2	SE
562.392	Winter	Notfall-EKG	2	PR

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
2005/06				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.004	Sommer	Notfallmedizin II (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.029	Sommer	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.043	Winter	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.043	Sommer	Kurs über Physikalische Krankenuntersuchung (Pflichtpraktikum, Voraussetzung für Besuch des Intensivpraktikums in Innerer Medizin)	2	UE
508.044	Winter	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.044	Sommer	Intensivpraktikum Innere Medizin	6	PR
508.045	Winter	Kardiopulmonale u zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Kardiopulmonale u zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.049	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.059	Sommer	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.073	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie	1	SE
508.075	Winter	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
508.075	Sommer	Hypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie; Diagnose und Therapie	1	SE
508.080	Winter	Ultraschall in der Notfallmedizin	1	UE
508.080	Sommer	Ultraschall in der Notfallmedizin	1	UE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.119	Sommer	Rigorosantenvorlesung innere Medizin, Notfallmedizin und internistische Intensivmedizin mit „bedside teaching“	3	VO
533.026	Winter	Notfallmedizin I (unter Berücksichtigung der Katastrophenmedizin)	6	VO
560.237	Winter	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	1	SE
560.237	Sommer	Notfallmanagement akuter Herzrhythmusstörungen	1	SE
561.232	Winter	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin (mit „bedside teaching“)	2	VB
561.232	Sommer	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin (mit „bedside teaching“)	2	VB
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.949	Winter	Ultra Advanced Cardiac Life Support	2	SE
561.949	Sommer	Ultra Advanced Cardiac Life Support	2	SE
561.950	Winter	Akutdiagnostik in der Notfallmedizin	2	SE
561.950	Sommer	Akutdiagnostik in der Notfallmedizin	2	SE

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
2006/07				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	VO
508.029	Sommer	(3 b) Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Kardiopulmonale u zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Kardiopulmonale u zerebrale Reanimation – Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.059	Winter	Kardiovaskuläre Notfälle	2	VO
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
561.232	Winter	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin (mit „bedside teaching“)	2	VB
561.232	Sommer	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin (mit „bedside teaching“)	2	VB
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.949	Winter	Ultra Advanced Cardiac Life Support	2	SE
561.949	Sommer	Ultra Advanced Cardiac Life Support	2	SE
2007/08				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin – (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin – (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie – (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie – (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
561.232	Winter	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin – mit „bedside teaching“	2	VB
561.232	Sommer	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin – mit „bedside teaching“	2	VB
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.949	Winter	Ultra Advanced Cardiac Life Support	2	SE
561.949	Sommer	Ultra Advanced Cardiac Life Support	2	SE

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
2008/09				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin – (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin – (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbld. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.029	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbld. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie – (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie – (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
561.232	Winter	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin – mit „bedside teaching“	2	VB
561.232	Sommer	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin – mit „bedside teaching“	2	VB
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.949	Winter	Ultra Advanced Cardiac Life Support	2	SE
561.949	Sommer	Ultra Advanced Cardiac Life Support	2	SE
2009/10				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin – (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin – (gilt als Pflichtpraktikum Innere Medizin)	6	PR
508.010	Sommer	Alpinmedizinische Notfälle	2	VO
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbld. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.029	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbld. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpkt. Hypertonie – (Wahlfachausbld. gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpkt. Hypertonie – (Wahlfachausbld. gem. § 13 StG.)	1,5	SE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbld.)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbld.)	0,5	UE
561.232	Winter	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin – mit „bedside teaching“	2	VB
561.232	Sommer	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin – mit „bedside teaching“	2	VB
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
728.000	Winter	Notfallmedizin – „Real Life“: Logistik, Organisation u. prakt. Behandlungskonzepte	1	VO
728.001	Sommer	Das akute Koronarsyndrom i. d. Notfallmedizin (Hintergründe u. Behandlungsstrategien)	1	VS
2010/11				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.029	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
561.232	Winter	Grundl. der Allgem. und Internistischen Intensivmedizin – mit „bedside teaching“	2	VB
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
728.002	Winter	Antikoagulation in der Notfallmedizin unter besonderer Berücksichtigung von Medikamenten-Interaktionen	2	VB
2011/12				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.029	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
728.001	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin	2	VB

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
2012/13				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbd. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.029	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbd. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
508.083	Sommer	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
728.001	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Anfängergruppe	2	VB
728.001	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin Anfängergruppe	2	VB
728.002	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB
728.002	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB
2013/14				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation in Kombination mit 508045 – (3 b) (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.029	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbd. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation in Kombination mit 508029 (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.083	Winter	Reanimationsübungen – Megacodetraining – (Teil der Wahlfachausbildung)	0,5	UE
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
728.001	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Anfängergruppe	2	VB
728.001	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin Anfängergruppe	2	VB
728.002	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB
728.002	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
2014/15				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation in Kombination mit 508045 – (3 b) (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.029	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation in Kombination mit 508029 (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
728.001	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Anfängergruppe	2	VB
728.001	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin Anfängergruppe	2	VB
728.002	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB
728.002	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB
2015/16				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation in Kombination mit 508045 – (3 b) (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.029	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbild. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation in Kombination mit 508029 (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
728.000	Winter	Experimentelle Reanimationsforschung	5	SU
728.000	Sommer	Experimentelle Reanimationsforschung	5	SU
728.001	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Anfängergruppe	2	VB
728.001	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin Anfängergruppe	2	VB
728.002	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB
728.002	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB

LV-Nummer	Semester	Lehrveranstaltungs-Titel	SWS	LV-Typ
728.003	Winter	Lernen durch Lehren von Lebensrettenden Sofortmaßnahmen	4	SU
728.003	Sommer	Lernen durch Lehren von Lebensrettenden Sofortmaßnahmen	4	SU
2016/17				
Diverse	Winter	Erste Hilfe	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen I	1	SK
Diverse	WS + SS	Reanimationsübungen II	0,5	SK
Diverse	WS + SS	Tertial 3 – Notfall- u. Intensivmedizin – 6D	1,67	SE
Diverse	Sommer	Integriertes Klinisch-Praktisches Propädeutikum	2	SK
Diverse	WS + SS	PR Notfallmedizin	1,07	PR
Diverse	WS + SS	LV Notfallmedizin	0,5	VO
508.008	Winter	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.008	Sommer	Praktikum in Notfallmedizin	6	PR
508.020	Winter	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.020	Sommer	Notfallmedizinische Fallbesprechungen – „bedside“	1	UE
508.029	Winter	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation in Kombination mit 508045 – (3 b) (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.029	Sommer	Kardiopulmonale und zerebrale Reanimation – (3 b) (Wahlfachausbd. gem. § 13 StG. Med.)	1,5	UE
508.045	Winter	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation in Kombination mit 508029 (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.045	Sommer	Handlungsorientierter Unterricht im Bereich der kardiopulmonalen Reanimation – (Wahlfachausbildung)	2,5	VO
508.046	Winter	Notfall-EKG	2	PR
508.046	Sommer	Notfall-EKG	2	PR
508.048	Winter	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
508.048	Sommer	Notfallmedizin – Schwerpunkt Hypertonie	1,5	SE
561.948	Winter	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
561.948	Sommer	Präklinische Notfall- und Katastrophenmedizin	2	SE
728.000	Winter	Experimentelle Reanimationsforschung	5	SU
728.000	Sommer	Experimentelle Reanimationsforschung	5	SU
728.001	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Anfängergruppe	2	VB
728.001	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin Anfängergruppe	2	VB
728.002	Winter	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB
728.002	Sommer	Simulationstraining in der internistischen Notfallmedizin – Fortgeschrittenengr.	2	VB
728.003	Winter	Lernen durch Lehren von Lebensrettenden Sofortmaßnahmen	4	SU
728.003	Sommer	Lernen durch Lehren von Lebensrettenden Sofortmaßnahmen	4	SU
728.004	Sommer	Symptomorientierte Notfallsonographie	2	VU

» PatientInnen-Statistik der Universitätsklinik für Notfallmedizin

Allgemeine Leistungsdaten

	2005 n (%)	2006 n (%)	2007 n (%)	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)
Alle PatientInnen	76.459 (100)	81.876 (100)	84.668 (100)	87.413 (100)	88.635 (100)	87.601 (100)	85.180 (100)	84.702 (100)	87.865 (100)	88.861 (100)	87.606 (100)	83.428 (100)
ambulante PatientInnen	68.407 (89)	73.710 (90)	77.458 (91)	79.668 (91)	80.901 (91)	80.114 (91)	77.674 (91)	76.889 (91)	80.118 (91)	80.654 (91)	79.311 (91)	75.288 (90)
stationäre Aufnahmen	8.052 (11)	8.166 (10)	7.210 (9)	7.745 (9)	7.734 (9)	7.487 (9)	7.506 (9)	7.813 (9)	7.747 (9)	8.207 (9)	8.295 (9)	8.140 (10)
davon stationär NFM	4.964 (62)	4.809 (59)	4.751 (66)	4.869 (63)	4.618 (60)	4.325 (58)	4.471 (60)	4.737 (61)	4.600 (59)	4.679 (57)	4.608 (56)	4.713 (58)
IntensivpatientInnen	1.116 (1,5)	1.080 (1,0)	1.151 (1,4)	1.092 (1,2)	1.126 (1,3)	1.261 (1,4)	1.161 (1,4)	1.242 (1,5)	1.303 (1,5)	1.251 (1,4)	1.225 (1,4)	1.347 (1,4)
davon verstorben	112 (2,3)	95 (2,0)	102 (2,1)	99 (2,0)	138 (3,0)	135 (3,1)	122 (2,7)	134 (2,8)	143 (3,1)	147 (3,1)	167 (3,6)	149 (3,2)

Allgemeine Leistungsdaten: Stationärer Bereich

	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)
ICU-Pat. der UK NFM	1.092 (100)	1.126 (100)	1.261 (100)	1.161 (100)	1.242 (100)	1.303 (100)	1.251 (100)	1.225 (100)	1.347 (100)
Transfer ad ICU/OP	461 (42)	452 (40)	470 (37)	522 (45)	480 (39)	384 (29)	391 (31)	359 (30)	384 (29)
– auf ICU Innere Medizin	280	273	284	303	284	223	224	208	191
– auf ICU Anästhesie/Chirurgie	99	97	120	144	153	83	98	91	98
OP	82	82	66	75	43	78	69	60	88
Verstorben	99 (9)	138 (12)	135 (11)	122 (10)	134 (11)	143 (11)	147 (12)	167 (14)	149 (11)
„De-Intensivierte“ Pat.	532 (49)	536 (48)	656 (52)	517 (45)	628 (50)	776 (60)	860 (69)	866 (70)	963 (71)
Normalstationspat. UKNFM	3.777 (100)	3.492 (100)	3.092 (100)	3.310 (100)	3.495 (100)	3.219 (100)	3.428 (100)	3.383 (100)	3.366 (100)
Transfer von UK NFM	2.195 (58)	1.927 (55)	1.725 (56)	1.852 (56)	1.933 (55)	1.728 (54)	2.518 (74)	2.460 (73)	2.563 (76)
– auf Normalstation AKH	1.990 (53)	1.686 (48)	1.471 (48)	1.561 (47)	1.605 (46)	1.243 (39)	2.178 (64)	2.023 (60)	1.973 (58)
– auf Normalstation extern	205 (5)	241 (7)	254 (8)	291 (9)	392 (9)	485 (15)	340 (10)	437 (13)	590 (18)
Entlassen von UK NFM	1.582 (42)	1.565 (45)	1.367 (44)	1.458 (44)	1.562 (45)	1.491 (46)	910 (26)	923 (27)	803 (24)

Übernehmende Einrichtungen

	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)
Gesamt	5.831 (100)	5.866 (100)	5.991 (100)	5.826 (100)	6.007 (100)	6.154 (100)	6.593 (100)	6.708 (100)	6.765 (100)
Transfer Intensiv/AkutOP	461 (8)	452 (8)	470 (8)	522 (9)	480 (8)	384 (6)	413 (6)	385 (6)	422 (6)
ICU Innere Medizin	280 (61)	273 (60)	284 (60)	303 (58)	284 (59)	223 (58)	236 (57)	224 (58)	203 (48)
ICU Anästhesie/Chirurgie	99 (21)	97 (22)	120 (26)	144 (28)	153 (32)	83 (22)	102 (25)	98 (26)	114 (27)
AkutOP	82 (18)	82 (18)	66 (14)	75 (14)	43 (9)	78 (20)	75 (18)	63 (16)	105 (25)
Transfer Normalstation	5.370 (92)	5.414 (92)	5.521 (92)	5.304 (91)	5.527 (92)	5.770 (94)	6.180 (94)	6.323 (94)	6.343 (94)
Innere Medizin	3.684 (68,6)	3.654 (67,5)	3.726 (67,5)	3.554 (67,0)	3.511 (63,5)	3.581 (62,1)	3.657 (59,2)	3.384 (53,5)	3.172 (50,0)
Augenheilkunde	7 (0,1)	4 (0,1)	21 (0,4)	11 (0,2)	5 (0,1)	3 (0,1)	6 (0,1)	11 (0,2)	4 (0,1)
Chirurgie	258 (4,8)	197 (3,6)	191 (3,5)	182 (3,4)	226 (4,1)	311 (5,4)	430 (7,0)	534 (8,4)	559 (8,8)
Dermatologie	189 (3,5)	157 (2,9)	216 (3,9)	166 (3,1)	175 (3,2)	151 (2,6)	224 (3,6)	276 (4,4)	298 (4,7)
Gynäkologie	215 (4,0)	344 (6,4)	312 (5,7)	277 (5,2)	301 (5,4)	287 (5,0)	348 (5,6)	365 (5,8)	300 (4,7)
HNO	179 (3,3)	219 (4,0)	209 (3,8)	217 (4,1)	297 (5,4)	250 (4,3)	308 (5,0)	294 (4,6)	325 (5,1)
Kinder- und Jugendheilkunde	7 (0,1)	9 (0,2)	9 (0,2)	5 (0,1)	7 (0,1)	7 (0,1)	5 (0,1)	6 (0,1)	5 (0,1)
Neurologie	322 (6,0)	301 (5,6)	312 (5,7)	348 (6,6)	368 (6,7)	383 (6,6)	443 (7,2)	423 (6,7)	451 (7,1)
Orthopädie	22 (0,4)	24 (0,4)	23 (0,4)	15 (0,3)	30 (0,5)	18 (0,3)	20 (0,6)	71 (1,1)	64 (1,0)
Psychiatrie	33 (0,6)	21 (0,4)	30 (0,5)	23 (0,4)	23 (0,4)	4 (0,1)	10 (0,2)	9 (0,1)	12 (0,2)
Urologie	211 (3,9)	201 (3,7)	167 (3,0)	158 (3,0)	192 (3,5)	242 (4,2)	230 (3,7)	331 (5,2)	346 (5,5)
extern	243 (4,5)	283 (5,2)	305 (5,5)	348 (6,6)	392 (7,1)	485 (8,4)	479 (7,8)	619 (9,8)	807 (12,7)

PatientInnen die mit dem Rettungsdienst an die Klinik gebracht werden

	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)
Alle Rettungszufahrten	7.255 (100)	6.684 (100)	6.284 (100)	6.782 (100)	7.491 (100)	8.931 (100)	10.543 (100)	11.859 (100)	12.727 (100)
Rettungszufahrten pro Tag	19,8	18,3	17,2	18,6	20,5	24,5	28,9	32,5	34,8
Davon sekundär	277 (3,8)	261 (3,9)	266 (4,2)	254 (3,7)	278 (3,7)	419 (4,7)	531 (4,9)	583 (4,9)	642 (5,0)
Primäre Rettungen	6.978 (100)	6.423 (100)	6.018 (100)	6.528 (100)	7.213 (100)	8.512 (100)	10.012 (100)	11.276 (100)	12.085 (100)
Entlassen nach ambulanter Behandlung auf UK NFM	3.158 (45)	2.787 (43)	2.398 (40)	2.786 (43)	3.303 (46)	4.319 (51)	5.519 (55)	6.541 (58)	7.278 (60)
Entlassen nach stationärer Behandlung auf UK NFM	654 (9)	637 (10)	569 (9)	652 (10)	727 (10)	723 (9)	731 (7)	803 (7)	766 (6)
Alle Rettungen	7.255 (100)	6.684 (100)	6.284 (100)	6.782 (100)	7.491 (100)	8.931 (100)	10.543 (100)	11.859 (100)	12.727 (100)
Ambulant auf UKNFM	4.399 (61)	3.980 (60)	3.673 (58)	3.999 (59)	4.523 (60)	6.032 (67)	7.536 (72)	8.737 (74)	9.472 (74)
– Entlassen	3.158 (72)	2.787 (70)	2.398 (65)	2.786 (70)	3.303 (73)	4.339 (72)	5.847 (78)	6.873 (79)	7.661 (81)
– Aufnahme Normalstation	1.219 (27)	1.099 (28)	1.246 (34)	1.154 (29)	1.170 (26)	1.314 (22)	1.601 (21)	1.734 (19)	1.651 (17)
– Aufnahme externes Spital	22 (1)	94 (2)	29 (1)	59 (1)	50 (1)	64 (1)	88 (1)	130 (2)	160 (2)
Stationär auf UK NFM	2.856 (39)	2.704 (40)	2.611 (42)	2.783 (41)	2.968 (40)	2.899 (33)	3.007 (29)	3.122 (26)	3.255 (26)
– Entlassen	654 (23)	637 (24)	569 (22)	652 (23)	727 (25)	736 (25)	763 (25)	835 (27)	795 (24)
– Aufnahme Normalstation	1.555 (54)	1.399 (52)	1.337 (51)	1.393 (50)	1.480 (50)	1.361 (47)	1.533 (51)	1.468 (47)	1.493 (46)
– Aufnahme ICU	362 (13)	333 (12)	361 (14)	400 (15)	367 (12)	289 (10)	294 (10)	297 (19)	319 (10)
– Aufnahme externes Spital	179 (6)	196 (7)	206 (8)	228 (8)	275 (9)	319 (11)	292 (10)	377 (12)	519 (16)
– Verstorben	106 (4)	139 (5)	138 (5)	110 (4)	119 (4)	123 (4)	125 (4)	145 (5)	129 (4)

Allgemeine Leistungsdaten: Ambulanter Bereich

Jahr	NFA	Kiefer	Ortho	Chir	Uro	HNO	Derma	Gyn	Augen	Neuro	GESAMT
2005	26.013	3.149	2.538	4.576	3.943	7.980	8.198	4.977	10.952	4.133	76.459
	71/d	9/d	7/d	13/d	11/d	22/d	23/d	14/d	30/d	11/d	210/d
2006	26.366	3.347	3.664	5.334	4.057	9.189	8.920	5.455	11.183	4.361	81.876
	72/d	9/d	10/d	15/d	11/d	25/d	24/d	15/d	31/d	12/d	224/d
2007	26.222	3.573	4.583	5.633	4.515	9.531	8.738	5.798	11.489	4.586	84.668
	72/d	10/d	13/d	15/d	12/d	26/d	24/d	16/d	31/d	13/d	232/d
2008	26.681	3.543	5.206	5.812	4.936	9.286	9.298	5.900	11.564	5.187	87.413
	73/d	10/d	14/d	16/d	13/d	25/d	25/d	16/d	32/d	14/d	239/d
2009	28.012	3.720	5.056	6.103	4.822	9.249	9.249	5.927	11.157	4.865	88.635
	77/d	10/d	15/d	17/d	13/d	25/d	25/d	16/d	30/d	13/d	243/d
2010	26.303	3.962	5.777	6.189	5.115	9.159	9.050	5.443	11.448	5.155	87.601
	72/d	11/d	16/d	17/d	14/d	25/d	25/d	15/d	31/d	14/d	240/d
2011	26.270	3.763	5.731	6.050	4.865	8.638	8.634	5.197	10.919	5.113	85.180
	72/d	10/d	16/d	17/d	13/d	24/d	24/d	14/d	30/d	14/d	233/d
2012	27.040	3.879	5.760	4.574	5.003	8.664	8.799	5.036	10.836	5.111	84.702
	74/d	11/d	16/d	12/d	14/d	24/d	24/d	14/d	30/d	14/d	231/d
2013	29.436	3.881	6.374	3.871	5.129	8.745	9.452	4.904	10.308	5.765	87.865
	80/d	11/d	17/d	11/d	14/d	24/d	26/d	13/d	28/d	16/d	240/d
2014	2.937	339	527	389	466	883	746	439	923	520	8.169
	95/d	11/d	17/d	13/d	15/d	29/d	24/d	14/d	30/d	17/d	264/d
2015	30.790	3.618	6.121	4.235	5.192	8.793	8.997	4.836	9.152	5.872	87.606
	84/d	10/d	17/d	12/d	14/d	24/d	25/d	13/d	25/d	16/d	240/d
2016	29.529	3.418	5.755	4.316	4.911	8.147	8.464	4.402	8.148	6.338	83.428
	81/d	9/d	16/d	12/d	13/d	22/d	23/d	12/d	22/d	1/d 7	229/d
2017	25.443	3.491	3.286	4.079	3.782	5.944	6.410	3.247	6.431	5.365	67.478
	70/d	10/d	9/d	11/d	10/d	16/d	18/d	9/d	18/d	15/d	185/d

Ambulanzstatistik 2017

Monat	NFA	Kiefer	Ortho	Chir	Uro	HNO	Derma	Gyn	Augen	Neuro	GESAMT
Jan	2317	251	226	365	328	540	474	251	453	408	5613
	75	8	7	12	11	17	15	8	15	13	181
Feb	1951	220	214	284	283	488	432	230	431	445	4978
	70	8	8	10	10	17	15	8	15	16	172
März	2185	288	244	322	315	520	407	244	497	455	5477
	71	9	8	10	10	17	13	8	16	15	177
April	2077	325	320	328	309	576	523	278	584	460	5780
	69	11	11	11	10	19	17	9	20	15	193
Mai	2082	308	288	348	313	516	599	320	613	442	5829
	67	10	9	11	10	17	19	10	20	14	188
Juni	2130	313	343	411	347	563	755	308	598	466	6234
	71	10	11	14	12	19	25	10	20	16	208
Juli	2005	299	289	316	293	436	659	292	521	434	5544
	65	10	9	10	10	14	21	9	17	14	179
Aug	2087	263	273	326	309	497	648	267	520	445	5635
	67	9	9	11	10	16	21	9	17	14	182
Sept	2006	292	265	311	288	401	511	241	505	422	5242
	67	10	9	10	10	13	17	8	17	14	175
Okt	2111	333	292	356	311	439	480	283	557	448	5610
	68	11	9	12	10	14	16	9	18	15	181
Nov	2103	258	237	326	304	399	383	244	504	476	5234
	70	9	8	11	10	13	13	8	17	16	175
Dez	2389	341	295	386	382	569	539	289	648	464	6302
	77	11	10	12	12	18	17	9	21	15	203

Ambulanzstatistik 2016

Monat	NFA	Kiefer	Ortho	Chir	Uro	HNO	Derma	Gyn	Augen	Neuro	GESAMT
Jan	2.704	310	525	382	448	829	732	425	767	532	7.654
	87	10	17	12	15	27	24	14	25	17	247
Feb	2.649	251	432	335	403	722	565	376	599	544	6.876
	91	9	15	12	14	25	20	13	21	19	246
März	2.690	329	514	402	393	831	667	364	657	556	7.403
	87	11	17	13	13	27	22	12	21	18	239
April	2.555	282	512	381	382	764	688	393	750	523	7.230
	85	9	17	13	13	26	23	13	25	17	241
Mai	2.630	313	638	428	480	760	833	423	834	608	7.947
	85	10	21	14	16	25	27	14	27	20	256
Juni	2.335	285	495	366	393	669	889	369	687	532	7.020
	78	10	17	12	13	22	30	12	23	18	234
Juli	2.330	304	521	356	437	673	1.014	340	698	537	7.210
	75	10	17	12	14	22	33	11	23	17	233
Aug	2.224	277	548	329	453	622	821	371	693	556	6.894
	72	9	18	11	15	20	27	12	22	18	222
Sept	2.233	260	467	296	408	625	698	350	689	573	6.599
	74	9	16	10	14	21	23	12	23	19	220
Okt	2.424	303	512	363	438	614	608	379	701	512	6.854
	78	10	17	12	14	20	20	12	23	17	221
Nov	2.181	273	343	340	353	533	436	302	541	442	5.744
	73	9	11	11	12	18	15	10	18	15	191
Dez	2.574	231	248	338	323	505	513	310	532	423	5.997
	83	8	8	11	10	16	17	10	17	14	193

Ambulanzstatistik 2015

Monat	NFA	Kiefer	Ortho	Chir	Uro	HNO	Derma	Gyn	Augen	Neuro	GESAMT
Jan	2997	318	548	368	455	889	680	458	792	531	8036
	97	10	18	12	15	29	22	15	26	15	259
Feb	2678	254	413	258	368	654	561	338	622	431	6577
	96	9	15	9	13	23	20	12	22	15	235
März	2907	330	430	329	371	783	647	358	743	520	7418
	94	11	14	11	12	25	21	12	24	17	239
April	2609	289	519	353	433	751	710	409	834	483	7390
	87	10	17	12	14	25	24	14	28	16	246
Mai	2571	332	626	442	514	896	877	462	957	546	8223
	83	11	20	14	17	29	28	15	31	18	265
Juni	2286	296	530	347	438	735	913	388	813	496	7242
	76	10	18	12	15	25	30	13	27	17	241
Juli	2402	299	471	318	453	715	949	393	716	479	7195
	78	10	15	10	15	23	31	13	23	16	232
Aug	2529	273	501	368	450	723	938	422	725	523	7452
	82	9	16	12	15	23	30	14	23	17	240
Sept	2247	264	472	333	386	605	674	364	708	432	6485
	75	9	16	11	13	20	23	12	24	14	216
Okt	2554	339	512	359	422	693	683	414	722	478	7176
	82	11	17	12	14	22	22	13	23	15	231
Nov	2417	264	507	329	459	566	563	395	749	444	6693
	81	9	17	11	15	19	19	13	25	15	223
Dez	2593	360	592	431	443	783	802	435	771	509	7719
	84	12	19	14	14	25	26	14	25	16	249

Ambulanzstatistik 2014

Monat	NFA	Kiefer	Ortho	Chir	Uro	HNO	Derma	Gyn	Augen	Neuro	GESAMT
Jan	2547	302	527	316	488	762	715	444	733	582	7416
	82	10	17	10	16	25	23	14	24	15	239
Feb	2448	272	466	309	376	701	603	339	681	475	6670
	87	10	17	11	13	25	22	12	24	17	238
März	2738	346	517	338	429	788	675	431	865	566	7693
	88	11	17	11	14	25	22	14	28	18	248
April	2432	315	523	330	398	724	776	350	869	538	7255
	81	11	17	11	13	24	26	12	29	18	242
Mai	2496	337	563	320	465	768	893	445	905	512	7704
	81	11	18	10	15	25	29	14	29	17	249
Juni	2443	312	647	371	432	783	1059	470	947	514	7978
	81	10	22	12	14	26	35	16	32	17	266
Juli	2461	310	513	345	421	620	905	412	765	507	7259
	79	10	17	11	14	20	29	13	25	16	234
Aug	2467	343	577	411	469	716	933	402	835	513	7666
	80	11	19	13	15	23	30	13	27	17	247
Sept	2428	313	478	287	449	622	704	361	808	498	6948
	81	10	16	10	15	21	24	12	27	17	232
Okt	2612	294	486	310	431	606	690	376	746	507	7058
	84	10	16	10	14	20	22	12	24	16	228
Nov	2519	310	500	285	405	661	628	417	785	535	7045
	84	10	17	10	14	22	21	14	26	18	235
Dez	2937	339	527	389	466	883	746	439	923	520	8169
	95	11	17	13	15	29	24	14	30	17	264

Ambulanzstatistik 2013

Monat	NFA	Kiefer	Ortho	Chir	Uro	HNO	Derma	Gyn	Augen	Neuro	GESAMT
Jan	2680	324	452	319	398	785	626	357	725	474	7140
	87	11	15	10	13	25	20	12	23	15	230
Feb	2509	286	419	294	394	626	522	301	699	406	6456
	90	10	15	11	14	22	19	11	25	15	223
März	2739	346	523	329	436	865	678	451	886	468	7721
	88	11	17	11	14	28	22	15	29	15	249
April	2510	343	570	324	397	818	783	400	968	527	7640
	84	11	19	11	13	27	26	13	32	18	255
Mai	2537	387	611	391	458	831	999	478	1127	536	8355
	82	13	20	13	15	27	32	15	36	17	270
Juni	2358	314	599	303	439	744	1116	417	1010	456	7756
	79	11	20	10	15	25	37	14	34	15	259
Juli	2235	307	578	299	423	686	1066	383	854	466	7297
	72	10	19	10	14	22	34	12	28	15	235
Aug	2360	305	568	327	470	735	1026	418	844	452	7505
	76	10	18	11	15	24	33	14	27	15	242
Sept	2242	335	466	278	400	609	656	405	749	502	6642
	75	11	16	9	13	20	22	14	25	17	221
Okt	2310	291	507	311	390	575	623	392	769	498	6666
	75	9	16	10	13	19	20	13	25	16	215
Nov	2347	284	510	316	411	629	620	406	781	480	6784
	78	10	17	11	14	21	21	14	26	16	226
Dez	2609	359	571	380	513	842	737	496	896	500	7903
	84	12	18	12	17	27	24	16	29	16	255

Ambulanzstatistik 2012

Monat	NFA	Kiefer	Ortho	Chir	Uro	HNO	Derma	Gyn	Augen	Neuro	GESAMT
Jan	2253	293	401	484	403	688	559	442	834	380	6737
	73	10	13	16	13	22	18	14	27	12	217
Feb	2130	269	353	438	323	608	525	323	623	365	5957
	73	9	12	15	11	21	18	11	22	13	205
März	2334	320	452	446	372	678	622	408	852	365	6849
	75	10	15	14	12	22	20	13	28	12	221
April	2258	377	466	347	401	690	686	441	973	407	7046
	75	13	16	12	13	23	23	15	32	14	235
Mai	2234	341	565	382	440	837	877	442	1045	479	7642
	72	11	18	12	14	27	28	14	34	16	247
Juni	2212	330	518	319	434	784	1001	421	1032	454	7505
	74	11	17	11	15	26	33	14	34	15	250
Juli	2132	299	523	300	467	757	924	449	954	403	7208
	69	10	17	10	15	24	30	15	31	13	233
Aug	2068	288	497	319	395	679	855	433	899	447	6880
	67	9	16	10	13	22	28	14	29	14	222
Sept	2191	325	496	343	457	662	733	391	859	442	6899
	73	11	17	11	15	22	24	13	29	15	230
Okt	2311	333	499	351	429	714	618	409	889	426	6979
	75	11	16	11	14	23	20	13	29	14	225
Nov	2393	322	448	347	409	650	608	412	875	467	6931
	80	11	15	12	14	22	20	14	29	16	231
Dez	2524	382	542	498	473	917	791	465	1001	476	8069
	81	12	18	16	15	30	26	15	32	15	260

Ambulanzstatistik 2011

Monat	NFA	Kiefer	Ortho	Chir	Uro	HNO	Derma	Gyn	Augen	Neuro	GESAMT
Jan	2617	314	491	492	438	860	665	493	914	444	7728
	84	10	16	16	14	28	22	16	30	14	249
Feb	2229	273	416	455	336	696	578	398	718	381	6480
	80	10	15	16	12	25	21	14	26	14	231
März	2474	295	505	505	390	855	652	449	959	423	7507
	80	10	16	16	13	28	21	15	31	14	242
April	2232	359	527	558	409	834	762	440	995	428	7544
	74	12	18	19	14	28	25	15	33	14	252
Mai	2215	328	517	517	403	720	773	438	1009	475	7395
	72	11	17	17	13	23	25	14	33	15	239
Juni	2246	339	529	599	470	813	999	508	1099	496	8098
	75	11	18	20	16	27	33	17	37	17	270
Juli	1968	335	493	507	376	647	889	424	956	418	7013
	64	11	16	16	12	21	29	14	31	14	226
Aug	1969	256	485	488	398	679	936	435	856	410	6912
	64	8	16	16	13	22	30	14	28	13	223
Sept	1989	333	486	487	377	567	715	409	817	417	6597
	66	11	16	16	13	19	24	14	27	14	220
Okt	2115	340	492	530	474	689	642	430	930	442	7084
	68	11	16	17	15	22	21	14	30	14	229
Nov	2104	257	388	452	402	609	509	367	841	382	6311
	70	9	13	15	13	20	17	12	28	13	210
Dez	2112	334	402	460	392	669	514	406	825	397	6511
	68	11	13	15	13	22	17	13	27	13	210

Ambulanzstatistik 2010

Monat	NFA	Kiefer	Ortho	Chir	Uro	HNO	Derma	Gyn	Augen	Neuro	GESAMT
Jan	2321	290	503	500	405	798	675	459	883	416	7250
	75	9	16	16	13	26	22	15	29	13	234
Feb	2196	256	414	420	355	705	511	380	735	377	6349
	78	9	15	15	13	25	18	14	26	14	227
März	2323	296	482	539	401	767	665	473	881	432	7259
	75	10	16	17	13	26	22	15	28	14	234
April	2232	340	485	524	400	785	720	435	1005	435	7361
	74	11	16	18	13	26	24	15	34	15	245
Mai	2348	423	658	595	429	957	806	586	1083	514	8399
	76	14	21	19	14	31	26	19	35	17	271
Juni	2119	379	506	518	428	835	1030	416	1125	465	7821
	71	13	17	17	14	29	34	14	38	16	261
Juli	2097	360	470	553	486	809	1165	460	983	436	7819
	68	12	15	18	16	26	38	15	32	14	252
Aug	2088	323	455	505	487	688	870	473	957	432	7278
	67	10	15	16	16	22	28	15	31	14	235
Sept	2089	305	429	510	383	616	641	414	875	388	6650
	70	10	14	17	13	21	21	14	29	13	222
Okt	2308	383	479	555	474	753	677	497	1082	428	7636
	75	12	16	18	15	24	22	16	35	14	246
Nov	2077	303	433	496	439	737	604	431	960	442	6922
	69	10	14	17	15	25	20	14	32	15	231
Dez	2105	304	463	474	428	709	686	419	879	390	6857
	68	10	15	15	14	23	22	14	28	13	221

» Gesamtliste IF-relevanter Publikationen

2017

Aramendi E, Eloa A, Alonso E, Irusta U, Daya M, Russell JK, Hubner P, Sterz F.

Feasibility of the capnogram to monitor ventilation rate during cardiopulmonary resuscitation. 2017 Jan;110:162-168. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.08.033.

Ettl F, Magnet IAM, Weihs W, Warenits A, Grassmann D, Wagner M, Teubenbacher U, Högl S, Sterz F, Janata A.

Establishing a Rodent Model of Ventricular Fibrillation Cardiac Arrest with Graded Histologic and Neurologic Damage with Different Cardiac Arrest Durations.

Shock. 2017 Sep 28. doi: 10.1097/SHK.0000000000001004. [Epub ahead of print] PMID:28968287

Hubner P, Lobmeyr E, Wallmüller C, Poppe M, Datler P, Keferböck M, Zeiner S, Nürnberger A, Zajicek A, Laggner A, Sterz F, Sulzgruber P.

Improvements in the quality of advanced life support and patient outcome after implementation of a standardized real-life post-resuscitation feedback system.

Resuscitation. 2017 Nov;120:38-44. doi: 10.1016/j.resuscitation.2017.08.235. Epub 2017 Aug 31. PMID: 28864072

Kozakowski N, Eskandary F, Herkner H, Bond G, Oberbauer R, Regele H, Böhmig GA, Kikić Ž. Diffuse Extent of Peritubular Capillaritis in Late Antibody-mediated Rejection: Associations With Levels of Donor-specific Antibodies and Chronic Allograft Injury. Transplantation. 2017 Mar 1. doi: 10.1097/TP.0000000000001707. [Epub ahead of print]

Magnet IAM, Ettl F, Schober A, Warenits AM, Grassmann D, Wagner M, Schriegl C, Clodi C, Teubenbacher U, Högl S,

Weihs W, Sterz F, Janata A. Extracorporeal Life Support Increases Survival After Prolonged Ventricular Fibrillation Cardiac Arrest in the Rat. Shock. 2017 Dec;48(6):674-680. doi: 10.1097/SHK.0000000000000909. PMID: 28562481

Mesgarpour B, Heidinger BH, Roth D, Schmitz S, Walsh CD, Herkner H. Harms of off-label erythropoiesis-stimulating agents for critically ill people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;8:CD010969

Peacock WF, Sterz FR

Therapeutic Hypothermia After Cardiac Arrest. JAMA. 2017 Feb 14;317(6):644. doi: 10.1001/jama.2016.19826.letter

Schiemann M, Puchhammer-Stöckl E, Eskandary F, Kohlbeck P, Rasoul-Rockenschaub S, Heilos A, Kozakowski N, Görzer I, Kikić Ž, Herkner H, Böhmig GA, Bond G. Torque Teno Virus Load-Inverse Association With Antibody-Mediated Rejection After Kidney Transplantation. Transplantation. 2017 Feb;101(2):360-367. doi: 10.1097/TP.0000000000001455

Schober A, Sterz F, Herkner H, Wallmueller C, Weiser C, Hubner P, Testori C. Emergency extracorporeal life support and ongoing resuscitation: a retrospective comparison for refractory out-of-hospital cardiac arrest.

Emerg Med J. 2017 Feb 17. pii: emermed-2015-205232. doi: 10.1136/emered-2015-205232. [Epub ahead of print]

Simon A, Niederdoeckl J, Skyllouriotis E, Schuetz N, Herkner H, Weiser C, Laggner AN, Domanovits H, Spiel AO.

Vernakalant is superior to ibutilide for achieving sinus rhythm in patients with recent-onset atrial fibrillation: a randomized controlled trial at the emergency department. Europace. 2017 Feb 1;19(2):233-240. doi: 10.1093/europace/euw052.

Sulzgruber P, Poppe M, Lobmeyr E, Datler P, Keferböck M, Zeiner S, Nürnberger A, Sterz F. Advanced life support in pediatric out-of-hospital cardiac arrest—A two-year review and critical appraisal of quality of care and clinical outcome in a European metropolitan area. Resuscitation. 2017 May;114:e21-e22. doi: 10.1016/j.resuscitation.2017.03.018. Epub 2017 Mar 18. No abstract available. PMID: 28323085

Sulzgruber P, Sterz F, Poppe M, Schober A, Lobmeyr E, Datler P, Keferböck M, Zeiner S, Nürnberger A, Hubner P, Stratil P, Wallmueller C, Weiser C, Warenits AM, van Tulder R, Zajicek A, Buchinger A, Testori C. Age-specific prognostication after out-of-hospital cardiac arrest – The ethical dilemma between 'life-sustaining treatment' and 'the right to die' in the elderly. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2017 Mar;6(2):112-120. doi: 10.1177/2048872616672076.

Van Tulder R, Laggner R, Roth D, Krammel M, Schriegl C, Kienbacher C, Novosad H, Chwojka CC, Sterz F, Havel C, Schreiber W, Herkner H. Dispatchers' impression and actual quality of CPR during telephone-assisted bystander CPR: A post hoc analysis of 94 simulated, manikin based scenarios. Emergencias. 2017;29:11-17

Weiser C, Weihs W, Holzer M, Testori C, Kramer A-M, Kment C, Stoiber M, Poppe M, Wallmüller C, Stratil P, Hoschitz M, Laggner A, Sterz F. Feasibility of profound hypothermia as part of extracorporeal life support in a pig model. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2017 Sep;154(3):867-74.

Weiser C, Schwameis M, Sterz F, Herkner H, Lang IM, Schwarzinger I, Spiel AO. Mortality in patients resuscitated from out-of-hospital cardiac arrest based on automated blood cell count and neutrophil lymphocyte ratio at admission. Resuscitation. 2017 Jul;116:49-55.

Weiss TW, Rohla M, Dieplinger B, Domanovits H, Fries D, Vosko MR, Gary T, Ay C. Edoxaban for stroke prevention in atrial fibrillation and treatment of venous thromboembolism: an expert position paper Wien Med Wochenschr. 2017 Feb 24. doi: 10.1007/s10354-017-0548-4.

Wurm R, Cho A, Arfsten H, Van Tulder R, Wallmüller C, Steininger P, Sterz F, Tendl K, Balassy C, Distelmaier K, Hülsmann M, Heinz G, Adlbrecht C. Non-occlusive mesenteric ischaemia in out of hospital cardiac arrest survivors. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2017 Jan 1;2048872616687096. doi: 10.1177/2048872616687096. [Epub ahead of print]

2016

Arrich J, Holzer M, Havel C, Müllner M, Herkner H.

Hypothermia for neuroprotection in adults after cardiopulmonary resuscitation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Feb 15;2:CD004128. doi: 10.1002/14651858.CD004128.pub4. Review.

Arrich J, Holzer M, Havel C, Warenits AM, Herkner H.

Pre-hospital versus in-hospital initiation of cooling for survival and neuroprotection after out-of-hospital cardiac arrest. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 15;3:CD010570. doi: 10.1002/14651858.CD010570.pub2. Review.

Bartko J, Stiebellehner L, Derhaschnig U, Schoergenhofer C, Schwameis M, Prosch H, Jilma B.

Dissociation between systemic and pulmonary anti-inflammatory effects of dexamethasone in humans. *Br J Clin Pharmacol.* 2016 May;81(5):865-77. doi: 10.1111/bcp.12857.

Dellimore K, Wijshoff R, Haarburger C, Aarts V, Derkx R, van de Laar J, Nammi K, Russell JK, Hubner P, Sterz F, Muehlsteff J.

Towards an algorithm for automatic accelerometer-based pulse presence detection during cardiopulmonary resuscitation. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.* 2016 Aug;2016:3531-3534. doi: 10.1109/EMBC.2016.7591490.

Fuehrer U, Marschall J, Sodeck GH, Carrel TP.Reply. Ann Thorac Surg.2016

Dec;102(6):2138.doi:10.1016/j.athoracsur.2016.07.014.PubMed PMID: 27847058.

Gamper G, Havel C, Arrich J, Losert H, Pace NL, Müllner M, Herkner H.

Vasopressors for hypotensive shock. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Feb 15;2:CD003709. doi: 10.1002/14651858.CD003709.pub4. Review.

Grave MS, Sterz F, Nürnberger A, Fykatas S, Gatterbauer M, Stättermayer AF, Zajicek A, Malzer R, Sebald D, van Tulder R.

Safety and feasibility of the RhinoChill immediate transnasal evaporative cooling device during out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: A single-center, observational study. *Medicine (Baltimore).* 2016 Aug;95(34):e4692. doi: 10.1097/MD.0000000000004692.

Handisurya A, Kerscher C, Tura A, Herkner H, Payer BA, Mandorfer M, Werzowa J, Winnicki W, Reiberger T, Kautzky-Willer A, Pacini G, Säemann M, Schmidt A.

Conversion from Tacrolimus to Cyclosporine A Improves Glucose Tolerance in HCV-Positive Renal Transplant Recipients. *PLoS One.* 2016 Jan 6;11(1):e0145319. doi: 10.1371/journal.pone.0145319.

Harrison N, Poepl W, Herkner H, Tillhof KD, Grabmeier-Pfistershammer K, Rieger A, Forstner C, Burgmann H, Lagler H.

Predictors for and coverage of influenza vaccination among HIV-positive patients: a cross-sectional survey. *HIV Med.* 2016 Dec 30. doi: 10.1111/hiv.12483. [Epub ahead of print]

Hickey GL, Dunning J, Seifert B, Sodeck G, Carr MJ, Burger HU, Beyersdorf F;

EJECTS and ICVTS Editorial Committees. Corrigendum to "Statistical and data reporting guidelines for the European Journal of Cardio-Thoracic Surgery" [*Eur J Cardiothorac Surg* 2016 Mar;49(3):1024.doi: 10.1093/ejcts/ezw003.PubMed PMID: 26851806.

Hosmann A, Schober A, Gruber A, Sterz F, Testori C, Warenits A, Weihs W, Högl S, Scherer T, Janata A, Laggner A, Zeitlinger M.

Cerebral and Peripheral Metabolism to Predict Successful Reperfusion After Cardiac Arrest in Rats: A Microdialysis Study. *Neurocrit Care.* 2016 Apr;24(2):283-93. doi: 10.1007/s12028-015-0214-x.

Königsbrügge O, Simon A, Domanovits H, Pabinger I, Ay C.

Thromboembolic events, bleeding, and drug discontinuation in patients with atrial fibrillation on anticoagulation: a prospective hospital-based registry. *BMC Cardiovasc Disord.* 2016 Dec 9;16(1):254.

Madathil RJ, Hira RS, Stoeckl M, Sterz F, Elrod JB, Nichol G.

Ischemia reperfusion injury as a modifiable therapeutic target for cardioprotection or neuroprotection in patients undergoing cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation.* 2016 Aug;105:85-91. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.04.009. Review.

Marsoner K, Langeder R, Csengeri D, Sodeck G, Mischinger HJ, Kornprat P.

Portal vein resection in advanced pancreatic adenocarcinoma: is it worth the risk? *Wien klin Wochenschr.* 2016 Aug;128(15-16):566-72.doi: 10.1007/s00508-016-1024-7. Epub 2016 Jun 30. PubMed PMID: 27363995; PubMed. Central PMCID: PMCID: PMC5010594

Marsoner K, Kornprat P, Sodeck G, Schagerl J, Langeder R, Csengeri D, Wagner D, Mischinger HJ, Haybaeck J.

Pancreas Cancer Surgery in Octogenarians – Should We or Should We Not? *Anticancer Res.* 2016 Apr;36(4):1979-84. PubMed PMID: 27069190

Mesgarpour B, Mesgarpour M, Herkner H.

SensPrecOptimizer: a software tool that combined search queries to design efficient search strategies. *J Clin Epidemiol.* 2016 Mar;71:122-3. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.11.007.

Nichol G, Brown SP, Perkins GD, Kim F, Sterz F, Broeckel Elrod JA, Mentzelopoulos S, Lyon R, Arabi Y, Castren M, Larsen P, Valenzuela T, Graesner JT, Youngquist S, Khunkhlai N, Wang HE, Ondrej F, Sastrias JM, Barasa A, Sayre MR.

What change in outcomes after cardiac arrest is necessary to change practice? Results of an international survey. *Resuscitation.* 2016 Oct;107:115-20. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.08.004.

Olsen JA, Lerner EB, Persse D, Sterz F, Lozano M Jr, Brouwer MA, Westfall M, van Grunsven PM, Travis DT, Herken UR, Brunborg C, Wik L.

Chest compression duration influences outcome between integrated load-distributing band and manual CPR during cardiac arrest. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2016 Feb;60(2):222-9. doi: 10.1111/aas.12605.

- Pavo N, Goliasch G, Nierscher FJ, Stumpf D, Haugk M, Breckwoldt J, Ruetzler K, Greif R, Fischer H.** Short structured feedback training is equivalent to a mechanical feedback device in two-rescuer BLS: a randomised simulation study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2016 May 13;24:70. doi: 10.1186/s13049-016-0265-9. PubMed PMID: 27177424; PubMed Central PMCID: PMC4866361
- Reineke D, Winkler B, König T, Meszaros K, Sodeck G, Schönhoff F, Erdoes G, Czerny M, Carrel T.** Minimized extracorporeal circulation does not impair cognitive brain function after coronary artery bypass grafting. *Interact Cardiovasc Torac Surg.* 2015 Jan;20(1):68-73. doi: 10.1093/icvts/ivu341. Epub 2014 Oct 16. PubMed PMID: 23533401.
- Roth D, Heidinger B, Havel C, Herkner H.** Different Mortality Time Points in Critical Care Trials: Current Practice and Influence on Effect Estimates in Meta-Analyses. *Crit Care Med.* 2016 Aug;44(8):e737-41. doi: 10.1097/CCM.0000000000001631.
- Roth D, Schreiber W, Herkner H.** Safety of laryngeal tubes- the authors reply. *Am J Emerg Med.* 2016 Feb;34(2):311. doi: 10.1016/j.ajem.2015.11.005. No abstract available.
- Schober A, Sterz F, Laggner AN, Poppe M, Sulzgruber P, Lobmeyr E, Datler P, Keferböck M, Zeiner S, Nuernberger A, Eder B, Hinterholzer G, Mydza D, Enzelsberger B, Herlich K, Schuster R, Koeller E, Publig T, Smetana P, Scheibenpflug C, Christ G, Meyer B, Uray T.** Admission of out-of-hospital cardiac arrest victims to a high volume cardiac arrest center is linked to improved outcome. *Resuscitation.* 2016 Sep;106:42-8. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.06.021.
- Schober A, Warenits AM, Testori C, Weihs W, Hosmann A, Högl S, Sterz F, Janata A, Scherer T, Magnet IA, Ettl F, Laggner AN, Herkner H, Zeitlinger M.** Microdialysis Assessment of Cerebral Perfusion during Cardiac Arrest, Extracorporeal Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation in Rats – A Pilot Trial. *PLoS One.* 2016 May 13;11(5):e0155303. doi: 10.1371/journal.pone.0155303.
- Schock RB, Janata A, Peacock WF, Deal NS, Kalra S, Sterz F.** Time to Cooling Is Associated with Resuscitation Outcomes. *Ther Hypothermia Temp Manag.* 2016 Dec;6(4):208-217.
- Schoergenhofer C, Schwameis M, Hobl EL, Ay C, Key NS, Derhaschnig U, Jilma B, Spiel AO.** Potent irreversible P2Y12 inhibition does not reduce LPS-induced coagulation activation in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Sci (Lond).* 2016 Mar;130(6):433-40. doi: 10.1042/CS20150591.
- Steinberg MT, Olsen JA, Brunborg C, Persse D, Sterz F, Lozano M Jr, Westfall M, Travis DT, Lerner EB, Wik L.** Defibrillation success during different phases of the mechanical chest compression cycle. *Resuscitation.* 2016 Jun;103:99-105. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.01.031.
- Sulzgruber P, Sterz F, Schober A, Uray T, Van Tulder R, Hubner P, Wallmüller C, El-Tattar D, Graf N, Ruzicka G, Schriefl C, Zajicek A, Buchinger A, Koller L, Laggner AN, Spiel A.** Editor's Choice-Progress in the chain of survival and its impact on outcomes of patients admitted to a specialized high-volume cardiac arrest center during the past two decades. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2016 Nov;5(7):3-12. doi: 10.1177/2048872615620904.
- van Tulder R, Roth D, Krammel M, Laggner R, Heidinger B, Kienbacher C, Novosad H, Chwojka C, Havel C, Sterz F, Schreiber W, Herkner H.** Effects of repetitive or intensified instructions in telephone assisted, bystander cardiopulmonary resuscitation: An investigator-blinded, 4-armed, randomized, factorial simulation trial. *Resuscitation.* 2014;85: 112-118. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.08.010. Epub 2013 Sep 4.
- van Tulder R, Schriefl C, Roth D, Stratil P, Thalhammer M, Wiecek H, Lausch F, Zajicek A, Haidvogel J, Sebald D, Schreiber W, Sterz F, Laggner A.** Laryngeal Tube Practice in a Metropolitan Ambulance Service: A Five-year Retrospective Observational Study (2009-2013). *Prehosp Emerg Care.* 2016 Apr 26:1-7. doi: 10.3109/10903127.2015.1129473. [Epub ahead of print]
- Wallmüller C, Testori C, Sterz F, Stratil P, Schober A, Herkner H, Hubner P, Weiser C, Stöckl M, Zeiner A, Losert H.** Limited effect of mild therapeutic hypothermia on outcome after prolonged resuscitation. *Resuscitation.* 2016 Jan;98:15-9. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.09.400.
- Warenits AM, Sterz F, Schober A, Ettl F, Magnet IA, Högl S, Teubenbacher U, Grassmann D, Wagner M, Janata A, Weihs W.** Reduction of Serious Adverse Events Demanding Study Exclusion in Model Development: Extracorporeal Life Support Resuscitation of Ventricular Fibrillation Cardiac Arrest in Ra. *Shock.* 2016 Dec;46(6):704-712.
- Weihs W, Warenits AM, Ettl F, Magnet IA, Teubenbacher U, Hilpold A, Schober A, Testori C, Tiboldi A, Mag KT, Holzer M, Hoegler S, Janata A, Sterz F.** Reduced long-term memory in a rat model of 8 minutes ventricular fibrillation cardiac arrest: a pilot trial. *BMC Vet Res.* 2016 Jun 13;12(1):103. doi: 10.1186/s12917-016-0740-6.
- Wik L, Olsen JA, Persse D, Sterz F, Lozano M Jr, Brouwer MA, Westfall M, Souders CM, Travis DT, Herken UR, Lerner EB.** Why do some studies find that CPR fraction is not a predictor of survival? *Resuscitation.* 2016 Jul;104:59-62. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.04.013.

2015

Grabmeier-Pfistershammer K, Herkner H, Touzeau-Roemer V, Rieger A, Burgmann H, Poepl W.

Low tetanus, diphtheria and acellular pertussis (Tdap) vaccination coverage among HIV infected individuals in Austria. *Vaccine*. 2015 Jul 31;33(32):3929-32. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.06.056.

Hickey GL, Dunning J, Seifert B, Sodeck G, Carr MJ, Burger HU, Beyersdorf F;

EJECTS and ICVTS Editorial Committees.

Statistical and data reporting guidelines for the European Journal of Cardio-Thoracic Surgery and the Interactive Cardio Vascular and Thoracic Surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2015

Aug;48(2):180-93. doi: 10.1093/ejcts/ezv168. Epub2015 May 12. Erratum in: *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016 Mar;49(3):1024. PubMed PMID: 25971435.

Hobl EL, Jilma B, Derhaschnig U, Schoergenhofer C, Schwameis M, Jilma-Stohlawetz P.

Comparison of a new ELISA-based with the flow cytometric assay for vasodilator-associated stimulated phosphoprotein phosphorylation to assess P2Y12-inhibition after ticagrelor intake.

Cytometry B Clin Cytom. 2015 Nov-Dec;88(6):385-8. doi: 10.1002/cyto.b.21119.

Holzinger U, Brunner R, Losert H, Fuhrmann V, Herkner H, Madl C, Sterz F, Schneeweiß B.

Resting energy expenditure and substrate oxidation rates correlate to temperature and outcome after cardiac arrest – a prospective observational cohort study. *Crit Care*. 2015 Mar 29;19:128. doi: 10.1186/s13054-015-0856-2.

Hubner P, Schober A, Sterz F, Stratil P, Wallmueller C, Testori C, Grassmann D, Lebl N, Ohrenberger I, Herkner H, Weiser C.

Surveillance of Patients in the Waiting Area of the Department of Emergency Medicine.

Medicine (Baltimore). 2015 Dec;94(51):e2322. doi: 10.1097/MD.0000000000002322.

Kozakowski N, Herkner H, Böhmig GA, Regele H, Kornauth C, Bond G, Kikić Ž.

The diffuse extent of peritubular capillaritis in renal allograft rejection is an independent risk factor for graft loss.

Kidney Int. 2015 Aug;88(2):332-40. doi: 10.1038/ki.2015.64.

Mesgarpour B, Gouya G, Herkner H, Reichardt B, Wolzt M.

A population-based analysis of the risk of drug interaction between clarithromycin and statins for hospitalisation or death.

Lipids Health Dis. 2015 Oct 24;14:131. doi: 10.1186/s12944-015-0134-y

Meszaros K, Fuehrer U, Grogg S, Sodeck G, Czerny M, Marschall J, Carrel T.

Risk Factors for Sternal Wound Infection After Open Heart Operations Vary According to Type of the Operation. *Ann Thorac Surg*. 2016 Apr;101(4):1418-25. doi: 10.1016/j.ahoracsur.2015.09.010. Epub 2015 Nov 30. PubMed PMID: 26652136.

Olsen JA, Brunborg C, Steinberg M, Persse D, Sterz F, Lozano M Jr, Westfall M, Travis DT, Lerner EB, Brouwer MA, Wik L.

Pre-shock chest compression pause effects on termination of ventricular fibrillation/tachycardia and return of organized rhythm within mechanical and manual cardiopulmonary resuscitation.

Resuscitation. 2015 Aug;93:158-63. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.04.023.

Poepl W, Lagler H, Raderer M, Sperr WR, Zielinski C, Herkner H, Burgmann H.

Influenza vaccination perception and coverage among patients with malignant disease.

Vaccine. 2015 Mar 30;33(14):1682-7. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.02.029.

Polderman KH, Noc M, Beishuizen A, Biermann H, Girbes AR, Tully GW, Seidman D, Albertsson PA, Holmberg M, Sterz F, Holzer M.

Ultrarapid Induction of Hypothermia Using Continuous Automated Peritoneal Lavage With Ice-Cold Fluids: Final Results of the Cooling for Cardiac Arrest or Acute ST-Elevation Myocardial Infarction Trial.

Crit Care Med. 2015 Oct;43(10):2191-201. doi: 10.1097/CCM.0000000000001158

Poppe M, Weiser C, Holzer M, Sulzgruber P, Datler P, Keferböck M, Zeiner S, Lobmeyr E, van Tulder R, Ziegler A, Glück H, Meixner M, Schrattenbacher G, Maszar H, Zajicek A, Sterz F, Schober A.

The incidence of "load&go" out-of-hospital cardiac arrest candidates for emergency department utilization of emergency extracorporeal life support: A one-year review.

Resuscitation. 2015 Jun;91:131-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.03.003.

Riegersperger M, Herkner H, Sunder-Plassmann G.

Pulsed oral sirolimus in advanced autosomal-dominant polycystic kidney disease (Vienna RAP Study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015 Apr 23;16:182. doi: 10.1186/s13063-015-0692-3.

Roth D, Hafner C, Aufmesser W, Hudabiunigg K, Wutti C, Herkner H, Schreiber W.

Safety and feasibility of the laryngeal tube when used by EMTs during out-of-hospital cardiac arrest.

Am J Emerg Med. 2015 Aug;33(8):1050-5. doi: 10.1016/j.ajem.2015.04.048.

Roth D, Van Tulder R, Heidinger B, Herkner H, Schreiber W, Havel C.

Admission blood pressure and 1-year mortality in acute myocardial infarction.

Int J Clin Pract. 2015 Aug;69(8):812-9. doi: 10.1111/ijcp.12588.

Schwameis M, Buchtele N, Schober A, Schoergenhofer C, Quehenberger P, Jilma B.

Prognosis of overt disseminated intravascular coagulation in patients admitted to a medical emergency department.

Eur J Emerg Med. 2015 Dec 23. [Epub ahead of print]

Schwameis M, Schober A, Schörgenhofer C, Sperr WR, Schöchl H, Janata-Schwartzek K, Kürkcayan EI, Sterz F, Jilma B.

Asphyxia by Drowning Induces Massive Bleeding Due To Hyperfibrinolytic Disseminated Intravascular Coagulation.

Crit Care Med. 2015 Nov;43(11):2394-402. doi: 10.1097/CCM.0000000000001273.

Steinberg MT, Olsen JA, Brunborg C, Persse D, Sterz F, Lozano M Jr, Brouwer MA, Westfall M, Souders CM, van Grunsven PM, Travis DT, Lerner EB, Wik L.

Minimizing pre-shock chest compression pauses in a cardiopulmonary resuscitation cycle by performing an earlier rhythm analysis.

Resuscitation. 2015 Feb;87:33-7. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.11.012.

Sulzgruber P, Kliegel A, Wandaller C, Uray T, Losert H, Laggner AN, Sterz F, Kliegel M.

Survivors of cardiac arrest with good neurological outcome show considerable impairments of memory functioning. *Resuscitation*. 2015 Mar;88:120-5. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.11.009.

Uray T, Mayr FB, Fitzgibbon J, Rittenberger JC, Callaway CW, Drabek T, Fabio A, Angus DC, Kochanek PM, Dezfulian C.

Socioeconomic factors associated with outcome after cardiac arrest in patients under the age of 65. *Resuscitation*. 2015 Aug;93:14-9. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.04.032.

Uray T, Mayr FB, Stratil P, Aschauer S, Testori C, Sterz F, Haugk M.

Prehospital surface cooling is safe and can reduce time to target temperature after cardiac arrest. *Resuscitation*. 2015 Feb;87:51-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.10.026.

Uray T, Sterz F, Weiser C, Schreiber W, Spiel A, Schober A, Stratil P, Mayr FB.

Quality of post arrest care does not differ by time of day at a specialized resuscitation center *Medicine (Baltimore)*. 2015 Apr;94(14):e664. doi: 10.1097/MD.0000000000000664.

van Tulder R, Laggner R, Kienbacher C, Schmid B, Zajicek A, Haidvogel J, Sebold D, Laggner AN, Herkner H, Sterz F, Eisenburger P.

The capability of professional- and lay-rescuers to estimate the chest compression-depth target: a short, randomized experiment. *Resuscitation*. 2015 Apr;89:137-41. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.01.031.

Wallmüller C, Herold B, Sterz F, Makristathis A, Ramharter M.

Activity of antimicrobial drugs against bacterial pathogens under mild hypothermic conditions. *Am J Emerg Med*. 2015 Oct;33(10):1445-8. doi: 10.1016/j.ajem.2015.07.005.

Weidenauer D, Bartko P, Zach H, Zehetgruber M, Domanovits H, Graf S, Mundigler G.

Stress-echocardiography is underused in clinical practice: a nationwide survey in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 2015 Jul;127(13-14):514-20. doi: 10.1007/s00508-015-0828-1.

Zeiner S, Sulzgruber P, Datler P, Keferböck M, Poppe M, Lobmeyr E, van Tulder R, Zajicek A, Buchinger A, Polz K, Schratzenbacher G, Sterz F.

Mechanical chest compression does not seem to improve outcome after out-of hospital cardiac arrest. A single center observational trial. *Resuscitation*. 2015 Nov;96:220-5. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.051.

Czerny M, Reser D, Eggebrecht H, Janata K, Sodeck G, Etz C, Luehr M, Verzini F, Loschi D, Chiesa R, Melissano G, Kahlberg A, Amabile P, Harringer W, Janosi RA, Erbel R, Schmidli J, Tozzi P, Okita Y, Canaud L, Khojenezhad A, Maritati G, Cao P, Kölbel T, Trimarchi S.

Aorto-bronchial and aorto-pulmonary fistulation after thoracic endovascular aortic repair: an analysis from the European Registry of Endovascular Aortic Repair Complications. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2015 Aug;48(2):252-7. doi: 10.1093/ejcts/ezu443.

Soleimanpour H, Behringer W, Tabrizi JS, Sarahrudi K, Golzari SE, Hajdu S, Rasouli M, Nikakhtar M, Mehdizadeh Esfanjani R.

An Analytical Comparison of the Opinions of Physicians Working in Emergency and Trauma Surgery Departments at Tabriz and Vienna Medical Universities Regarding Family Presence during Resuscitation. *PLoS One*. 2015 Apr 23;10(4):e0123765. doi:10.1371/journal.pone.0123765.

Erlinge D, Götberg M, Noc M, Lang I, Holzer M, Clemmensen P, Jensen U, Metzler B, James S, Botker HE, Omerovic E, Koul S, Engblom H, Carlsson M, Arheden H, Östlund O, Wallentin L, Klos B, Harnek J, Olivecrona GK.

Therapeutic hypothermia for the treatment of acute myocardial infarction-combined analysis of the RAPID MI-ICE and the CHILL-MI trials. *Ther Hypothermia Temp Manag* 2015;5:77-84.

Van Tulder R, Roth D, Krammel M, Laggner R, Schriefl C, Kienbacher C, Hartmann AL, Novosad H, Chwojka CC, Havel C, Schreiber W, Herkner H.

Effects of A (Voice-) Metronome On Compression Rate And Depth In Telephone Assisted, Bystander Cardiopulmonary Resuscitation: An Investigator-Blinded, 3-armed, Randomized, Simulation Trial. *Emergencias*. 2015;27:357-363

2014

Aschauer S, Dorffner G, Sterz F, Erdogmus A, Laggner AN.

A prediction tool for initial out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation*. 2014 Sep;85(9):1225-31. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.06.007

Blessberger H, Kammler J, Domanovits H, Schlager O, Wildner B, Azar D, Schillinger M, Wiesbauer F, Steinwender C.

Perioperative beta-blockers for preventing surgery-related mortality and morbidity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 18;(9):CD004476. doi: 10.1002/14651858.CD004476.pub2. Review

Gouya G, Arrich J, Wolzt M, Huber K, Verheugt FWA, Gurbel PA, Pirker-Kees A, Siller-Matula JM.

Antiplatelet Treatment for Prevention of Cerebrovascular Events in Patients with Vascular Diseases A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke* 2014;45:492-503

Grabmeier-Pfistershammer K, Poepl W, Herkner H, Touzeau-Roemer V, Huschka E, Rieger A, Burgmann H.

High need for MMR vaccination in HIV infected adults in Austria. *Vaccine*. 2014 Oct 14;32(45):6020-3. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.07.114.

Hörburger D, Haslinger J, Bickel H, Graf N, Schober A, Testori C, Weiser C, Sterz F, Haugk M.

Where no guideline has gone before: retrospective analysis of resuscitation in the 24th century. *Resuscitation*. 2014 Dec;85(12):1790-4.

- Horvatits T, Drolz A, Roedel K, Herkner H, Ferlitsch A, Perkmann T, Müller C, Trauner M, Schenk P, Fuhrmann V.** Von Willebrand factor antigen for detection of hepatopulmonary syndrome in patients with cirrhosis. *J Hepatol.* 2014 Sep;61(3):544-9. doi: 10.1016/j.jhep.2014.04.025.
- Hubner P, Meron G, Kürkciyan I, Weiser C, Wallmüller C, Stöckl M, Schober A, van Tulder R, Sterz F.** Neurologic causes of cardiac arrest and outcomes. *J Emerg Med.* 2014 Dec;47(6):660-7. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.07.029
- Janata A, Magnet IA, Uray T, Stezoski JP, Janesko-Feldman K, Tisherman SA, Kochanek PM, Drabek T.** Regional TNF α mapping in the brain reveals the striatum as a neuroinflammatory target after ventricular fibrillation cardiac arrest in rats. *Resuscitation.* 2014 May;85(5):694-701. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.01.033.
- Kikić Z, Herkner H, Sengölge G, Kozakowski N, Bartel G, Plischke M.** Pretransplant risk stratification for early survival of renal allograft recipients. *Eur J Clin Invest.* 2014 Feb;44(2):168-75. doi: 10.1111/eci.12203.
- Kyrle PA, Binder K, Eichinger S, Függer R, Gollackner B, Hiesmayr JM, Huber K, Lang W, Perger P, Quehenberger P, Roithinger FX, Schmaldienst S, Weltermann A, Domanovits H.** Dabigatran: patient management in specific clinical settings. *Wien Klin Wochenschr.* 2014 Sep;126(17-18):503-8. doi: 10.1007/s00508-014-0581-x.
- Lagler H, Poepl W, Winkler H, Herkner H, Faas A, Mooseder G, Burgmann H.** Hepatitis E virus seroprevalence in Austrian adults: a nationwide cross-sectional study among civilians and military professionals. *PLoS One.* 2014 Feb 3;9(2):e87669. doi: 10.1371/journal.pone.0087669.
- Nishiyama C, Brown SP, May S, Iwami T, Koster RW, Beesems SG, Kuisma M, Salo A, Jacobs I, Finn J, Sterz F, Nürnberger A, Smith K, Morrison L, Olasveengen TM, Callaway CW, Shin SD, Gräsner JT, Daya M, Ma MH, Herlitz J, Strömsöe A, Aufderheide TP, Masterson S, Wang H, Christenson J, Stiell I, Davis D, Huszti E, Nichol G.** Apples to apples or apples to oranges? International variation in reporting of process and outcome of care for out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2014 Nov;85(11):1599-609. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.06.031.
- Parnia S, Spearpoint K, de Vos G, Fenwick P, Goldberg D, Yang J, Zhu J, Baker K, Killingback H, McLean P, Wood M, Zafari AM, Dickert N, Beisteiner R, Sterz F, Berger M, Warlow C, Bullock S, Lovett S, McPara RM, Marti-Navarette S, Cushing P, Wills P, Harris K, Sutton J, Walmsley A, Deakin CD, Little P, Farber M, Greyson B, Schoenfeld ER.** AWARE-Awareness during REsuscitation-a prospective study. *Resuscitation.* 2014 Dec;85(12):1799-805. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.09.004.
- Poepl W, Herkner H, Tobudic S, Faas A, Mooseder G, Burgmann H, Auer H.** Exposure to *Echinococcus multilocularis*, *Toxocara canis*, and *Toxocara cati* in Austria: a nationwide cross-sectional seroprevalence study. *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2013 Nov;13(11):798-803. doi: 10.1089/vbz.2012.1283.
- Roth D, Schreiber W, Herkner H, Havel C.** Prevalence of carbon monoxide poisoning in patients presenting to a large emergency department. *Int J Clin Pract.* 2014 Oct;68(10):1239-45. doi: 10.1111/ijcp.12432.
- Schober A, Sterz F, Handler C, Kürkciyan I, Laggner A, Röggl M, Schwameis M, Wallmueller C, Testori C.** Cardiac arrest due to accidental hypothermia – a 20 year review of a rare condition in an urban area. *Resuscitation.* 2014 Jun;85(6):749-56. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.01.027.
- Schwameis M, Thaler J, Schober A, Schörgenhofer C, Kulinna-Cosentini C, Laggner A, Röggl M, Jilma B.** Tranexamic acid and fibrinogen restore clotting in vitro and in vivo in cardiac thrombus associated hyperfibrinolysis with overt bleedings. *Thromb Haemost.* 2014 Nov;112(5):1071-5. doi: 10.1160/TH14-04-0357.
- Semsroth S, Dumfarth J, Schachner T, Grimm M, Domanovits H.** Acute aortic syndrome. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2014 Jun;109(5):371-84. doi: 10.1007/s00063-014-0391-y. Review. German
- Uray T, Kochanek PM.** Finding a faster and safer way to „catch a cold“ after cardiac arrest: we may be getting closer. *Resuscitation.* 2014 Sep;85(9):1131-3. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.06.021
- van Tulder R, Roth D, Havel C, Eisenburger P, Heidinger B, Chwojka CC, Novosad H, Sterz F, Herkner H, Schreiber W.** „Push as hard as you can“ instruction for telephone cardiopulmonary resuscitation: a randomized simulation study. *J Emerg Med.* 2014 Mar;46(3):363-70. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.08.067.
- van Tulder R, Roth D, Krammel M, Laggner R, Heidinger B, Kienbacher C, Novosad H, Chwojka C, Havel C, Sterz F, Schreiber W, Herkner H.** Effects of repetitive or intensified instructions in telephone assisted, bystander cardiopulmonary resuscitation: An investigator-blinded, 4-armed, randomized, factorial simulation trial. *Resuscitation.* 2014;85: 112-118. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.08.010. Epub 2013 Sep 4.
- Wik L, Olsen JA, Persse D, Sterz F, Lozano M Jr, Brouwer MA, Westfall M, Souders CM, Malzer R, van Grunsven PM, Travis DT, Whitehead A, Herken UR, Lerner EB.** Manual vs. integrated automatic load-distributing band CPR with equal survival after out of hospital cardiac arrest. The randomized CIRC trial. *Resuscitation.* 2014 Jun;85(6):741-8. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.03.005. Erratum in: *Resuscitation.* 2014 Sep;85

Schober A, Holzer M, Hochrieser H, Posch M, Schmutz R, Metnitz P

Crit Care. Effect of intensive care after cardiac arrest on patient outcome: a database analysis. 2014 Apr 29;18(2):R84. doi:10.1186/cc13847

Erlinge D, Götberg M, Lang I, Holzer M, Noc M, Clemmensen P, Jensen U, Metzler B, James S, Bötter HE, Omerovic E, Engblom H, Carlsson M, Arheden H, Ostlund O, Wallentin L, Harnek J, Olivecrona GK.

Rapid endovascular catheter core cooling combined with cold saline as an adjunct to percutaneous coronary intervention for the treatment of acute myocardial infarction. The CHILL-MI trial: a randomized controlled study of the use of central venous catheter core cooling combined with cold saline as an adjunct to percutaneous coronary intervention for the treatment of acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63:1857-65

Schober A, Holzer M, Hochrieser H, Posch M, Schmutz R, Metnitz P.

Effect of intensive care after cardiac arrest on patient outcome: a database analysis. *Crit Care* 2014, 18:R84

Zapletal B, Greif R, Stumpf D, Nierscher FJ, Frantal S, Haugk M, Ruetzler K, Schlimp C, Fischer H.

Comparing three CPR feedback devices and standard BLS in a single rescuer scenario: a randomised simulation study. *Resuscitation*. 2014 Apr;85(4):560-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.10.028. Epub 2013 Nov 8. PubMed PMID: 24215730

2013**Bota S, Herkner H, Sporea I, Salzl P, Sirlu R, Neghina AM, Peck-Radosavljevic M.**

Meta-analysis: ARFI elastography versus transient elastography for the evaluation of liver fibrosis. *Liver Int*. 2013; 33: 1138-1147. doi: 10.1111/liv.12240. Epub 2013 Jul 16.

Brunner R, Rinner W, Haberler C, Kitzberger R, Sycha T, Herkner H, Warszawska J, Madl C, Holzinger U.

Early treatment with IgM-enriched intravenous immunoglobulin does not mitigate critical illness polyneuropathy and/or myopathy in patients with multiple organ failure and SIRS/sepsis: a prospective, randomized, placebo-controlled, double-blinded trial. *Crit Care*. 2013 Oct 2;17(5):R213. [Epub ahead of print]

Deye N, Arrich J, Cariou A.

To cool or not to cool non-shockable cardiac arrest patients: it is time for randomized controlled trials. *Intensive Care Medicine* 2013;39:966-969. Editorial

Gruber C, Nabecker S, Wolfarth P, Ruetzler A, Roth D, Kimberger O, Fischer H, Frass M, Ruetzler K.

Evaluation of airway management associated hands-off time during cardiopulmonary resuscitation: a randomised manikin follow-up study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2013 Feb 25;21(1):10

Hörburger D, Kurkciyan I, Sterz F, MD, Schober A, Stöckl M, Stratil P, Uray T, Testori C, Weiser C, Haugk M.

Cardiac arrest caused by acute intoxication – insight from a registry. *Am J Emergency Medicine* 2013; 31:1443-1447

Jackson TC, Verrier JD, Drabek T, Janesko-Feldman K, Gillespie DG, Uray T, Dezfulian C, Clark RS, Bayir H, Jackson EK, Kochanek PM.

Pharmacological inhibition of pleckstrin homology domain leucine-rich repeat protein phosphatase is neuroprotective: differential effects on astrocytes. *J Pharmacol Exp Ther*. 2013 Nov;347(2):516-28. doi: 10.1124/jpet.113.206888.

Kikić Z, Herkner H, Sengölge G, Kozakowski N, Bartel G, Plischke M.

Pretransplant risk stratification for early survival of renal allograft recipients. *Eur J Clin Invest*. 2013 Nov 13. doi: 10.1111/eci.12203. [Epub ahead of print]

Kneidinger N, Warszawska J, Schenk P, Fuhrmann V, Bojic A, Hirschl A, Herkner H, Madl C, Makrithathis A.

Storage of bronchoalveolar lavage fluid and accuracy of microbiologic diagnostics in the ICU: a prospective observational study. *Crit Care*. 2013 Jul 11;17(4):R135. [Epub ahead of print]

Krizanac D, Stratil P, Hoerburger D, Testori C, Wallmueller C, Schober A, Haugk M, Haller M, Behringer W, Herkner H, Sterz F, Holzer M.

Femoro-iliacal artery versus pulmonary artery core temperature measurement during therapeutic hypothermia: An observational study. *Resuscitation* 2013; 84: 805-809

Mesgarpour B, Heidinger BH, Schwameis M, Kienbacher C, Walsh C, Schmitz, Herkner H.

Safety of off-label erythropoiesis stimulating agents in critically ill patients: a meta-analysis. *Intensive Care Med* 2013; 39: 1896-1908

Mesgarpour B, Müller M, Herkner H.

BMC Med Res Methodol. 2012; 12: 190.
Search strategies to identify reports on „off-label” drug use in EMBASE
Published online 2012 December 29. doi: 10.1186/1471-2288-12-190, PMID: PMC3543848

Nürnberg A, Sterz F, Malzer R, Warentis A, Girsma M, Stöckl M, Hlavin G, Magnet IAM, Weiser C, Zajicek A, Glück H, Grave MS, Müller V, Benold N, Hubner P, Kaff A.

Out of hospital cardiac arrest in Vienna: Incidence and outcome. *Resuscitation* 2013, 84: 42-47

Poepl W, Herkner H, Tobudic S, Faas A, Auer H, Mooseder G, Burgmann H, Walochnik J.

Seroprevalence and asymptomatic carriage of *Leishmania* spp. in Austria, a non-endemic European country. *Clin Microbiol Infect*. 2013 Jun;19(6):572-7. doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03960.x.

Poepl W, Orola MJ, Herkner H, Müller M, Tobudic S, Faas A, Mooseder G, Allerberger F, Burgmann H.

High prevalence of antibodies against *Leptospira* spp. in male Austrian adults: a cross-sectional survey, April to June 2009. *Euro Surveill*. 2013 Jun 20;18(25). pii: 20509.

Roth D, Bayer A, Schrattenbacher G, Malzer R, Herkner H, Schreiber W, Havel C.

Exposure to carbon monoxide for patients and providers in an urban emergency medical service. *Prehosp Emerg Care*. 2013;17: 354-360. doi: 10.3109/10903127.2012.761306. Epub 2013 Mar 7.

Roth D, Krammel M, Schreiber W, Herkner H, Havel C, Laggner AN.

Unrecognized carbon monoxide poisoning leads to a multiple-casualty incident. *J Emerg Med*. 2013; 45: 559-561. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.05.003. Epub 2013 Jun 27.

Roth D, Schreiber W, Stratil P, Pichler K, Havel C, Haugk M.

Airway management of adult patients without trauma in an ED led by internists. *Am J Emerg Med*. 2013 Sep;31(9):1338-42. doi: 10.1016/j.ajem.2013.06.001. Epub 2013 Jul 9. PubMed PMID: 23845473

Roth D, Schreiber W, Stratil P, Pichler K, Havel C, Haugk M.

Airway management of adult patients without trauma in an ED led by Internists. *Am J Emerg Med*. 2013 Sep;31(9):1338-42

Roth D, Koreny M, Van Tulder R, Heidinger B, Havel C, Herkner H, Schreiber W.

Management des Akuten Myokardinfarkts – 1991 bis 2009. Erfahrungen der Universitätsklinik für Notfallmedizin Wien. *Notfall Rettungsmed*. 2013;16:109-113

Stiermaier T, Herkner H, Tobudic S, Burgmann K, Staudinger T, Schellongowski P, Burgmann H.

Incidence and long-term outcome of sepsis on general wards and in an ICU at the General Hospital of Vienna: an observational cohort study. *Wien Klin Wochenschr*. 2013;125: 302-308. doi: 10.1007/s00508-013-0351-1. Epub 2013 May 18.

Stratil P, Wallmueller C, Schober A, Stoeckl M, Hoerbuerger D, Weiser C, Testori C, Krizanac D, Spiel A, Uray T, Sterz F, Haugk M.

Seasonal variability and influence of outdoor temperature on body temperature of cardiac arrest victims. *Resuscitation* 2013; 84: 630-634

Testori C, Holzer M, Sterz F, Stratil P, Hartner Z, Moscatob F, Schima H, Behringer W.

Rapid induction of mild therapeutic hypothermia by extracorporeal veno-venous blood cooling in humans. *Resuscitation* 2013; 84: 1051-1055

Testori C, Sterz F, Delle-Karth G, Malzer R, Holzer M, Stratil P, Stöckl M, Weiser C, van Tulder R, Gangl C, Sebald D, Zajicek A, Buchinger A, Lang I.

Strategic target temperature management in myocardial infarction – a feasibility trial. *Heart* 2013; 99: 1663-1667

van Tulder R, Roth D, Havel C, Eisenburger P, Heidinger B, Chwojka CC, Novosad H, Sterz F, Herkner H, Schreiber W.

„Push as Hard as You Can“ Instruction for Telephone Cardiopulmonary Resuscitation: A Randomized Simulation Study. *J Emerg Med*. 2013 Nov 12. pii: S0736-4679(13)01058-5. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.08.067. [Epub ahead of print]

van Tulder R, Roth D, Koreny M, Heidinger B, Kienbacher C, Havel C, Herkner H, Delle-Karth G, Laggner AN, Schreiber W.

Charakteristika der Patienten mit akutem Myokardinfarkt an der Universitätsklinik für Notfallmedizin Wien im Jahr 2011. *J Kardiol* 2013; 20: 23-29

Wallmüller C, Sterz F, Testori C, Schober A, Stratil P, Hörburger D, Stöckl M, Weiser C, Kricanac D, Zimpfer D, Deckert Z, Holzer M.

Emergency cardio-pulmonary bypass in cardiac arrest: Seventeen years of Experience. *Resuscitation* 2013; 84: 326-330

Warszawska JM, Gawish R, Sharif O, Sigel S, Doninger B, Lakovits K, Mesteri I, Nairz M, Boon L, Spiel A, Fuhrmann V, Strobl B, Müller M, Schenk P, Weiss G, Knapp S.

Lipocalin 2 deactivates macrophages and worsens pneumococcal pneumonia outcomes. *J Clin Invest*. 2013 Jul 1. pii: 67911. doi: 10.1172/JCI67911. [Epub ahead of print]

Weiser C, Testori C, Sterz F, Schober A, Stöckl M, Stratil P, Wallmüller C, Hörburger D, Spiel A, Kürkciyan I, Gangl C, Herkner H, Holzer M.

The effect of percutaneous coronary intervention in patients suffering from ST-segment elevation myocardial infarction complicated by out-of-hospital cardiac arrest on 30 days survival. *Resuscitation* 2013; 84 :602-608

Weiser C, van Tulder R, Stöckl M, Schober A, Herkner H, Chwojka CC, Hopfgartner A, Novosad H, Schreiber W, Sterz F.

Dispatchers impression plus Medical Priority Dispatch System reduced dispatch centre times in cases of out of hospital cardiac arrest. Pre-alert – a prospective, cluster randomized trial. *Resuscitation*. 2013; 84: 883-8. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.12.017. Epub 2013 Jan 4.

2012

Arrich J, Holzer M, Havel C, Müllner M, Herkner H.

Hypothermia for neuroprotection in adults after cardiopulmonary resuscitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD004128. doi: 10.1002/14651858.CD004128.pub3. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD004128.

Arrich J, Sterz F, Herkner H, Testori C, Behringer W.

Total epinephrine dose during asystole and pulseless electrical activity cardiac arrests is associated with unfavourable functional outcome and increased in-hospital mortality. *Resuscitation* 2012; 83: 333-337

Behringer W, Dodt C, Laggner AN.

Intensivtherapie in der Notaufnahme. Überflüssiger Luxus oder sinnvolle Kompetenz? *Notfall Rettungsmed* 2012;15:392-397

Behringer W, Arrich J.

The Gretchen question: When to cool patients after cardiac arrest? *Critical Care Medicine* 2012;40:984-985. Comment Brunner R, Adelsmayr G, Herkner H, Madl C, Holzinger U.

Glycemic variability and glucose complexity in critically ill patients: a retrospective analysis of continuous glucose monitoring data. *Crit Care*. 2012 Oct 2;16(5):R175. doi: 10.1186/cc11657.

Fischer H, Strunk G, Neuhold S, Kiblböck D, Trimmel H, Baubin M, Domanovits H, Maurer C, Greif R.

The effectiveness of ERC advanced life support (ALS) provider courses for the retention of ALS knowledge. *Resuscitation* 2012; 83:227-231

Gruber C, Schreiber W.

Beurteilung der Effizienz eines Audioplayer für Ersthelfer in der Behandlung eines Atem-Kreislauf- Stillstandes. *Notfall Rettungsmedizin* accepted

Horburger D, Testori C, Sterz F, Herkner H, Krizanac D, Uray T, Schober A, Stockl M, Stratil P, Weiser C, Wallmuller C, Holzer M.

Mild therapeutic hypothermia improves outcomes compared with normothermia in cardiac-arrest patients—a retrospective chart review. *Critical Care Medicine* 2012;40:2315-2319

Janata K, Höchtel T, Wenzel C, Jarai R, Fellner B, Geppert A, Smetana P, Havranek V, Huber K.

The role of ST-segment elevation in lead aVR in the risk assessment of patients with acute pulmonary embolism. *Clin Res Cardiol.* 2012 May;101(5):329-37. doi: 10.1007/s00392-011-0395-z.

Mayr FB, Domanovits H, Laggner AN.

Hypokalemic paralysis in a professional body builder. *Am J Emerg Med* 2012;30:1324.e5-1324.e8

Mesgarpour B, Müller M, Herkner H.

Search strategies to identify reports on „off-label“ drug use in EMBASE. *BMC Med Res Methodol.* 2012 Dec 29;12:190. doi: 10.1186/1471-2288-12-190.

Mesgarpour B, Müller M, Herkner H.

Search strategies-identified reports on „off-label“ drug use in MEDLINE. *J Clin Epidemiol.* 2012 Aug;65(8):827-34. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.01.020.

Spiel AO, Derhaschnig U, Schwameis M, Bartko J, Siller-Matula JM, Jilma B.

Effects of prasugrel on platelet inhibition during systemic endotoxaemia: a randomized controlled trial. *Clin Sci* 2012;123:591-600. doi: 10.1042/CS20120194.

Testori C, Sterz F, Behringer W, Haugk M, Uray T, Zeiner A, Janata A, Arrich J, Holzer M, Losert H.

Mild therapeutic hypothermia is associated with favourable outcome in patients after cardiac arrest with non-shockable rhythms. *Resuscitation.* 2011 Sep;82(9):1162-7. doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.05.022.

Testori C, Sterz F, Holzer M, Losert H, Arrich J, Herkner H, Krizanac D, Wallmüller C, Stratil P, Schober A, Hörburger D, Stöckl M, Weiser C, Uray T.

The beneficial effect of mild therapeutic hypothermia depends on the time of complete circulatory standstill in patients with cardiac arrest. *Resuscitation* 2012, 83:596-601

van Tulder R, Roth D, Weiser C, Heidinger B, Herkner H, Schreiber W, Havel C.

An electrocardiogram technician improves in-hospital first medical contact-to-electrocardiogram times: a cluster randomized controlled interventional trial. *Am J Emerg Med.* 2012 Nov;30(9):1729-36. doi: 10.1016/j.ajem.2012.01.029.

Wallmüller C, Domanovits H, Mayr FB, Laggner AN.

Cardiac arrest in a 35-year-old pregnant woman with sarcoidosis. *Resuscitation.* 2012 Jun;83(6):e151-2. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.02.017.

Wallmuller C, Meron G, Kurkciyan I, Schober A, Stratil P, Sterz F.

Causes of in-hospital cardiac arrest and influence on outcome. *Resuscitation* 2012;83:1206-1211

Weihls W, Krizanac D, Sterz F, Hlavin G, Janata A, Sipos W, Holzer M, Losert UM, Behringer W.

Rapid induction of hypothermia with small volume aortic flush during cardiac arrest in pigs. *Am J Emerg Med* 2012;30: 643-650

Weltermann A, Brodmann M, Domanovits H, Eber B, Gottsauner-Wolf M, Halbmayer WM, Hiesmayr JM, Kyrle PA, Längle F, Roithinger FX, Watzke H, Windhager R, Wolf C, Zweiker R.

Dabigatran in patients with atrial fibrillation: perioperative and periinterventional management. *Wien Klin Wochenschr.* 2012 May;124(9-10):340-7. doi: 10.1007/s00508-012-0166-5.

Winnicki W, Prehslauer A, Kletzmayer J, Herkner H, Sunder-Plassmann G, Brunner M, Hörl WH, Sengoele G

Lisinopril pharmacokinetics and erythropoietin requirement in haemodialysis patients. *Eur J Clin Invest.* 2012 Oct;42(10):1087-93. doi: 10.1111/j.1365-2362.2012.02699.x. Epub 2012 Jul 28.

2011

Arrich J, Herkner H, Laggner AN.

Letter by Arrich et al Regarding Article, „Bystander-Initiated Rescue Breathing for Out-of-Hospital Cardiac Arrests of Noncardiac Origin“. *Circulation* 2011, 123: e249

Brunner R, Kitzberger R, Miehsler W, Herkner H, Madl C, Holzinger U.

Accuracy and reliability of a subcutaneous continuous glucose-monitoring system in critically ill patients. *Crit Care Med* 2011, 39: 659-664

Drabek T, Janata A, Jackson EK, End B, Stezoski J, Vagni VA, Janesko-Feldman K, Wilson CD, van Rooijen N, Tisherman SA, Kochanek PM.

Microglial depletion using intrahippocampal injection of liposome-encapsulated clodronate in prolonged hypothermic cardiac arrest in rats. *Resuscitation.* 2011 Oct 2. [Epub ahead of print]

Eisenburger P.

Immediate angiography for everyone after cardiac arrest? How can we find patients who will not benefit? Resuscitation 2011, 82: 1118-1119

Ettl F, Testori C, Weiser C, Fleischhackl S, Mayer-Stickler M, Herkner H, Schreiber W, Fleischhackl R.

Updated teaching techniques improve CPR performance measures: a cluster randomized, controlled trial. Resuscitation 2011, 82: 730-735

Fischer H, Neuhold S, Hochbrugger E, Steinlechner B, Koinig H, Milosevic L, Havel C, Frantal S, Greif R.

Quality of resuscitation: Flight attendants in an airplane simulator use a new mechanical resuscitation device – a randomized simulation study. Resuscitation 2011, 82: 459-463

Geidl L, Deckert Z, Zrunek P, Gottardi R, Sterz F, Wieselthaler G, Schima H.

Intuitive use and usability of ventricular assist device peripheral components in simulated emergency conditions. Artif Organs. 2011 Aug;35(8):773-80. doi: 10.1111/j.1525-1594.2011.01330.x.

Haugk M, Testori C, Sterz F, Uranitsch M, Holzer M, Behringer W, Herkner H;

Time to Target Temperature Study Group. Relationship between time to target temperature and outcome in patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest. Crit Care 2011. 15:R101

Havel C, van Tulder R, Schreiber W, Haugk M, Richling N, Trimmel H, Malzer R, Herkner H.

Randomized crossover trial comparing physical strain on advanced life support providers during transportation using real-time automated feedback. Acad Emerg Med. 2011 Aug;18(8):860-7. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01124.x. PubMed PMID: 21843222

Havel C, Arrich J, Losert H, Gamper G, Müllner M, Herkner H.

Vasopressors for hypotensive shock (Review). The Cochrane Library 2011, Issue 5

Havel C, Schreiber W, Christ G, Winkler S, Herkner H.

Accelerated management of patients with ST-segment elevation myocardial infarction in the ED. Am J Emerg Med 2011, 29: 650-655

Holzer-Richling N, Holzer M, Herkner H, Riedmüller E, Havel C, Kaff A, Malzer R, Schreiber W.

Randomized placebo controlled trial of furosemide on subjective perception of dyspnoea in patients with pulmonary oedema because of hypertensive crisis. Eur J Clin Invest 2011, 41: 627-634

Holzinger U, Brunner R, Miehsler W, Herkner H, Kitzberger R, Fuhrmann V, Metnitz PGH, Kamolz L-P, Madl C.

Jejunum tube placement in critically ill patients: A prospective, randomized trial comparing the endoscopic technique with the electromagnetically visualized method. Crit Care Med 2011, 39: 73-77

Lemmert ME, Janata A, Erkens P, Russell JK, Gehman S, Nammi K, H Crijns HJGM, Sterz F, Gorgels APM.

Detection of ventricular ectopy by a novel miniature electrocardiogram recorder. J Electrocardiology 2011, 44: 222-228

Lerner EB, Persse D, Souders CM, Sterz F, Malzer R, Lozano Jr.M, Westfall M, Brouwer MA, van Grunsven PM, Whitehead A, Olsen J-A, Herken UR, Wik L.

Design of the Circulation Improving Resuscitation Care (CIRC) Trial: A new state of the art design for out-of-hospital cardiac arrest research. Resuscitation 2011, 82: 294-299

Roedler S, Neuhauser J, Sodeck G, Dziodzio T, Juraszek A, Zimpfer D, Gottardi R, Holfeld J, Dunkler D, Dumfarth J, Rosenhek R, Laufer G, Grimm M, Czerny M.

Gender-related differences in patients undergoing mechanical aortic valve replacement with the Carbo-Medics valve. J Cardiovasc Surg 2011, 52: 887-894

Roth D, Herkner H, Schreiber W, Hubmann N, Gamper G, Laggner AN, Havel C.

Accuracy of Noninvasive Multiwave Pulse Oximetry Compared With Carboxyhemoglobin From Blood Gas Analysis in Unselected Emergency Department Patients. Ann Emerg Med 2011, 58: 74-79

Roth D, Hubmann N, Havel C, Herkner H, Schreiber W, Laggner A.

Victim of carbon monoxide poisoning identified by carbon monoxide oximetry. J Emerg Med 2011, 40: 640-642

Schober A, Sterz F, Herkner H, Locker GJ, Heinz G, Fuhrmann V, Sitzwohl C, Weiser C, Wallmüller C, Stratil P, Stöckl M, Holzer M, Losert H, Laggner AN.

Post-resuscitation care at the emergency department with critical care facilities – a length-of-stay analysis. Resuscitation 2011, 82: 853-858

Schratter A, Holzer M, Sterz F, Janata A, Sipos W, Uray T, Losert U, Behringer W.

New conventional long-term survival normovolemic cardiac arrest pig model. Resuscitation 2011, 82: 90-96

Spiel AO, Bartko J, Schwameis M, Firbas C, Siller-Matula J, Schuetz M, Weigl M, Jilma B.

Increased platelet aggregation and in vivo platelet activation after granulocyte colony-stimulating factor administration. A randomised controlled trial. Thromb Haemost. 2011; 105: 655-62. doi: 10.1160/TH10-08-0530. Epub 2011 Feb 8.

Stratil P, Sterz F, Haugk M, Wallmüller C, Schober C, Hörburger D, Weiser C, Stöckl M, Testori C, Krizanac D, Havel C

Exercise related cardiac arrest in amateur athletes on the tennis court. Resuscitation 2011, 82: 1004-1007

Testori C, Sterz F, Behringer W, Haugk M, Uray T, Zeiner A, Janata A, Arrich J, Holzer M, Losert H.

Mild therapeutic hypothermia is associated with favourable outcome in patients after cardiac arrest with non-shockable rhythms. Resuscitation 2011, 82:1162-1167

Testori C, Sterz F, Behringer W, Spiel A, Firbas C, Jilma B.

Surface cooling for induction of mild hypothermia in conscious healthy volunteers – a feasibility trial. Crit Care. 2011;15(5):R248. doi: 10.1186/cc10506

Testori C, Sterz F, Losert H, Krizanac D, Haugk M, Uray T, Arrich J, Stratil P, Sodeck G.

Cardiac arrest survivors with moderate elevated body mass index may have a better neurological outcome: A cohort study. *Resuscitation* 2011, 82: 869-873

Thalmann M, Sodeck GH, Domanovits H, Grassberger M, Loewe C, Grimm M, Czerny M.

Acute type A aortic dissection and pregnancy: a population-based study. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2011 Jun;39(6):e159-63. doi: 10.1016/j.ejcts.2010.12.070.

Weihls W, Krizanac D, Sterz F, Hlavin G, Janata A, Sipos W, Holzer M, Losert UM, Behringer W.

Rapid induction of hypothermia with a small volume aortic flush during cardiac arrest in pigs. *Am J Emerg Med*. 2011 May 11. [Epub ahead of print]

Weihls W, Schratte A, Sterz F, Janata A, Högl S, Holzer M, Losert UM, Herkner H, Behringer W.

The importance of surface area for the cooling efficacy of mild therapeutic hypothermia. *Resuscitation*, 2011, 82: 74-78

2010

Busch H.-J, Eichwede F, Födisch M, Taccone FS, Wöbker G, Schwab T, Hopf HB, Tonner P, Hachimi-Idrissi S, Martens P, Fritz H, Bode Ch, Vincent JL, Inderbitzen B, Barbut D, Sterz F, Janata A.

Safety and feasibility of nasopharyngeal evaporative cooling in the emergency department setting in survivors of cardiac arrest. *Resuscitation* 2010, 81: 943-949

Czerny M, Schuch P, Sodeck G, Bálassay C, Hoelzenbein T, Juraszek A, Dziodzio T, Grimm M.

Sustained cognitive benefit 5 years after carotid endarterectomy. *J Vasc Surg* 2010, 51: 1139-1144

Derhaschnig U, Schweeger-Exeli I, Marsik C, Cardona F, Muniz P, Jilma B.

Effects of aspirin and NO-aspirin (NCX 4016) on platelet function and coagulation in human endotoxemia *Platelets* 2010, 21: 320-328

Fuchs I, Spiel AO, Frossard M, Derhaschnig U, Riedmüller E, Jilma B.

Platelet hyperfunction is decreased by additional aspirin loading in patients presenting with myocardial infarction on daily aspirin therapy. *Crit Care Med* 2010, 38: 1423-1429

Haugk M, Krizanac D, Stratil P, Grassberger M, Weihls W, Testori C, Uray T, Losert U, Sterz F.

Comparison of surface cooling and invasive cooling for rapid induction of mild therapeutic hypothermia in pigs – Effectiveness of two different devices. *Resuscitation* 2010; 81: 1704-1708

Haugk M, Stratil P, Sterz F, Krizanac D, Testori C, Uray T, Koller J, Behringer W, Holzer M, Herkner H.

Temperature monitored on the cuff surface of an endotracheal tube reflects body temperature. *Crit Care Med* 2010, 38: 1569-1573

Havel C, Schreiber W, Trimmel H, Malzer R, Haugk M, Richling E, Riedmüller E, Sterz F, Herkner H.

Quality of closed chest compression on a manikin in ambulance vehicles and flying helicopters with real time automated feedback. *Resuscitation* 2010, 81: 59-64

Högl S, Sterz F, Sipos W, Schratte A, Weihls W, Holzer M, Janata A, Losert U, Behringer W, Tichy A, Schmidt P.

Distribution of neuropathological lesions in pig brains after different durations of cardiac arrest. *Resuscitation* 2010, 81: 1577-1583

Holzer M.

Targeted temperature management for comatose survivors of cardiac arrest. *New Engl J Med* 2010, 363: 1256-1264

Holzinger U, Warszawska J, Kitzberger R, Wewalka M, Miehsler W, Herkner H, Madl C.

Real-Time Continuous Glucose Monitoring in Critically Ill Patients. A prospective randomized trial. *Diabetes Care* 2010, 33: 467-472

Howes D, Ohley W, Dorian P, Klock C, Freedman R, Schock R, Krizanac D, Holzer M.

Rapid induction of therapeutic hypothermia using convective-immersion surface cooling: safety, efficacy and outcomes. *Resuscitation* 2010, 81: 388-392

Janata A, Weihls W, Schratte A, Bayegan K, Holzer M, Frossard M, Sipos W, Springler G, Schmidt P, Sterz F, Losert UM, Laggner AN, Kochanek PM, Behringer W.

Cold aortic flush and chest compressions enable good neurologic outcome after 15 mins of ventricular fibrillation in cardiac arrest in pigs. *Crit Care Med* 2010, 38: 1637-1643

Krizanac D, Haugk M, Sterz F, Weihls W, Holzer M, Bayegan K, Janata A, Losert U, Behringer W.

Tracheal temperature for monitoring body temperature during mild hypothermia in pigs. *Resuscitation* 2010, 81: 87-92

Leitner JM, Jilma B, Spiel AO, Sterz F, Laggner AN, Janata KM.

Massive pulmonary embolism leading to cardiac arrest is associated with consumptive coagulopathy presenting as disseminated intravascular coagulation. *J Thromb Haemost*. 2010, 8: 1477-1482

Schaden E, Schober A, Hacker S, Spiss C, Chiari A, Kozek-Langenecker S.

Determination of enoxaparin with rotational thrombelastometry using the prothrombinase-induced clotting time reagent. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2010, 21:256-261

Schratter A, Weihls W, Janata A, Bayegan K, Holzer M, Sterz F, Behringer W.

Surface vs. aortic flush cooling during cardiac arrest in pigs. *Acta Anaesthesiol Scand* 2010, 54: 206-211

Sipos W, Duvigneau C, Sterz F, Weihs W, Krizanac D, Bayegan K, Graf A, Hartl R, Janata A, Holzer M, Behringer W

Changes in interleukin-10 mRNA expression are predictive for 9-day survival of pigs in an emergency preservation and resuscitation model. *Resuscitation* 2010, 81: 603-608

Sitzwohl C, Langheinrich A, Schober A, Krafft P, Sessler DI, Herkner H, Gonano C, Weinstabl C, Kettner SC.

Endobronchial intubation detected by insertion depth of endotracheal tube, bilateral auscultation, or observation of chest movements: randomised trial. *BMJ* 2010, 341: c5943, doi:10.1136/bmj.c5943

Spiel AO, Siller-Matula J, Firbas C, Leitner JM, Russmueller G, Jilma B.

Single dose granulocyte colony-stimulating factor markedly enhances shear-dependent platelet function in humans. *Platelets*. 2010, 21: 464-469

Uray T, Haugk M, Sterz F, Arrich J, Richling N, Janata A, Holzer M, Behringer W.

Surface cooling for rapid induction of mild hypothermia after cardiac arrest: Design determines efficacy. *Acad Emerg Med* 2010, 17: 360-367

van Tulder R, Vorauer N, Schreiber W.

Therapiestrategien des Postreanimationssyndroms. *NotfallRettungsmedizin* (2010) 13:212-218

Weihs W, Krizanac D, Sterz F, Sipos W, Högl S, Janata A, Holzer M, Losert UM, Behringer W.

Outcome after resuscitation using controlled rapid extracorporeal cooling to a brain temperature of 30 °C, 24 °C, and 18 °C during cardiac arrest in pigs. *Resuscitation* 2010, 81: 241-247

Winnicki W, Weigel G, Sunder-Plassmann G, Bajari T, Winter B, Herkner H, Sengoelge G.

An inosine 5'-monophosphate dehydrogenase 2 single-nucleotide polymorphism impairs the effect of mycophenolic acid. *Pharmacogenomics J.* 2010, 10: 70-76

Zeiner A, Klewer J, Sterz F, Haugk M, Krizanac D, Testori C, Losert H, Ayati S, Holzer M.

Non-invasive continuous cerebral temperature monitoring in patients treated with mild therapeutic hypothermia: An observational pilot study. *Resuscitation* 2010, 81: 861-866

2009

Arrich J, Holzer M, Herkner H, Müllner M.

Hypothermia for neuroprotection in adults after cardiopulmonary resuscitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, (4):CD004128.

Arrich J, Zeiner A, Sterz F, Janata A, Uray T, Richling N, Behringer W, Herkner H.

Factors associated with a change in functional outcome between one month and six months after cardiac arrest: A retrospective cohort study. *Resuscitation* 2009, 80: 876-880

Behringer W, Dodt C, Födtsch M, Laggner AN.

Die ersten Stunden entscheiden. Wir fordern Intensivkompetenz für Notfallaufnahmen! *Intensivmed* 2009, 46: 235-238

Behringer W, Arrich J, Holzer M, Sterz F.

Out of hospital therapeutic hypothermia in cardiac arrest victims. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation & Emergency Medicine* 2009;17:52

Dreesen S, Arrich J.

Therapeutic hypothermia for asystole. *Notfall & Rettungsmedizin* 2009;12:225-225

Derhaschnig U, Jilma B.

Assessment of platelets and the endothelium in patients presenting with acute coronary syndromes – is there a future? *Thromb Haemost* 2009, 102: 1144-1148

Ehrlich MP, Rousseau H, Heijman R, Piquet P, Beregi JP, Nienaber CA, Sodeck G, Fattori R.

Early outcome of endovascular treatment of acute traumatic aortic injuries: the talent thoracic retrospective registry. *Ann Thorac Surg* 2009, 88: 1258-1263

Fleischhackl R, Nuernberger A, Sterz F, Schoenberg C, Urso T, Habart T, Mittlboeck M, Chandra-Strobos N.

School children sufficiently apply life supporting first aid: a prospective investigation. *Crit Care* 2009, 13: R127

Fuhrmann V, Kneidinger N, Herkner H, Heinz G, Nikfardjam M, Bojic A, Schellongowski P, Angermayr B, Kitzberger R, Warszawska J, Holzinger U, Schenk P, Madl C.

Hypoxic hepatitis: underlying conditions and risk factors for mortality in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2009, 35: 1397-1405

Funk GC, Doberer D, Sterz F, Richling N, Kneidinger N, Lindner G, Schneeweiss B, Eisenburger P.

The strong ion gap and outcome after cardiac arrest in patients treated with therapeutic hypothermia – a retrospective study. *Intensive Care Med* 2009, 35: 232-239

Gyöngyösi M, Lang I, Dettke M, Beran G, Graf S, Sochor H, Nyolczas N, Charwat S, Hemetsberger R, Christ G, Edes I, Balogh L, Krause KT, Jaquet K, Kuck KH, Benedek I, Hintea T, Kiss R, Préda I, Kotevski V, Pejkov H, Zamini S, Khorsand A, Sodeck G, Kaider A, Maurer G, Glogar D.

Combined delivery approach of bone marrow mononuclear stem cells early and late after myocardial infarction: the MYS-TAR prospective, randomized study. *Nature Reviews Cardiology* 2009, 6: 70-81

Holzinger U, Warszawska J, Kitzberger R, Herkner H, Metnitz PG, Madl C.

Impact of shock requiring norepinephrine on the accuracy and reliability of subcutaneous continuous glucose monitoring. *Intensive Care Med* 2009, 35: 1383-1389

Hörburger D, Laggner AN.

Rettungsdienstliche Leistungen bei Großveranstaltungen. Patientenversorgung vor Ort und Spitalstransfers im Rahmen der Weltgymnastik 2007. *Intensivmed* 2009, 47: 130-134

Janata KM, Leitner JM, Holzer-Richling N, Janata A, Laggner AN, Jilma B.

Troponin T predicts in hospital and one year mortality in patients with pulmonary embolism. *Eur Respir J* 2009, 34: 1357-1363

Jekova I, Krasteva V, Ménétré S, Stoyanov T, Christov I, Fleischhackl R, Schmid JJ, Didon JP.

Bench study of the accuracy of a commercial AED arrhythmia analysis algorithm in the presence of electromagnetic interferences. *Physiol Meas* 2009 30: 695-705

Kerschán-Schindl K, Thalmann M, Sodeck GH, Skenderi K, Matalas AL, Grampp S, Ebner C, Pietschmann P.

A 246-km continuous running race causes significant changes in bone metabolism. *Bone* 2009, 45: 1079-1083

Koreny M, Sterz F, Uray T, Schreiber W, Holzer M, Laggner A, Herkner H.

Effect of cooling after human cardiac arrest on myocardial infarct size. *Resuscitation* 2009, 80: 56-60

Roessler B, Fleischhackl R, Losert H, Arrich J, Mittelboeck M, Domanovits H, Hoerauf K.

Reduced hands-off-time and time to first shock in CPR according to the ERC Guidelines 2005. *Resuscitation* 2009, 80: 104-108

Roessler B, Fleischhackl R, Losert H, Wandaller C, Arrich J, Mittelboeck M, Domanovits H, Hoerauf K.

Cardiopulmonary resuscitation and the 2005 universal algorithm: has the quality of CPR improved? *Wien Klin Wochenschr* 2009, 121: 41-46

Roth D, Hubmann N, Havel C, Herkner H, Schreiber W, Laggner A.

Victim of carbon monoxide poisoning identified by carbon monoxide oximetry. *J Emerg Med.* 2009 Jul 16. doi:10.1016/j.jemermed.2009.05.017

Spiel AO, Frossard M, Mayr FB, Kliegel A, Janata A, Uray T, Wandaller C, Sterz F, Jilma B.

Pronounced platelet hyperfunction in patients with cardiac arrest achieving restoration of spontaneous circulation. *Crit Care Med* 2009, 37: 975-979

Spiel AO, Kliegel A, Janata A, Uray T, Mayr FB, Laggner AN, Jilma B, Sterz F.

Hemostasis in cardiac arrest patients treated with mild hypothermia initiated by cold fluids. *Resuscitation* 2009, 80: 762-765

Stadler M, Storka A, Theuer EA, Krebs M, Vojtassakova E, Nowotny P, Pacini G, Kästenbauer T, Luger A, Prager R, Wolzt M, Anderwald C.

Adipokines in type 1 diabetes after successful pancreas transplantation: normal visfatin and retinol-binding-protein-4, but increased total adiponectin fasting concentrations. *Clin Endocrinol* 2010; 72: 763-769

Thalmann M, Sodeck GH, Grabenwöger M.

Beating-heart aortic valve replacement following total arterial revascularization. *J Heart Valve Dis* 2009, 18: 730-731

Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P, Metnitz B.

Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study. *BMJ* 2009; 338:b814 doi:10.1136/bmj.b814

Völker T, Stefan C, Hauer H, Schreiber W.

Projekt „Erste Hilfe“ – eine Standortbestimmung der Erste Hilfe Kenntnisse österreichischer Autofahrer. *Notfall Rettungsmed* 2009 13: 125-30

Wandaller C, Holzer M, Sterz F, Wandaller A, Arrich J, Uray T, Laggner AN, Herkner H.

Head and neck cooling after cardiac arrest results in lower jugular bulb than esophageal temperature. *Am J Emerg Med* 2009, 27: 460-465

Wiesbauer F, Blesberger H, Azar D, Goliash G, Wagner O, Gerhold L, Huber K, Widhalm K, Abdolvahab F, Sodeck G, Maurer G, Schillinger M.

Familial-combined hyperlipidaemia in very young myocardial infarction survivors (< or =40 years of age). *Eur Heart J* 2009, 30: 1073-1079

Wiesbauer F, Blesberger H, Goliash G, Holy EW, Pfaffenberger S, Tentzeris I, Maurer G, Huber K, Abdolvahab F, Sodeck G, Exner M, Wojta J, Schillinger M.

Elevated risk of myocardial infarction in very young immigrants from former Yugoslavia. *Eur J Epidemiol* 2009, 24: 691-696

2008

- Arrich J, Müllner M, Lalouschek W, Greisenegger S, Crevenna R, Herkner H.**
Influence of socioeconomic status and gender on stroke treatment and diagnostics. *Stroke* 2008 39: 2066-2072
- Arrich J, Behringer W, Holzer M, Schreiber W, Sterz F.**
Therapeutic hypothermia. When, how fast, how long, which method? *Notfall und Rettungsmedizin* 2008;11:453-458
- Bayegan K, Janata A, Frossard M, Holzer M, Sterz F, Losert UM, Laggner AN, Behringer W.**
Rapid non-invasive external cooling to induce mild therapeutic hypothermia in adult human-sized swine. *Resuscitation* 2008, 76: 291-298
- Eisenburger P, Havel C, Sterz F, Uray T, Zeiner A, Haugk M, Losert H, Laggner AN, Herkner H.**
Transport with ongoing cardiopulmonary resuscitation may not be futile. *Br J Anaesth* 2008, 101: 518-522
- Fleischhackl R, Roesler B, Domanovits H, Singer F, Fleischhackl S, Foitik G, Czech G, Mittlboeck M, Malzer R, Eisenburger P, Hoerauf K.**
Results from Austria's nationwide public access defibrillation (ANPAD) programme collected over 2 years. *Resuscitation*. 2008 May;77(2):195-200. doi: 10.1016/j.resuscitation.2007.11.019.
- Gartner W, Zierhut B, Mineva I, Sodeck G, Leutmezer F, Domanovits H, Prayer D, Wolf F, Base W, Weissel M, Wagner L.**
Brain natriuretic peptide correlates with the extent of atrial fibrillation-associated silent brain lesions. *Clin Biochem* 2008, 41: 1434-1439
- Havel C, Berzlanovich A, Sterz F, Domanovits H, Herkner H, Zeiner A, Behringer W, Laggner AN.**
Safety, feasibility and hemodynamic and blood flow effects of active compression-decompression of thorax and abdomen in patients with cardiac arrest *Crit Care Med* 2008, 36: 1832-1837
- Havel C, Herkner H, Haugk M, Richling N, Riedmuller E, Trimmel H, Malzer R, Sterz F, Schreiber W.**
Physical strain on advanced life support providers in different out of hospital environments. *Resuscitation* 2008, 77: 81-86
- Janata A, Bayegan K, Sterz F, Weihs W, Holzer M, Sipos W, Springler G, Behringer W.**
Limits of conventional therapies after prolonged normovolemic cardiac arrest in swine. *Resuscitation* 2008, 79: 133-138
- Janata A, Lemmert ME, Russell JK, Gehman S, Fleischhackl R, Robak O, Pernicka E, Sterz F, Gorgels AP.**
Quality of ECG monitoring with a miniature ECG recorder. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2008 Jun;31(6):676-84.
- Janata A, Weihs W, Bayegan K, Schratte A, Holzer M, Behringer W, Schock RB, Losert UM, Springler G, Schmidt P, Sterz F.**
Therapeutic hypothermia with a novel surface cooling device improves neurologic outcome after prolonged cardiac arrest in swine. *Crit Care Med* 2008, 36: 895-902
- Janata K, Kürkciyan I, Laggner AN.**
Pulmonalembolie als Ursache des Herzstillstandes: Diagnosestellung und Management. *Intensivmed* 2008, 45: 277-281
- Köhler KW, Losert H, Myklebust H, Nysaether J, Fleischhackl R, Sodeck G, Sterz F, Herkner H.**
Detection of malintubation via defibrillator pads. *Resuscitation* 2008, 77: 339-344
- Kubin K, Sodeck GH, Teufelsbauer H, Nowatschka B, Kretschmer G, Lammer J, Schoder M.**
Endovascular therapy of ruptured abdominal aortic aneurysm: Mid- and long-term results. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2008, 31: 496-503
- Laggner AN, Behringer W, Domanovits H, Herkner H, Holzer M, Kürkciyan EI, Schreiber W, Sterz F.**
Klinische Notfallmedizin in Österreich. *Intensivmed* 2008, 45:282-286
- Losert H, Sterz F, Roine RO, Holzer M, Martens P, Cerchiari E, Tiainen M, Müllner M, Laggner AN, Herkner H, Bischof MG.**
Strict normoglycaemic blood glucose levels in the therapeutic management of patients within 12h after cardiac arrest might not be necessary. *Resuscitation* 2008, 76: 214-220
- Neurauter A, Eftestøl T, Kramer-Johansen J, Abella BS, Wenzel V, Lindner KH, Eilevstjønn J, Myklebust H, Steen PA, Sterz F, Jahn B, Strohmenger HU.**
Improving countershock success prediction during cardiopulmonary resuscitation using ventricular fibrillation features from higher ECG frequency bands. *Resuscitation* 2008, 79: 453-459
- Sipos W, Holzer M, Bayegan K, Janata A, Unterweger Ch, Goll A, Weihs W, Bauer P, Sterz F, Behringer W.**
A novel highly observer-independent neurologic examination procedure for pigs in a model for cardiac arrest resuscitation. *Wien Tierärztl Mschr* 2008, 95: 28-38
- Sodeck G, Domanovits H, Schillinger M, Janata K, Thalmann M, Ehrlich MP, Endler G, Laggner A.**
Pre-operative N-terminal pro-brain natriuretic peptide predicts outcome in type A aortic dissection. *J Am Coll Cardiol* 2008, 51:1092-1097
- Sodeck G, Phillip M, Loebe C, Janata K, Domanovits H, Laggner AN.**
Herzbeuteltamponade und unspezifisches EKG: Indizien für eine Typ-A Aortendissektion? *Intensivmed* 2008, 45: 471-475
- Uray T, Malzer R; Vienna Hypothermia After Cardiac Arrest (HACA) Study Group.**
Out-of-hospital surface cooling to induce mild hypothermia in human cardiac arrest: a feasibility trial. *Resuscitation* 2008, 77: 331-338
- Vlcek M, Bur A, Woisetschläger C, Herkner H, Laggner AN, Hirschl MM.**
Association between hypertensive urgencies and subsequent cardiovascular events in patients with hypertension. *J Hypertens* 2008, 26: 657-662

2007

Arrich J, European Resuscitation Council Hypothermia After Cardiac Arrest Registry Study Group.

Clinical application of mild therapeutic hypothermia after cardiac arrest. *Crit Care Med* 2007, 35: 1041-1047

Eigenberger K, Sillaber C, Greitbauer M, Herkner H, Wolf H, Graninger W, Gattringer R, Burgmann H.

Antibody responses to pneumococcal and hemophilus vaccinations in splenectomized patients with hematological malignancies or trauma. *Wien Klin Wochenschr* 2007, 119: 228-234

Eisenburger P, Funk GC, Burda G, Sterz FR, Laggner AN, Herkner H.

Gas concentrations in expired air during basic life support using different ratios of compression to ventilation. *Resuscitation* 2007, 73: 115-122

Haugk M, Sterz F, Grassberger M, Uray T, Kliegel A, Janata A, Richling N, Herkner H, Laggner AN.

Feasibility and efficacy of a new non-invasive surface cooling device in post-resuscitation intensive care medicine. *Resuscitation* 2007, 75: 76-81

Havel C, Schreiber W, Riedmüller E, Haugk M, Richling N, Trimmel H, Malzer R, Sterz F, Herkner H.

Quality of closed chest compression in ambulance vehicles, flying helicopters and at the scene. *Resuscitation* 2007, 73: 264-270

Herkner H, Arrich J, Havel C, Müllner M.

Bed rest for acute uncomplicated myocardial infarction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Apr 18,(2):CD003836. Review.

Janata A, Bayegan K, Weihs W, Schratte A, Holzer M, Frossard M, Sipos W, Springler G, Schmidt P, Sterz F, Losert UM, Laggner AN, Kochanek PM, Behringer W.

Emergency preservation and resuscitation improve survival after 15 minutes of normovolemic cardiac arrest in pigs. *Crit Care Med* 2007, 35: 2785-2791

Kentner R, Safar P, Behringer W, Wu X, Henchir J, Ma L, Hsia CJ, Tisherman SA.

Small volume resuscitation with tempol is detrimental during uncontrolled hemorrhagic shock in rats. *Resuscitation* 2007, 72: 295-305

Kliegel A, Janata A, Wandaller C, Uray T, Spiel A, Losert H, Kliegel M, Holzer M, Haugk M, Sterz F, Laggner AN.

Cold infusions alone are effective for induction of therapeutic hypothermia but do not keep patients cool after cardiac arrest. *Resuscitation* 2007, 73: 46-53

Kramer-Johansen J, Edelson DP, Losert H, Köhler K, Abella BS.

Uniform reporting of measured quality of cardiopulmonary resuscitation (CPR). *Resuscitation* 2007, 74: 406-417

Losert H, Risdal M, Sterz F, Nysaether J, Köhler K, Eftestol T, Wandaller C, Myklebust H, Uray T, Aase SO, Laggner AN.

Thoracic impedance changes measured via defibrillator pads can monitor signs of circulation. *Resuscitation* 2007, 73: 221-228

Mad P, Domanovits H, Fazelnia C, Stiassny K, Rusmüller G, Cseh A, Sodeck G, Binder T, Christ G, Szekeres T, Laggner AN, Herkner H.

Human heart-type fatty-acid-binding protein as a point-of-care test in the early diagnosis of acute myocardial infarction. *QJM* 2007, 100: 203-210

Meron G, Kurkciyan I, Sterz F, Susani M, Domanovits H, Tobler K, Bohdjalian A, Laggner AN.

Cardiopulmonary resuscitation –associated major liver injury. *Resuscitation* 2007, 75: 445-453

Richling N, Herkner H, Holzer M, Riedmüller E, Sterz F, Schreiber W.

Thrombolytic therapy vs primary percutaneous intervention after ventricular fibrillation cardiac arrest due to acute ST-segment elevation myocardial infarction and its effect on outcome. *Am J Emerg Med.* 2007, 25: 545-550

Roessler B, Fleischhackl R, Fleischhackl S, Singer F, Mittlboeck M, Fachberger J, Malzer R, Koller A, Lang G, Foitik G, Hoerauf K.

Death in correctional facilities: Opportunities for automated external defibrillation. *Resuscitation* 2007, 73: 389-393

Roessler B, Fleischhackl R, Losert H, Wandaller C, Arrich J, Mittlboeck M, Domanovits H, Hoerauf K.

Practical impact of the European Resuscitation Council's BLS algorithm 2005. *Resuscitation.* 2007, 74: 102-107

Schellongowski P, Losert H, Locker GJ, Laczika K, Frass M, Holzinger U, Bojic A, Staudinger T.

Prolonged lateral steep position impairs respiratory mechanics during continuous lateral rotation therapy in respiratory failure. *Intensive Care Med* 2007, 33: 625-631

Schratter A, Weihs W, Holzer M, Janata A, Behringer W, Losert UM, Ohley WJ, Schock RB, Sterz F.

External cardiac defibrillation during wet-surface cooling in pigs. *Am J Emerg Med* 2007, 25: 420-424

Silberhumer GR, Pokorny H, Hetz H, Herkner H, Rasoul-Rockenschaub S, Soliman T, Wekerle T, Berlakovich GA, Steininger R, Muehlbacher F.

Combination of extended donor criteria and changes in the Model for End-Stage Liver Disease score predict patient survival and primary dysfunction in liver transplantation: a retrospective analysis. *Transplantation* 2007, 83: 588-592

Sodeck GH, Domanovits H, Meron G, Rauscha F, Losert H, Thalmann M, Vlcek M, Laggner AN.

Compromising bradycardia: management in the emergency department. *Resuscitation* 2007, 73: 96-102

Sodeck G, Domanovits H, Schillinger M, Ehrlich MP, Endler G, Herkner H, Laggner A.

D-dimer in ruling out acute aortic dissection: a systematic review and prospective cohort study. *Eur Heart J* 2007, 28: 3067-3075

Sodeck GH, Domanovits H, Sterz F, Schillinger M, Losert H, Havel C, Kliegel A, Vlcek M, Frossard M, Laggner AN.

Can brain natriuretic peptide predict outcome after cardiac arrest? An observational study. *Resuscitation* 2007, 74:439-445

Speidl WS, Nikfardjam M, Niessner A, Zeiner A, Jordanova N, Zorn G, Maurer G, Schreiber W, Wojta J, Huber K.

Mild hyperhomocysteinemia is associated with a decreased fibrinolytic activity in patients after ST-elevation myocardial infarction. *Thrombosis Research*. 2007, 119: 331-336

Szük T, Gyöngyösi M, Homorodi N, Kristóf E, Király C, Edes IF, Facskó A, Pavo N, Sodeck G, Strehblow C, Farhan S, Maurer G, Glogar D, Domanovits H, Huber K, Edes I.

Effect of timing of clopidogrel administration on 30-day clinical outcomes: 300-mg loading dose immediately after coronary stenting versus pretreatment 6 to 24 hours before stenting in a large unselected patient cohort. *Am Heart J*. 2007 Feb;153(2):289-95.

Testori C, Domanovits H, Herkner H, Schreiber W, Sterz F, Laggner AN.

Der ältere Patient in der Notfallaufnahme. *Intensivmed* (2007) 44:360-365

Wiesbauer F, Schlager O, Domanovits H, Wildner B, Maurer G, Muellner M, Blessberger H, Schillinger M.

Perioperative beta-blockers for preventing surgery-related mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg*. 2007 Jan;104(1):27-41.

2006

Arrich J, Sterz F, Fleischhackl R, Uray T, Losert H, Kliegel A, Wandaller C, Kohler K, Laggner AN.

Gender modifies the influence of age on outcome after successfully resuscitated cardiac arrest: a retrospective cohort study. *Medicine* 2006, 85: 288-294

Bur A.

Universitätsklinik für Notfallmedizin am Allgemeinen Krankenhaus Wien. *Notfall Rettungsmed* 2006, 9: 214-219

Eisenburger P, Sterz F, Haugk M, Scheinecker W, Holzer M, Koreny M, Kaff A, Laggner AN, Herkner H.

Cardiac arrest in public locations – an independent predictor for better outcome? *Resuscitation* 2006, 70: 395-403

Fleischhackl R, Foitik G, Czech G, Roessler B, Mittlboeck M, Domanovits H, Hoerauf K.

Reaching the public via a multi media campaign as a first step to nationwide public access defibrillation. *Resuscitation* 2006, 69: 269-275

Fleischhackl R, Singer F, Nitsche W, Gamperl G, Roessler B, Arrich J, Fleischhackl S, Losert H, Sterz F, Mittlboeck M, Hoerauf K.

Influence of electromagnetic fields on function of automated external defibrillators. *Acad Emerg Med* 2006, 13: 1-6

Fleischhackl R, Singer F, Roessler B, Arrich J, Fleischhackl S, Losert H, Uray T, Koehler K, Sterz F, Mittlboeck M, Hoerauf K.

Automated external defibrillators do not recommend false positive shocks under the influence of electromagnetic fields present at public locations. *Anesth Analg* 2006, 103:1485-1488

Fuchs I, Frossard M, Spiel A, Riedmuller E, Laggner AN, Jilma B.

Platelet function in patients with acute coronary syndrome (ACS) predicts recurrent ACS. *J Thromb Haemost* 2006, 4: 2547-2552

Haugk M, Robak O, Sterz F, Uray T, Kliegel A, Losert H, Holzer M, Herkner H, Laggner AN, Domanovits H.

High acceptance of a home AED programme by survivors of sudden cardiac arrest and their families. *Resuscitation* 2006, 70:263-274

Holzer M, Mullner M, Sterz F, Robak O, Kliegel A, Losert H, Sodeck G, Uray T, Zeiner A, Laggner AN.

Efficacy and safety of endovascular cooling after cardiac arrest: cohort study and Bayesian approach. *Stroke* 2006, 37:1792-1797

Janata A, Holzer M, Bayegan K, Frossard M, Sterz F, Losert UM, Laggner AN, Behringer W.

Rapid induction of cerebral hypothermia by aortic flush during normovolemic cardiac arrest in pigs. *Crit Care Med* 2006,34: 769-74.

Kalla K, Christ G, Karnik R, Malzer R, Norman G, Prachar H, Schreiber W, Unger G, Glogar HD, Kaff A, Laggner AN, Maurer G, Mlczoch J, Slany J, Weber HS, Huber K; Vienna STEMI Registry Group.

Implementation of guidelines improves the standard of care: the Viennese registry on reperfusion strategies in ST-elevation myocardial infarction (Vienna STEMI registry). *Circulation* 2006, 113: 2398-2405

Liddell K, Chamberlain D, Menon DK, Bion J, Kompanje EJ, Lemaire F, Druml C, Vrhovac B, Wiedermann CJ, Sterz F.

The European Clinical Trials Directive revisited: the VISEAR recommendations. *Resuscitation* 2006, 69: 9-14

Losert H, Risdal M, Sterz F, Nysaether J, Kohler K, Eftestol T, Wandaller C, Myklebust H, Uray T, Sodeck G, Laggner AN.

Thoracic impedance changes measured via defibrillator pads can monitor ventilation in critically ill patients and during cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Med* 2006, 34: 2399-2405

Losert H, Sterz F, Kohler K, Sodeck G, Fleischhackl R, Eisenburger P, Kliegel A, Herkner H, Myklebust H, Nysaether J, Laggner AN.

Quality of cardiopulmonary resuscitation among highly trained staff in an emergency department setting. *Arch Intern Med* 2006, 166: 2375-2380

Pokorny H, Herkner H, Jakesz R, Herbst F.

Predictors for complications after loop stoma closure in patients with rectal cancer. *World J Surg* 2006, 30:1488-1493

Robak O, Kulnig J, Sterz F, Uray T, Haugk M, Kliegel A, Holzer M, Herkner H, Laggner AN, Domanovits H.

CPR in medical schools: learning by teaching BLS to sudden cardiac death survivors--a promising strategy for medical students? *BMC Med Educ* 2006, 6: 27-

Sodeck GH, Schillinger M, Ehrlich MP, Grabenwoeger M, Exner M, Laggner AN, Domanovits H.

Preoperative antithrombin III activity predicts outcome after surgical repair of acute type A aortic dissection. *Atherosclerosis* 2006, 186: 107-112

Sterz F, Behringer W, Holzer M.

Global hypothermia for neuroprotection after cardiac arrest. *Acute Card Care* 2006, 8: 25-30

Thalmann M, Sodeck GH, Kavouras S, Matalas A, Skenderi K, Yannikouris N, Domanovits H.

Proton pump inhibition prevents gastrointestinal bleeding in ultramarathon runners: a randomised, double blinded, placebo controlled study. *Br J Sports Med* 2006, 40: 359-362

Woisetschlager C, Bur A, Vlcek M, Derhaschnig U, Laggner AN, Hirschl MM.

Comparison of intravenous urapidil and oral captopril in patients with hypertensive urgencies. *J Hum Hypertens* 2006, 20: 707-709

2005**Arrich J, Lalouschek W, Müllner M.**

Influence of socioeconomic status on mortality after stroke: retrospective cohort study. *Stroke* 2005, 36: 310-314

Arrich J, Piribauer F, Mad P, Schmid D, Klaushofer K, Müllner M.

Intra-articular hyaluronic acid of the treatment of osteoarthritis of the knee: systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2005, 172: 1039-1043

Arrich J, Sodeck GH, Sengolge G, Konnaris C, Mullner M, Laggner AN, Domanovits H.

Clostridium difficile causing acute renal failure: case presentation and review. *World J Gastroenterol* 2005, 11: 1245-1247

Bren U, Hodoscek M, Koller J.

Development and validation of empirical force field parameters for netropsin. *J Chem Inf Model* 2005, 45:1546-1552

Bur A, Joukhadar C, Klein N, Herkner, Mitulovic G, Schmid R, Agneter E, Muller M, Brunner M.

Effect of exercise on transdermal nicotine release in healthy habitual smokers. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2005, 43: 239-243

Eftestol T, Losert H, Kramer-Johansen J, Wik L, Sterz F, Steen PA.

Independent evaluation of a defibrillation outcome predictor for out-of-hospital cardiac arrested patients. *Resuscitation* 2005, 67: 55-61

Frossard M, Blank D, Joukhadar Ch, Bayegan K, Schmid R, Luger A, Muller M.

Interstitial glucose in skeletal muscle of diabetic patients during an oral glucose tolerance test. *Diabet Med* 2005, 22: 56-60

Holzer M, Behringer W, Janata A, Bayegan K, Schima H, Deckert Z, Losert U, Laggner AN, Sterz F.

Extracorporeal venovenous cooling for induction of mild hypothermia in human-sized swine. *Crit Care Med* 2005, 33: 1346-1350

Holzer M, Bernard SA, Hachimi-Idrissi S, Roine RO, Sterz F, Mullner M; on behalf of the Collaborative Group on Induced Hypothermia for Neuroprotection.

After Cardiac Arrest. Hypothermia for neuroprotection after cardiac arrest: systematic review and individual patient data meta-analysis. *Crit Care Med* 2005, 33: 414-418

Hupfl M, Duma A, Uray T, Maier C, Fiegl N, Bogner N, Nagele P.

Over-the-head cardiopulmonary resuscitation improves efficacy in basic life support performed by professional medical personnel with a single rescuer: a simulation study. *Anesth Analg* 2005, 101: 200-205

Kentner R, Safar P, Prueckner S, Behringer W, Wu X, Henchir J, Ruemelin A, Tisherman SA.

Titrated hypertonic/hyperoncotic solution for hypotensive fluid resuscitation during uncontrolled hemorrhagic shock in rats. *Resuscitation* 2005, 65: 87-95

Kliegel A, Losert H, Sterz F, Kliegel M, Holzer M, Uray T, Domanovits H.

Cold simple intravenous infusions preceding special endovascular cooling for faster induction of mild hypothermia after cardiac arrest—a feasibility study. *Resuscitation* 2005; 64: 347-351

Koreny M, Reinelt P, Meyer B, Delle Karth G, Geppert A, Hulsmann M, Priglinger U, Berger R, Heinz G.

Dynamics of inflammation parameters prior to tachyarrhythmias in critically ill patients. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2005, 117:342-347

Marculescu R, Sodeck G, Domanovits H, Hobusch G, Exner M, Heinzl H, Huber K, Mannhalter C, Minar E, Wagner O, Schillinger M.

Interleukin-1 gene cluster variants and abdominal aortic aneurysms. *Thromb Haemost* 2005, 94: 646-650

Meron G, Kettenbach J, Kürkciyan I.

Spontaneous pneumomediastinum in a patient with diabetic ketoacidosis. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2005, 117: 82

Nicolas L, Franco A, Provost H, Amico L, Berenguer M, Lombard F, Tyrrell J, Couturier P, Bosson JL, Wernert S, Schnee D, Basset D, Chemarin A, Frossard M.

Videophone assistance and home hospitalization: the ViSaDom program. *Presse Med* 2005, 34:1059-1064

Pokorny H, Herkner H, Jakesz R, Herbst F.

Mortality and complications after stoma closure. *Arch Surg* 2005, 140: 956-960

Pokorny H, Langer F, Herkner H, Schernberger R, Plochl W, Soliman T, Steininger R, Muehlbacher F.

Influence of cumulative number of marginal donor criteria on primary organ dysfunction in liver recipients. *Clin Transplant* 2005, 19: 532-536

Popp E, Sterz F, Bottiger BW.

Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. *Anaesthesist* 2005, 54:96-106

Schulz V, Hendig D, Schillinger M, Exner M, Domanovits H, Raith M, Szliska C, Kleesiek K, Gotting C.

Analysis of sequence variations in the ABCC6 gene among patients with abdominal aortic aneurysm and pseudoaneurysm. *J Vasc Res* 2005, 42: 424-432

Sodeck GH, Schmidinger H, Wieselthaler G, Domanovits H.

Remember – treat the patient not the ECG! *Resuscitation* 2005, 66: 119-20

Speidl WS, Zeiner A, Nikfardjam M, Geppert A, Jordanova N, Niessner A, Zorn G, Maurer G, Schreiber W, Wojta J, Huber K

An increase of C-reactive protein is associated with enhanced activation of endogenous fibrinolysis at baseline but an impaired endothelial fibrinolytic response after venous occlusion. *J Am Coll Cardiol* 2005, 45: 30-34

Ziegler S, Kostner K, Thallinger C, Bur A, Brunner M, Wolzt M, Joukhadar C.

Wine ingestion has no effect on lipid peroxidation products. *Pharmacology* 2005, 75: 152-156

2004**Arrich J, Sodeck G, Kulina C, Happel B, Laggner AN, Domanovits H.**

Überraschender Thorax-CT-Befund bei Patient mit positivem D-Dimer. *Intensivmed* 2004, 41: 604-608

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

Derhaschnig U, Pachinger C, Jilma B.

Variable inhibition of high-shear-induced platelet plug formation by eptifibatid and tirofiban under conditions of platelet activation and high von Willebrand release: A randomized, placebo-controlled, clinical trial. *Am Heart J* 2004, 147: e17

Fialka C, Sebök C, Kemetzhofer P, Kwasny O, Sterz F, Vécsei V.

Open-chest cardiopulmonary resuscitation after cardiac arrest in cases of blunt chest or abdominal trauma. A consecutive series of 38 cases. *Journal of Trauma* 2004, 57: 809-814

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

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. *Circulation* 2004, 110: 1392-1397

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

Greisenegger S, Mullner M, Tentschert S, Lang W, Lalouschek W.

Effect of pretreatment with statins on the severity of acute ischemic stroke. *J Neurol Sci* 2004, 221: 5-10

Gyöngyösi M, Domanovits H, Benzer W, Haugk M, Heinisch B, Sodeck G, Hödl R, Gaul G, Bonner G, Wojta J, Laggner A, Glogar D, Huber K; ReoPro-BRIDGING Study Group.

Use of abciximab prior to primary angioplasty in STEMI results in early recanalization of the infarct-related artery and improved myocardial tissue reperfusion – results of the Austrian multi-centre randomized ReoPro-BRIDGING Study. *Eur Heart J*. 2004 Dec;25(23):2125-33.

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. *Am Heart J* 2004, 147: 158-164

Holzer M, Behringer W, Sterz F, Kofler J, Oschatz E, Schuster E, Laggner AN.

Ventricular fibrillation median frequency may not be useful for monitoring during cardiac arrest treated endothelin-1 or epinephrine. *Anesth Analg* 2004, 99: 1787-1793

Kliiegel A, Losert H, Sterz F, Holzer M, Zeiner A, Havel C, Laggner AN

Serial lactate determination for prediction of outcome after cardiac arrest. *Medicine* 2004, 83: 274-279

Koreny M, Riedmüller E, Nikfardjam M, Siostrzonek P, Müllner M.

Arterial puncture closing devices compared with standard manual compression after cardiac catheterisation. Systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004, 291: 350-357

Laggner AN.

Der Schockpatient in der Notaufnahme und auf der Intensivstation. *Internist* 2004, 45: 277-283

Madl C, Holzer M.

Brain function after resuscitation from cardiac arrest. *Curr Opin Crit Care* 2004, 10: 213-217

Meron G, Kürkcayan 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

Mullner M, Urbanek B, Havel C, Losert H, Waechter F, Gamper G.

Vasopressors for shock. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004,(3):CD003709. Review

Schillinger M, Exner M, Minar E, Mlekusch W, Mullner M, Mannhalter C,

Bach Heme oxygenase-1 genotype and restenosis after balloon angioplasty: a novel vascular protective factor. *J Am Coll Cardiol.* 2004, 43:950-957

Richling N, Friedrich E, Deutinger M, Riedmüller E-M, Janata K, Laggner AN.

Pulmonalembolie nach chirurgischer fettreduktion. *Wien Klin Wochenschr* 2004, 116: 854-857

Schillinger M, Sodeck G, Meron G, Janata K, Nikfardjam M, Rauscha F, Laggner AN, Domanovits H.

Acute chest pain identification of patients at low risk for coronary events. The impact of symptoms, medical history and risk factors. *Wien klin Wschr* 2004, 116: 83-89

Schneider L, Sterz F, Haugk M, Eisenburger P, Scheinecker W, Kliegel A, Laggner AN

CPR courses and semi-automatic defibrillators life saving in cardiac arrest? *Resuscitation* 63:295-303, 2004

Sodeck G, Domanovits H, Khanakah G, Schillinger M, Thalmann M, Bayegan K, Schoder M, Grabenwoeger M, Hoelzenbein T, Boehmig G, Laggner AN, Stanek G.

The role of Chlamydia Pneumoniae in human aortic disease – a hypothesis revisited. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004, 28: 547-552

Sterz F as participant of the ILCOR Task Force.

Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports. Update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries. *Circulation* 2004, 110: 3385-3397

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. *Resuscitation* 2004, 60: 253-261

Zenz W, Zoehrer B, Levin M, Fanconi S, Hatzis TD, Knight G, Mullner M, International Paediatric Meningococcal Thrombolysis Study Group.

Use of recombinant tissue plasminogen activator in children with meningococcal purpura fulminans: a retrospective study. *Crit Care Med* 2004, 32:1777-1780

2003**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

Behringer W, Safar P, Wu X, Kentner R, Radovsky A, Kochanek PM, Dixon CE, Tisherman SA.

Survival without brain damage after clinical death of 60-120 mins in dogs using suspended animation by profound hypothermia. *Crit Care Med.* 2003, 31: 1523-1531

Bur A, Herkner H, Vlcek M, Woisetschlager 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, Herkner H, Woisetschlager C, Vlcek M, Derhaschnig U, Hirschl MM.

Is fasting blood glucose a reliable parameter for screening for diabetes in hypertension? *Am J Hypertens* 2003, 16: 297-301

Derhaschnig U, Pachinger C, Schweeger-Exeli I, Marsik C, Jilma.

Blockade of GPIIb/IIIa by eptifibatid and tirofiban does not alter thrombin induced generation in human endotoxemia. *Thromb Haemost* 2003, 90: 1054-1060

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

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

Eisenburger P, Schreiber W, Vergeiner G, Sterz F, Holzer M, Herkner H, Havel C, Laggner AN.

Lunar phases are not related to the occurrence of acute myocardial infarction and sudden cardiac death. *Resuscitation* 2003, 56: 187-189

Fleischhackl R, Dorner C, Scheck T, Fleischhackl S, Hafez J, Kober A, Bertalanffy P, Hoerauf K.

Reduction of motion sickness in prehospital trauma care. *Anaesthesia* 2003, 58: 373-377

Funk GC, Zauner C, Bauer E, Oschatz E, Schneeweiss B.

Compensatory hypochloreaemic alkalosis in diabetic ketoacidosis. *Diabetologia* 2003, 46: 871-873

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, Klein N, Joukhadar C, Lackner E, Langenberger H, Frossard M, Bieglmayer C, Wagner O, Roden M, Müller M.

Transcapillary insulin transfer in human skeletal muscle. *Eur J Clin Invest* 2003, 33: 141-146

Herkner H, Thoennissen 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. *J Clin Epidemiol* 2003, 56: 775-781

Holzer M, Sterz F.

Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group. Therapeutic hypothermia after cardiopulmonary resuscitation. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2003, 1: 317-325

Homoncik M, Jilma B, Donham DC, Frossard M, Keuzer C, Sorenson JR.

Activation of calcium-dependent calmodulin by calcium(II)3(3,5-diisopropylsalicylate)6(H₂O)₆ decreases thrombin receptor activating peptide-induced P-selectin expression. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2003, 14: 131-138

Janata K, Holzer M, Kurkciyan I, Losert H, Riedmüller E, Pikula B, Laggner AN, Laczika K.

Major bleeding complications in cardiopulmonary resuscitation: the place of thrombolytic therapy in cardiac arrest due to massive pulmonary embolism. *Resuscitation* 2003, 57: 49-55

Janata K, Holzer M, Kurkciyan I, Losert H, Riedmüller E, Pikula B, Laggner AN, Laczika 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

Janata K, Holzer M, Laggner AN, Müllner M.

Cardiac troponin T in the severity assessment of patients with pulmonary embolism: cohort study. *Brit med J* 2003, 326: 312-313

Janata K, Prokop M, Schaefer-Prokop C, Laggner AN.

Misdiagnosis of pulmonary embolism in patients with allergic reaction – the importance of prior probability of disease. *Wien Klin Wochenschr* 2003, 115:728-731

Jilma B, Joukhadar C, Derhaschnig U, Rassoul F, Richter V, Wolzt M, Dorner GT, Petternel V, Wagner OF.

Levels of adhesion molecules do not decrease after 3 months of statin therapy in moderate hypercholesterolaemia. *Clin Sci* 2003, 104: 189-93-

Joukhadar C, Klein N, Dittrich P, Zeitlinger M, Geppert A, Skhirtladze K, Frossard M, Heinz G, Müller M.

Target site penetration of fosfomycin in critically ill patients. *J Antimicrob Chemother* 2003, 51: 1247-1252

Kurkciyan 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

Locker GJ, Losert H, Schellongowski P, Thalhammer F, Knapp S, Laczika KF, Burgmann H, Staudinger T, Frass M, Muhm M.

Bedside exclusion of clinically significant recirculation volume during venovenous ECMO using conventional blood gas analyses. *J Clin Anesth* 2003, 15: 441-445

Marsik C, Mayr F, Cardona F, Derhaschnig U, Wagner OF, Jilma B.

Endotoxaemia modulates Toll-like receptors on leucocytes in humans. *Br J Haematol* 2003;121:653-666

Rabitsch W, Schellongowski P, Kostler WJ, Stoiser B, Knobl P, Locker GJ, Sperr W, Burgmann H, Herkner H, Keil F, Frass M, Staudinger T.

Efficacy and tolerability of non-invasive ventilation delivered via a newly developed helmet in immunosuppressed patients with acute respiratory failure. *Wien Klin Wochenschr* 2003, 115: 590-594

Reiter R, Derhaschnig U, Spiel A, Keen P, Cardona F, Mayr F, Jilma B.

Regulation of protease-activated receptor 1 (PAR1) on platelets and responsiveness to thrombin receptor activating peptide (TRAP) during systemic inflammation in humans. *Thromb Haemost* 2003, 90: 898-903

Reiter RA, Mayr F, Blazicek H, Galehr E, Jilma-Stohlawetz P, Domanovits H, Jilma B.

Desmopressin antagonizes the in vitro platelet dysfunction induced by GPIIb/IIIa inhibitors and aspirin. *Blood* 2003,102: 4594-4599

Schreiber W, Kittler H, Herkner H, Gwechenberger M, Laggner AN, Hirschl MM.

Additional ST-segment elevation during thrombolytic therapy in patients with acute ST-elevation myocardial infarction: impact on myocardial salvage and final infarct size. *Wien Klin Wochenschr* 2003, 115:104-110

Schreiber W, Kittler H, Pieper O, Woisetschlaeger C, Laggner AN, Hirschl MM.

Prediction of 24 h, nonfatal complications in patients with acute myocardial infarction receiving thrombolytic therapy by calculation of the ST segment deviation score. *Can J Cardiol* 2003, 19:151-157

Sodeck G, Partik B, Domanovits H.

Interactive case report: a 42 year old man with acute chest pain: case outcome. *BMJ* 2003, 326: 1133

Sterz F, Holzer M, Roine R, Zeiner A, Losert H, Eisenburger P, Uray T, Behringer W.

Hypothermia after cardiac arrest: a treatment that works. *Curr Opin Crit Care* 2003, 9:205-210

Uray T, Lunzer A, Ochsenhofer A, Thanikkel L, Zingerle R, Lillie P, Brandl E, Sterz F.

Feasibility of life-supporting first-aid (LSFA) training as a mandatory subject in primary schools. *Resuscitation* 2003, 59: 211-220

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

Wu X, Stezoski J, Safar P, Bauer A, Tuerler A, Schwarz N, Kentner R, Behringer W, Kochanek PM, Tisherman SA.

Mild hypothermia during hemorrhagic shock in rats improves survival without significant effects on inflammatory responses. *Crit Care Med* 2003, 31: 195-202

2002

- 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. *Circulation* 2002; 105: 2355-2360
- Bur A, Bayegan K, Holzer M, Herkner H, Schreiber W, Siostrzonek P, Hirschl M, Laggner AN, Domanovits H.**
Intra-aortic balloon counterpulsation in the emergency department: a 7-year review and analysis of predictors of survival. *Resuscitation* 2002; 53: 259-264
- 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
- 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, 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. *Clin Chem* 2002; 48: 1924-1930
- Derhaschnig U, Shehata M, Herkner H, Bur A, Woisetschläger C, Laggner AN, Hirschl MM.**
Increased levels of transforming growth factor- β 1 in essential hypertension. *Am J Hypertens* 2002; 15: 207-211
- Domanovits H, Schillinger M, Müllner M, Hölzenbein T, Janata K, Bayegan K, Laggner AN.**
Acute phase reactants in patients with abdominal aortic aneurysm. *Atherosclerosis* 2002; 163: 297-302
- Domanovits H, Schillinger M, Paulis M, Rauscha F, Thoenissen J, Nikfardjam M, Laggner AN.**
Acute chest pain – a stepwise approach, the challenge of the correct clinical diagnosis. *Resuscitation* 2002; 55: 9-16
- Frey R, Decker K, Reinfried L, Klösch G, Saletu B, Anderer P, Semlitsch V, Seidler D, Laggner AN.**
Effect of rest on physicians' performance in an emergency department, objectified by electroencephalographic analysis and psychometric tests. *Crit Care Med* 2002; 30: 2322-2329
- 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. *Crit Care Med* 2002; 30: 1987-1994
- Herkner H, Eisenburger Ph, Havel Ch, Laggner AN.**
Dashing with scooters to in-hospital emergencies: a randomised cross-over experiment. *Resuscitation* 2002; 52: 293-296
- Holzer M, Sterz F and the HACA-Study Group.**
Mild therapeutic Hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. *N Engl J Med* 2002; 346: 549-556
- Holzer M, Sterz F, Behringer W, Oschatz E, Kofler J, Eisenburger P, Kittler H, Konschitzky R, Laggner AN.**
Endothelin-1 elevates regional cerebral perfusion during prolonged ventricular fibrillation cardiac arrest in pigs. *Resuscitation* 2002; 55:317-327
- 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, Eisenburger P, Sterz F, Holzer M, Losert H, Havel C, Stix G, Laggner AN.**
Survivors of ventricular tachyarrhythmias due to a transient or reversible disorder have a high recurrence rate of lethal cardiac events. *Resuscitation* 2002, 54: 237-43
- Janata K, Holzer M, Domanovits H, Mullner M, Bankier A, Kurtaran A, Bankl HC, Laggner AN.**
Mortality of patients with pulmonary embolism. *Wien Klin Wochenschr* 2002; 114:766-772
- 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
- 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
- Röggl M, Frossard M, Wagner A, Holzer M, Bur A, Röggl G.**
Severe accidental hypothermia with or without hemodynamic instability: Rewarming without the use of extracorporeal circulation. *Wien Klin Wochenschr* 2002; 114:315-320
- 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
- Schillinger M, Domanovits H, Ignatescu M, Exner M, Bayegan K, Sedivy R, Polterauer P, Laggner AN, Minar E, Kostner K.**
Lipoprotein(a) in patients with aortic aneurysmal disease. *J of Vascular Surgery* 2002; 36: 25-30
- Schillinger M, Exner M, Mlekusch W, Domanovits H, Huber K, Mannhalter C, Wagner O, Minar E.**
Heme oxygenase-1 gene promoter polymorphism is associated with abdominal aortic aneurysm. *Thromb Res.* 2002 Apr 15;106(2):131-6.

- Schoder M, Grabenwöger M, Hölzenbein T, Domanovits H, Fleischmann D, Wolf F, Cejna M, Lammer J.**
Endovascular stent-graft repair of complicated penetrating atherosclerotic ulcers of the descending thoracic aorta. *J Vasc Surg.* 2002 Oct;36(4):720-6.
- Schreiber W, Gabriel D, Sterz F, Müllner M, Kürkcıyan I, Holzer M, Laggner AN.**
Thrombolytic therapy after cardiac arrest and its effect on neurological outcome. *Resuscitation* 2002; 52: 63-69
- Schreiber W, Herkner H, Koreny M, Bur A, Hirschl M.M, Glogar D, Huber K, Laggner AN.**
Predictors of survival in unselected patients with acute myocardial infarction requiring continuous catecholamine support. *Resuscitation* 2002; 55: 269-276
- Sunder-Plassmann G, Kittler H, Eberle C, Hirschl M.M, Woisetschläger Ch, Derhaschnig U, Laggner AN, Hörl W.H, Födinger M.**
Angiotensin converting enzyme DD genotype is associated with hypertensive crisis. *Crit Care Med* 2002; 30: 2236-2241
- Wagner A, Domanovits H, Holzer M, Kofler J, Röggl M, Müllner M, Oschatz E, Prager M, Grimm M, Sterz F, Laggner AN.**
Plasma endothelin in patients with acute aortic disease. *Resuscitation* 2002; 53: 71-76
- Wagner A, Herkner H, Schreiber W, Bur A, Woisetschläger C, Stix G, Laggner AN, Hirschl MM.**
Ramipril prior to thrombolysis attenuates the early increase of PAI-1 in patients with acute myocardial infarction. *Thromb Haemost* (2002) 88:180-185

2001

- Bur A, Kittler H, Sterz F, Holzer M, Eisenburger P, Oschatz E, Kofler J, Laggner AN.**
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
- 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
- Domanovits H, Schillinger M, Müllner M, Thoennissen J, Sterz F, Zeiner A, Druml W.**
Acute renal failure after successful cardiopulmonary resuscitation. *Intensive Care Medicine* 2001; 27:1194-1199
- Eisenburger P, Czapek G, Sterz F, Vergeiner G, Havel C, Losert H, Holzer M, Laggner AN.**
Cardiac arrest in an Alpine Area During a Six Year Period. *Resuscitation* 2001; 51: 39-46
- Gartner W, Lang W, Leutmetzer F, Domanovits H, Waldhäusl W, Wagner L.**
Cerebral expression and serum detectability of secretagogin, a recently cloned EF-hand Ca(2+)-binding protein. *Cereb Cortex.* 2001 Dec;11(12):1161-9
- 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
- Herkner H, Waldenhofer U, Laggner AN, 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. *Resuscitation* 2001; 49: 259-264
- Kürkcıyan I, Meron G, Sterz F, Domanovits H, Tobler K, Laggner AN, Steinhoff N, Berzlanovich A, Bankl HC.**
Spontaneous subarachnoid haemorrhage as a cause of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2001; 51: 27-32
- Oschatz E, Wunderbaldinger P, Sterz F, Holzer M, Kofler J, Slatin H, Janata K, Eisenburger Ph, Bankier A, Laggner AN.**
Cardiopulmonary Resuscitation Performed by Bystanders Does Not Increase Effects as Assessed by Chest Radiography. *Anesth Analg* 2001; 93: 128-133
- 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.
- 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
- Zeiner A, Holzer M, Sterz F, Schörkhuber W, Eisenburger Ph, Havel Ch, Kliegel A, Laggner AN.**
Hyperthermia After Cardiac Arrest Is Associated with an Unfavorable Neurologic Outcome. *Arch Intern Med.* 2001; 161: 2007-2012

2000

- Addison PS, Watson JN, Clegg GR, Holzer M, Sterz F, Robertson CE.**
Evaluating arrhythmias in ECG signals using wavelet transforms. *IEEE Eng Med Biol Mag* 2000; 19:104-109
- Buchmayer H, Sunder-Plassmann G, Hirschl MM, Kletzmayer J, Woisetschläger Ch, Laggner AN, Hörl W.**
G-Protein $\beta 3$ subunit gene (GNB3) polymorphism 825C→T in patients with hypertensive crisis. *Crit Care Med* 2000; 28: 3203-3206

- 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
- Domanovits H, Müllner M, Sterz F, Schillinger M, Klösch C, Paulis M, Hirschl MM, Laggner AN.**
Impairment of renal function in patients resuscitated from cardiac arrest: frequency, determinants and impact on outcome. *Wien. Klin Wochenschr* 2000; 112: 157-161
- Domanovits H, Schillinger M, Lercher P, Stark G, Stix G, Sterz F, Mayrleitner M, Laggner AN.**
E047/1: A New Class III Antiarrhythmic Agent. *J Cardiovasc Pharm* 2000, 35:716-722
- 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
- Domanovits H, Wenger S, Schillinger M, Mayr N, Holzer M, Laggner AN, Zeitlhofer J.**
Der Edrophonium-Chlorid (Tensilon)-Test: Eine sichere Methode in der Diagnostik der Myasthenia gravis. *Wien Klin Wochenschr* 2000, 112: 592-595
- 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
- Eisenburger Ph, Laggner AN, Lenz K, Druml W.**
Acute renal failure and rhabdomyolysis after inadvertent intra-arterial infusion of excessive dosis of epinephrine during cardiopulmonary resuscitation. *Wien Klin Wochenschr* 2000, 112: 174-176
- Fertl E, Vass K, Sterz F, Gabriel H, Auff E.**
Neurological rehabilitation of severely disabled cardiac arrest survivors. *Resuscitation* 2000, 47:231-240
- 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
- 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(10):2728-32
- Frossard M, Joukhadar C, Steffen G, Schmid R, Eichler HG, Müller M.**
Paracrine effects of angiotensin-converting-enzyme- and angiotensin-II-receptor-inhibition on transcapillary glucose transport in humans. *Life Sci.* 2000, 66: 147-154
- Herkner H, Laggner AN, Müllner M, Formanek M, Bur A, Gamper G, Woisetschläger CH, Hirschl MM.**
Hypertension in patients presenting with epistaxis. *Ann Emerg Med* 2000, 35: 126-30
- Herkner H, Müllner M, Domanovits H, Bur A, Woisetschläger C, Gamper G, Laggner AN, Hirschl MM:**
Use of an age-adjusted Doppler E/A ratio in patients with moderate to severe hypertension. *J Hypertens* 2000, 18:1477-1481
- Hirschl MM, Kittler H, Woisetschläger C, Siostrzonek P, Staudinger T, Kofler J, Oschatz E, Bur A, Gwechenberger M, Laggner AN.**
Simultaneous comparison of thoracic bioimpedance and arterial pulse waveform-derived cardiac output with thermodilution measurement. *Crit Care Med* 2000, 28: 1798-1802
- Hirschl MM, Herkner H, Laggner AN, , Sylven C, Rasmanis, Collinson, Gerhardt, Leinberger, R, Zerback R, Müller-Bardorff M, Katus HA.**
Analytical and clinical performance of an improved qualitative troponin T rapid test in laboratories and critical care units. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124: 583-587
- Hirschl MM.**
Left ventricular hypertrophy. *J Kardiol* 2000, 7: 489-491
- Hirschl MM.**
Treatment of hypertensive crisis. *Wien klin Wochenschr* 2000; 112: 7-10
- 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
- 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
- Kürkcayan 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. *Arch Intern Med* 2000, 160: 1529-1535
- Laggner AN, Müllner M.** Status Asthmaticus. *Intensivmed* 2000, 37:293-297
- Laggner AN, Sterz F, Domanovits H.**
Intraaortic balloon pump (IABP) and pulse oximetry. *Resuscitation* 2000, 45; 63-64
- 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
- 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

Panning B, Sterz F.

Hemodynamic and catecholamine stress response to insertion of the CombitubeR, Laryngeal Mask Airway or tracheal intubation. *Anesthesia and Analgesia* 2000; 90:231

Pirich C, Müllner M, Sinzinger H.

Prevalence and relevance of thyroid dysfunction in 1922 cholesterol screening participants. *J Clin Epidemiol* 2000; 53:623-629

Röggla G, Moser B, Wagner A, Röggla M.

Correlation between raised body temperature and acute mountain sickness score at moderate altitude. *Wien Klin Wochenschr* 2000; 112: 290-292

Röggla G, Moser B, Wagner A, Röggla M.

Correlation between raised body temperature and acute mountain sickness score at moderate altitude. *Wien Klin Wochenschr* 2000; 112: 290-292

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

Schillinger M, Domanovits H, Müllner M, Herkner H, Laggner AN.

Admission for syncope: evaluation, cost and prognosis. *Wien Klin Wochenschr* 2000 112: 835-841

Schillinger M, Müllner M, Domanovits H, Herkner H, Pateisky N.

Birthweight, stillbirthweight and infant mortality of legitimate and illegitimate newborn in Austria between 1987 and 1996: an ecological study. *Wien Klin Wochenschr.* 2000; 112: 882-886

Schreiber W, Pieper O, Herkner H, Laggner AN, Huber K.

„Unberechtigte“ Thrombolyse bei suspektem Myokardinfarkt. *Wien Klin Wochenschr* 2000; 112: 912-916

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

Small M, Yu D, Harrison RG, Robertson C, Clegg G, Holzer M, Sterz F.

Deterministic nonlinearity in ventricular fibrillation. *Physics Letters A* 2000; 265:68-75

Small M, Yu D, Harrison RG, Robertson C, Clegg G, Holzer M, Sterz F.

Measuring temporal complexity of ventricular fibrillation. *Physics Letters A*2000; 265:68-75

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

Thoennissen J, Lang W, Laggner AN, Müllner M.

Bettruhe nach Lumbalpunktion. *Wien Klin Wschr* 2000; 112: 1040-1043

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

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. *J Hypertens* 2000;18: 399-403

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

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

1996–1999**Bankier AA, Janata K, Fleischmann D, Kreuzer S, Mallek R, Frossard M, Domanovits H, Herold CJ.**

Severity assessment of acute pulmonary embolism with spiral CT: evaluation of two modified angiographic scores and comparison with clinical data. *J Thorac Imaging.* 1997 Apr;12(2):150-8.

Behringer W, Kittler H, Sterz F, Domanovits H, Schoerhuber W, Holzer M, Müllner M, Laggner AN.

Cumulative epinephrine dose during cardiopulmonary resuscitation and neurologic outcome. *Ann Intern Med* 1998, 129: 450-456

Behringer W, Sterz F, Domanovits H, Hohenberger B, Schörkhuber W, Frass M, Losert U, Laggner AN.

Effects of manual high – impulse CPR on myocardial perfusion during cardiac arrest in pigs. *Resuscitation* 1997, 34: 271-279

Behringer W, Sterz F, Domanovits H, Schoerhuber W, Holzer M, Foedinger M, Laggner AN.

Percutaneous cardiopulmonary bypass for therapy resistant cardiac arrest from digoxin overdose. *Resuscitation* 1998, 37: 45-50

Bur A, Müllner M, Sterz F, Hirschl M.M, Laggner AN.

The emergency department in a 2000 bed teaching hospital: saving open ward and intensive care facilities. *Eur J Emerg Med* 1997, 4: 19-23

Bur A, Wagner A, Röggla M, Berzlanovic A, Herkner H, Sterz F, Laggner AN.

Fatal pulmonary edema after nitric acid inhalation. *Resuscitation* 1997, 35: 33-36

- Domanovits H, Baumgartner H, Paulis M, Binder T, Kadletz M, Janata K, Laggner AN.**
Flottierender Riesenthrombus im offenen Foramen ovale. Diagnose mittels transösophagealer Echokardiographie. Intensivmed 1998, 35: 625-629
- Domanovits H, Meron G, Sterz F, Kofler J, Oschatz E, Holzer M, Müllner M, Laggner AN.**
Successful automatic external defibrillator operation by people trained only in basic life support in a simulated cardiac arrest situation. Resuscitation 1998, 39: 47-50
- Domanovits H, Müllner M, Sterz F, Schillinger M, Klösch C, Paulis M, Hirschl MM, Laggner AN.**
Impairment of renal function in patients resuscitated from cardiac arrest: frequency, determinants and impact on outcome. Wien.Klin Wochenschr 2000, 112: 157-161
- Domanovits H, Nikfardiam M, Janata K, Hornykiewicz, Maurer G, Laggner AN, Huber K.**
Restoration of coronary blood flow by single bolus injection of the GPIIb/IIIa receptor antagonist c7E3 Fab in a patient with acute myocardial infarction of recent onset. Clin Cardiol 1998, 21: 525-528
- Domanovits H, Paulis M, Nikfardjam M, Holzer M, Stühlinger HG, Hirschl MM, Laggner AN.**
Sustained ventricular tachycardia in the emergency department. Resuscitation 1999, 42:19-25
- Domanovits H, Paulis M, Nikfardjam M, Meron G, Kürkciyan I, Bankier A, Laggner AN:**
Acute renal infarction, Clinical characteristics of 17 patients. Medicine 1999, 78: 386-394
- Eisenburger P, List M, Schörkhuber W, Walker R, Sterz F, Laggner AN.**
Long-term cardiac arrest survivors of the Vienna emergency medical service. Resuscitation 1998, 38: 137-143
- Frossard M, Weiss K, Gossinger H, Zeiner A, Leitha T**
Asystole during dipyridamole infusion in patients without coronary artery disease or beta blocker therapy. Clin Nucl Med 1997, 22: 97-100
- Gyöngyösi M, Yang P, Hassan A, Weidinger F, Domanovits H, Laggner A, Glogar D.**
Arterial remodelling of native human coronary arteries in patients with unstable angina pectoris: a prospective intravascular ultrasound study. Heart. 1999 Jul;82(1):68-74.
- Gwechenberger M, Schreiber W, Kittler H, Binder M, Hohenberger B, Laggner AN, Hirschl MM.**
Prediction of early complications in patients with acute myocardial infarction by calculation of the ST score. Ann Emergency Med 1997, 30: 563-570
- Haymerle A, Sterz F, Kofler J, Martens P, Laggner AN.**
Befragung von österreichischen Intensivstationen zum Vorgehen bei anoxischer Enzephalopathie nach primär erfolgreicher Reanimation. Wien Klin Wochenschr 1998, 110: 709-714
- Hirschl M.M, Lechleitner P, Friedrich G, Sint G, Sterz F, Binder M, Dienstl F, Laggner AN.**
Usefulness of a new rapid bedside troponin T assay in patients with chest pain. Resuscitation 1996, 32: 193-198
- Hirschl MM, Binder M, Bur A, Herkner H, Müllner M, Woisetschläger Ch Laggner AN.**
Safety and efficacy of urapidil and sodium nitroprusside in the treatment of hypertensive emergencies. Intensive Care Med 1997, 23: 885-888
- Hirschl MM, Binder M, Bur A, Herkner H, Woisetschläger, Bieglmayer C, Laggner AN.**
Impact of the renin-angiotensin-aldosterone system on blood pressure response to intravenous enalaprilat in patients with hypertensive crises. J Hum Hypertens 1997, 11: 177-183
- Hirschl MM, Binder M, Gwechenberger M, Herkner H, Bur A, Kittler H, Laggner AN.**
Noninvasive assessment of cardiac output in critically ill patients by analysis of the finger blood pressure waveform. Crit Care Med 1997, 25: 1909-1914
- Hirschl MM, Binder M, Herkner H, Bur A, Brunner M, Seidler D, Stühlinger HG, Laggner AN.**
Accuracy and reliability of non-invasive continuous finger blood pressure measurement in critically ill patients. Critical Care Med 1996, 24: 1684-1689
- Hirschl MM, Gwechenberger M, Binder T, Binder M, Graf S, Stefenelli T, Rauscha F, Laggner AN, Sochor H.**
Assessment of myocardial infarct size by measurement of tumor necrosis factor alpha. Eur Heart J 1996, 17: 1852-1859
- Hirschl MM, Herkner H, Bur A, Woisetschläger C, Gamper G, Frossard M, Laggner AN.**
Course of blood pressure within the first 12 h of hypertensive urgencies. J Hypertens 1998, 16: 251-255
- Hirschl MM, Matzner M, Huber W, Binder M, Derfler K, Röggl G, Laggner AN.**
Effect of desmopressin substitution during organ procurement on early renal allograft function. Nephrol Dial Transpl 1996, 11: 173-176
- Hirschl MM, Seidler D, Herold C, Woisetschläger C, Laggner AN.**
Referral of outpatients with non-traumatic conditions for radiographic examinations in an emergency department. Eur J Emerg Med 1997, 4: 6- 11
- Hirschl MM, Wagner A, Gwechenberger M, Herkner H, Müllner M, Woisetschläger C, Laggner AN.**
Attention of thrombolysis-induced increase of plasminogen activator inhibitor-1 by intravenous enalaprilat. Thromb Haemost 1998, 79: 140-143
- Hirschl MM, Schreiber W, Woisetschläger C, Kaff A, Raab H.**
Sublinguales Nitroglycerin oder intravenöses Enalaprilat in der präklinischen Behandlung von hypertensiven Patienten mit Lungenödem. Z Kardiologie (1999) 88:208-214
- Hirschl MM, Woisetschläger C, Bur A, Herkner H.**
Application of ACE inhibitors in intensive care Intensivmed 1998, 35: 153

- Holzer M, Sterz F, Schörkhuber W, Behringer W, Domanovits H, Weinmar D, Weinstabl C, Stimpfl T.**
Successful resuscitation of a verpamil-intoxicated patient with percutaneous cardiopulmonary bypass.
Crit Care Med 1999, 27: 2818-23
- Kürkcıyan I, Frossard M, Kettenbach J, Meron G, Sterz F, Röggl M, Laggner AN.**
Conservative management of foreign bodies of the gastrointestinal tract.
Zeitschrift für Gastroenterologie 1996, 34:173-177
- Kürkcıyan I, Meron G, Behringer W, Sterz F, Berzlanovich A, Domanovits H, Müllner M, Bankl H, Laggner AN.**
Accuracy and Impact of Presumed Cause in Patients With Cardiac Arrest. *Circulation* 1998, 98: 766-771
- Malzer R, Zeiner A, Binder M, Domanovits H, Knappitsch G, Sterz F, Laggner AN.**
Hemodynamic effects of active compression – decompression after prolonged CPR. *Resuscitation* 1996, 31: 243-254
- Meron G, Frantz O, Sterz F, Müllner M, Kaff A, Laggner AN.**
Analysing calls by lay persons reporting cardiac arrest. *Resuscitation* 1996, 32: 23-26
- Muhm M, Stimpfl T, Malzer R, Mortinger H, Binder R, Vycudilik W, Berzlanovich A, Bauer G, Laggner AN.**
Suicidal Chloroquine Poisoning: Clinical Course, Autopsy Findings, and Chemical Analyses. *J Forensic Sci* 1996, 41: 1077-1079
- Müllner M, Domanovits H, Sterz F, Herkner H, Gamper G, Kürkcıyan I, Laggner AN.**
Measurement of myocardial contractility following successful resuscitation: quantitated left ventricular systolic function utilising non-invasive wall stress analysis. *Resuscitation* 1998, 39: 51-59
- Müllner M, Hirschl M.M, Herkner H, Sterz F, Leitha Th, Exner M, Binder M, Laggner AN.**
Creatinin kinase MB and cardiac troponin t to diagnose acute myocardial infarction after cardiopulmonary resuscitation.
J Am Col Cardiol 1996, 28: 1220-1225
- Müllner M, Oschatz E, Sterz F, Pirich C, Exner M, Schörkhuber W, Laggner A, Hirschl MM.**
The influence of chest compressions and external defibrillation on the release of creatine kinase-MB and cardiac troponin T in patients resuscitated from out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 1998, 38: 99-105
- Müllner M, Paulis M, Nikfardjam M, Domanovits H, Huber K.**
Primary PTCA versus thrombolysis with tPA in acute myocardial infarction: a formal cost.effectiveness analysis.
Wien Klin Wschr 111:37-41,1999
- Müllner M, Sterz F, Behringer W, Schörkhuber W, Holzer M, Laggner AN.**
The influence of chronic prearrest health conditions on mortality and functional neurological recovery in cardiac arrest survivors. *Am J Med* 1998, 104: 369-373
- Müllner M, Sterz F, Binder M, Brunner M, Hirschl M.M, Mustafa G, Schreiber W, Kürkcıyan I, Domanovits H, Laggner AN.**
Creatine kinase and creatine kinase-MB release after non traumatic cardiac arrest.
American J. Cardiology 1996, 77: 581-585
- Müllner M, Sterz F, Binder M, Hellwagner K, Meron G, Laggner AN.**
Arterial blood pressure after human cardiac arrest and neurologic recovery. *Stroke* 1996, 27: 59-62
- Müllner M, Sterz F, Binder M, Schreiber W, Deimel A, Laggner AN.**
Blood glucose concentration after cardiopulmonary resuscitation influences functional neurological recovery in human cardiac arrest survivors. *J Cerebr Blood Flow* 1997, 17: 430-436
- Müllner M, Sterz F, Domanovits H, Behringer W, Binder M, Laggner AN.**
The association between blood lactate concentration on admission, duration of cardiac arrest, and functional neurological recovery in patients resuscitated from ventricular fibrillation. *Intensive Care Med* 1997, 23: 1138-1143
- Müllner M, Sterz F, Domanovits H, Zeiner A, Laggner AN.**
Systemic and cerebral oxygen extraction after human cardiac arrest.
Europ J Emergency Med 1996, 3: 19-24
- Oschatz E, Bur A, Lang W, Kofler J, Herkner H, Müllner M, Barrientos M, Woisetschläger Ch, Wagner O, Schindler E, Laggner AN.**
Ein Protokoll zur Abklärung von Patienten mit Koma unklarer Genese. *Wien Klin Wochenschr* 1997, 109: 949-953
- Oschatz E, Müllner M, Herkner H, Laggner AN.**
Multiple organ failure and prognosis in adult patients with diabetic ketoacidosis. *Wien Klin Wschr* 1999, 111: 590-595
- Oschatz E, Müllner M, Kofler J, Herkner H, Nikfardjam M, Laggner AN, Hirschl MM.**
Comparison of two methods for measurement of cardia troponin T in patients with acute myocardial infarction.
Ann Clin Biochem 1999, 36: 242-243
- Röggl M, Brunner M, Michalek A, Gamper G, Marschall I, Hirschl M, Laggner AN, Röggl G.**
Cardiorespiratory response to free suspension simulating the situation between fall and rescue in a rock climbing accident.
Wildern Environment Med 1996, 2: 109-114
- Röggl M, Frossard M, Wagner A, Janata K, Röggl G, Seidler D, Laggner AN:**
Lethal ethylene dichloride intoxication treated with an implantable heart-lung assist device.
Intensivmedizin- u. Notfallmedizin 1999, 36: 541-544
- Röggl M, Wagner A, Brunner C, Röggl G.**
The management of pneumothorax with the thoracic vent versus conventional intercostal tube drainage.
Wien Klin Wschr 1996, 108 330-333
- Röggl M., Wagner A., Muellner M., Bur A., Roeggla H., Hirschl MM, Laggner AN, Röggl G.**
Cardiorespiratory consequences to hobble restraint. *Wien Klin Wochenschrift* 1997, 109: 359-361
- Schillinger M, Müllner M, Meron G, Laggner AN.**
Causes and outcome of syncope. *Wien Klin Wochenschr.* 1999, 111: 512-516

Schörkhuber W, Kittler H, Sterz F, Behringer W, Holzer M, Frossard M, Spitzauer S, Laggner AN.

Time course of serum neuron-specific enolase. A predictor of neurological outcome in patients resuscitated from cardiac arrest. *Stroke* 1999, 30: 1598-1603

Schreiber W, Woisetschläger, Binder M, Kaff A, Raab, Hirschl MM.

The nitura study – effect of nitroglycerin or urapidil on hemodynamic, metabolic and respiratory parameters in hypertensive patients with pulmonary edema. *Intensive Care Med* 1998, 24: 557-63

Schreiber W, Stühlinger HG, Brunner M, Hollenstein U.

Perclinical Management of Thromboembolic Disorders. *Semin Thromb Hemost* (1996) 22:3-13

Seidler D, Stühlinger HG, Gischer G, Woisetschläger C, Berzlanovich A, Schmid R, Hirschl MM, Laggner AN.

After antagonisation of acute opiate overdose: a survey at hospitals in Vienna. *Addiction* 1996, 91: 1479- 1487

Seidler D, Woisetschläger C, Schmeiser-Rieder A, Hirschl MM, Kaff A, Laggner AN.

Prehospital opiate emergencies in Vienna. *Am J Emerg Med* 1996, 14: 436- 439

Sterz F, Zeiner A, Kürkcian I, Janata K, Müllner M, Domanovits H, Safar P.

Mild resuscitative hypothermia and outcome after cardiopulmonary resuscitation. *J Neurosurg Anesthesiol.* 1996 Jan;8(1):88-96.

Sterz F, Janata K, Kürkcian I, Müllner M, Malzer R, Schreiber W.

Possibilities of Brain Protection with Tirilazad after Cardia Arrest. *Semin Thromb Hemost* (1996) 22:105-112

Vecsei PV, Domanovits H, Kircher K, Egger S, Turetschek K.

Beidseitige akute retrobulbäre Raumforderung im Rahmen einer Thrombolysetherapie bei Myokardinfarkt – ein Fallbericht. *Z. Kardiologie* 1996, 85: 798-803

Wagner A, Staudinger T, Kofler J, Keil F, Röggl G, Röggl M, Locker G.J, Kahls P, Müllner M, Binder M, Frass M.

Ergebnisse der intensivmedizinischen Betreuung von Patienten nach Knochenmarktransplantation. *Wien Klin Wschr* 1996, 108: 677-682

1991–1995**Baischer W, Wager A, Seidler D, Musalek M, Laggner AN.**

Intoxikation mit Carbamazepin: Protrahierter Verlauf unter Entwicklung von Darmatonie und Hepatotoxizität. *Wien klin Wschr* 1994; 106: 27 – 29

Binder T, Domanovits H, Berr T, Laggner AN.

Complete generator extrusion as a cause of pacemaker dysfunction. *Am J Emer Med* 1995; 13: 670-671

Brunner M.

Notfallversorgung von Patienten mit akutem Myokardinfarkt. *Wien Klin Wochenschr* 1995; 107: 231-234

Domanovits H, Laske H, Stark G, Sterz F, Schmidinger H, Schreiber W, Müllner M, Laggner AN.

Adenosine for the management of patients with tachyarrhythmias – a new protocol. *Eur Heart J* 1994; 15: 589-593

Eichinger S, Schreiber W, Heinz T, Kier P, Dufek V, Goldin M, Leithner C, Frass M.

Airway Management in Care of Neck Impalement – Use of the Oesophageal Tracheal Combitube Airway. *Br J Anaesth* (1992) 68: 534-535

Fasching P, Roden M, Stühlinger H.G, Kurzemann S, Zeiner A, Waldhäusl W, Laggner AN.

Estimated glucose requirement following massive insulin overdose in a patient with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine* 1994; 11: 323-325

Hirschl M, Derfler K, Bieglmayer Ch, Röggl H, Zeiner A, Seidler D, Laggner AN.

Hormonal Derangements in Patients with Severe Alcohol Intoxication. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 761-766

Hirschl M.M, Seidler D, Laggner AN.

Spirolactone-Associated Hyponatremic Coma. *Nephron* 1994; 67: 503

Hirschl M.M., Gwechenberger M, Zehetgruber M, Weber H.

Severe complications following thrombolytic therapy of an acute thrombosis of a prosthetic mitral valve *Clin Invest* 1994; 72: 466-469

Hirschl MM

The patient with type II diabetes and uraemia – to transplant or not to transplant. *Nephrol Dial Transplant* 1995; 10: 1515-1516

Hirschl MM, Binder M, Bur A, Herkner H, Brunner M, Müllner M, Sterz F, Laggner AN.

Clinical evaluation of different doses of intravenous enalaprilat in patients with hypertensive crises. *Arch Intern Med* 1995; 155: 2217-2223

Hirschl MM, Seidler D, Zeiner A, Wagner A, Heinz G, Sterz F, Laggner AN.

Intravenous urapidil versus sublingual nifedipine in the treatment of hypertensive urgencies. *Am J Emer Med* 1993; 11: 653-656

Hirschl MM.

Renal transplantation in patients with type 2 diabetes mellitus. *Nephrol Dial Transplant* 1995; 10: 58-60

Hofbauer R, Röggl M, Staudinger T, Wiltschke C, Kornek GV, Sterz F, Frass M, Panning B.

Notfallintubation mit dem Combitube bei einem Patienten mit fortgesetztem Erbrechen. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 1994; 29: 306-308

- Janata K, Regele H, Bankier A, Domanovits H, Kürkciyan I, Sterz F, Laggner AN.**
Sudden cardiac death of a teenage girl. Resuscitation 1994; 28: 37-42
- Kürkciyan I, Schirmaier E, Frossard M, Schreiber W, Längle F, Huemer G, Sterz F.**
Gleichzeitiges Auftreten von Ulkuserosion und akutem Myokardinfarkt – eine diagnostische Herausforderung in der Notfallmedizin. Wien klin Wschr 1994; 106: 660-663
- Kürkciyan I, Sterz F, Roden M, Heinz G, Hirschl M.M, Müllner M, Laggner AN.**
A new preparation of nifedipine for sublingual application in hypertensive urgencies. Angiology 1994; 45: 629-635
- Locker G, Kotzmann H, Frey B, Messina Frank C, Sterz Fritz R, Weissel M, Laggner AN.**
Factitious hyperthyroidism causing acute myocardial infarction. Thyroid 1995; 5: 465-467
- Madl C, Grimm G, Kramer L, Yeganehfar W, Sterz F, Schneider B, Kranz A, Schneeweiss B, Lenz K.**
Early prediction of individual outcome after cardiopulmonary resuscitation. Lancet. 1993 Apr 3; 341 (8849):855-8
- Müllner M, Sterz F, Binder M, Hirschl MM, Janata K, Laggner AN.**
Near infrared spectroscopy during and after cardiac arrest – preliminary results. Clin Int Care 1995; 6: 107-111
- Müllner M, Sterz F, Laggner AN.**
Critical care in the emergency department: saving intensive care unit facilities. Crit Care Med 1994; 22: 896
- Müllner M, Sterz F, Wagner A, Kürkciyan I, Muhm M, Röggl G.**
Multiorgan dysfunktionssyndrom bei prothrahiertem Tachykardie (anhand von 4 Fällen). Wien klin Wschr 1994; 106: 656-659
- Röggl G, Meron G, Wagner A, Schreiber W, Podolsky A, Röggl M.**
Adaptionsstörungen in mittleren Höhenlagen. Atemw Lungenkrkh 1995; 10: 518-520
- Röggl G, Röggl H, Röggl M, Binder M, Laggner AN.**
Effect of alcohol on acute ventilatory adaptation to mild hypoxia at moderate altitude. Ann Intern Med 1995; 122: 925-927
- Röggl G, Röggl M, Wagner A, Laggner AN.**
Effect of moderate altitude on the effect of mouth-to-mouth ventilation on blood gas analysis. Chest 1995; 108: 1183-1184
- Röggl G, Röggl M, Wagner A, Seidler D, Podolsky A.**
Auswirkung von niedrig dosiertem Diazepam auf die Ventilation in mittlerer Höhenlage. Wien klin Wschr 1994; 106: 649-651
- Röggl M, Röggl G, Wagner A, Eder B, Laggner AN.**
Emergency mechanical ventilation at moderate altitude. Wildern Environ Med 1995; 6: 283-287
- Schreiber W, Brunner M, Hödl W, Müllner M, Kratochwill C, Huber K.**
Thrombolyse des akuten Myokardinfarktes: Beeinflussende Faktoren der „Door-to-needle time“ Wien klin Wschr 1994; 106: 652-655
- Stark G, Domanovits H, Sterz F, Stark U, Bachernegg M, Kickenwitz E, Decrinis M, Laggner AN, Tritthart H.**
Action of ATP on ventricular automaticity. J Cardiovasc Pharmacol 1994; 24: 740-744
- Staudinger T, Brugger S, Röggl M, Rintelen C, Atherton GL, Johnson JC, Frass M.**
Vergleich des Combitube mit dem Endotrachealtubus während kardiopulmonaler Reanimation in der Prähospitalphase. Wien Klin Wschr 1994; 106: 412-415
- Wagner A, Röggl M, Hirschl MM, Röggl G, Schreiber W, Sterz F.**
Tracheal rupture after emergency intubation during cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation 1995; 30: 263-266
- Weiss K, Sterz F, Laggner AN, Andel H, Wozasek G, Seitelberger G.**
Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine unter Reanimationsbedingungen bei Lungenembolie. Dtsch med Wschr 1994; 119: 285

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:
Rektor Univ. Prof. Dr. Markus Müller
Medizinische Universität Wien
Spitalgasse 23, 1090 Wien

Verantwortlich für den Inhalt:

Universitätsklinik für Notfallmedizin
Medizinische Universität Wien/Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien
www.meduniwien.ac.at
www.akhwien.at

Grafik und Layout: KOMMUNIKATION + DESIGN thepert
Fotos: Günther Valda Photography, AKH Wien, Felicitas Matern, Shutterstock

