

Internistische Intensivmedizin: unterschiedliche Expertisen, ein gemeinsames Ziel

Gemeinsamer Bericht des Centers of Excellence of Medical Intensive Care (CEMIC) der Jahre 2015–2017 der Universitätskliniken für Innere Medizin I, II, III und Notfallmedizin der MedUni Wien/AKH Wien



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN



Allgemeines Krankenhaus
der Stadt Wien

» IntensivmedizinerInnen unserer Universität genießen national und international großes Ansehen



Markus Müller
Rektor der Medizinischen Universität Wien

Die Intensivmedizin des internistischen Bereichs hat an unserer Universität eine lange Tradition in Lehre und Forschung und deckt das gesamte Spektrum internistischer Erkrankungen ab. Internistische Intensivmedizin ist ein wichtiges Element der prägraduellen Lehre, Kongresse internistischer IntensivmedizinerInnen unserer Universität genießen national und international großes Ansehen.

Dokumentiert durch eine Reihe innovativer Forschungsergebnisse hat sich an unserer Universität ein Schwerpunkt „Critical Care“ etabliert, wo translationale Forschung zum Wohle der IntensivpatientInnen betrieben wird. Im vorliegenden Bericht spiegeln sich diese Leistungen in einer beeindruckenden Zahl wissenschaftlicher Publikationen wider.

Der Zusammenschluss der internistischen Intensivstationen in einer Plattform soll weiter zur besseren Koordination und Optimierung der Forschung und der studentischen bzw. postgraduellen Lehre in internistischer Intensivmedizin beitragen. Der vorliegende Bericht ist ein eindrucksvoller Nachweis der Leistungen, die die internistischen IntensivmedizinerInnen an unserer Universität erbringen. Mein Dank gilt allen an dieser Erfolgsgeschichte Beteiligten!

» Die gemeinsame Plattform der internistischen Intensivstationen soll zur effektiveren Koordination und Optimierung führen



Gabriela Kornek
Ärztliche Direktorin des AKH Wien

Die demographische Bevölkerungsentwicklung mit zunehmender Lebenserwartung sowie die Fortschritte in der Therapie eröffnen für viele PatientInnen neue Möglichkeiten, auch mit komplexen, oft chronischen Erkrankungen zu leben. Akute Grundkrankheits- oder Therapie-assoziierte Komplikationen erfordern aber häufig Maßnahmen, die auf einer Bettenstation nicht mehr geleistet werden können und damit eine Verlegung auf eine Intensivstation nötig machen. Vitale Körperfunktionen wie Kreislauf, Atmung, Nierenfunktion, Leberfunktion, Metabolismus sowie neurologische Funktionen brauchen ständige Überwachung und Unterstützung und eine intensive ärztliche und pflegerische Betreuung mit aufwendigen medikamentösen und apparativen Maßnahmen, oft bis zum Ersatz ganzer Organsysteme. Am AKH Wien werden daher zur Erfüllung des Versorgungsauftrags internistische Intensivstationen betrieben, die das gesamte Spektrum internistischer Erkrankungen in Notfallmedizin, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Pulmologie, Nephrologie, Rheumatologie und Immunologie, Gastro- und Hepatologie, Stoffwechsel und Endokrinologie sowie Toxikologie abdecken. Die Zahlen spiegeln eindrucksvoll die Leistungen wider, die in den vergangenen drei Jahren erbracht wurden. So erfolgte eine internistisch-intensivmedizinische Behandlung bei fast 4.000 PatientInnen im Rahmen notfallmedizinischer Versorgung und bei fast 8.000 PatientInnen auf den internistischen Intensivstationen. Der Zusammenschluss dieser internistischen Intensivstationen in einer Plattform soll zur noch effektiveren Koordination und Optimierung im Sinne optimaler PatientInnensicherheit unter bestmöglicher Nutzung der vorhandenen Ressourcen führen.

Der vorliegende Bericht ist ein eindrucksvoller Nachweis der Leistungen, die die internistischen Intensivstationen im AKH Wien für die Bevölkerung der Stadt sowie auch für die gesamte Ostregion Österreichs erbringen. Die Reputation des AKH Wien beruht nicht zuletzt auf den beachtlichen Behandlungserfolgen der internistischen Intensivmedizin. Deshalb gelten mein Dank und meine Gratulation allen beteiligten Berufsgruppen, begleitet von dem Wunsch, auch in den kommenden Jahren weiterhin so erfolgreich in diesem so wichtigen Versorgungsfeld zusammenarbeiten zu können.

» Die internistische Intensivmedizin ist eine tragende Säule der Exzellenz am AKH Wien



Herwig Wetzlinger
Direktor der Teilunternehmung AKH Wien

An den internistischen Intensivstationen des AKH Wien werden PatientInnen mit hochspezifischen Krankheitsbildern behandelt. Mit seiner besonderen Expertise in den Bereichen der Intensivmedizin sowie der Inneren Medizin ist das medizinische Personal auch für seltene und schwerwiegende Komplikationen gut gerüstet. Damit ist die internistische Intensivmedizin eine tragende Säule der Exzellenz am AKH Wien.

Die interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzung ist dem AKH Wien ein großes Anliegen. Sie fördert die kontinuierliche Weiterentwicklung in der medizinischen Versorgung, Forschung sowie Lehre und kommt damit vor allem den PatientInnen zu Gute. Ich freue mich, dass auch die internistischen Intensivstationen diese Bestrebungen teilen.

Durch die gemeinsame Betriebsführung mit der Medizinischen Universität Wien hat das AKH Wien bereits einen bedeutenden Schritt in Richtung noch effektiverer Planbarkeit seiner medizinischen Spitzenleistungen gesetzt. Die bevorstehenden baulichen Erneuerungen werden zusätzlich dazu beitragen, dass die medizinischen Prozesse in einer hochmodernen Infrastruktur ideal auf die PatientInnen abgestimmt sind. Der vorliegende Bericht unterstreicht eindrucksvoll die Leistungsfähigkeit von AKH Wien und MedUni Wien.

» Routine und Spitzenmedizin auf international führendem Niveau Hand in Hand mit beeindruckenden klinischen Forschungsergebnissen und den universitären Aufgaben



Oswald Wagner
Vizektor für Klinische Angelegenheiten der
Medizinischen Universität Wien

Die Rolle des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien als medizinischer Maximalversorger Ostösterreichs und gleichzeitig als Universitätsklinik bedingt einerseits einen hohen Anspruch in der klinischen Betreuung von PatientInnen auf höchstem Niveau, andererseits die Erfüllung der universitären Aufgaben in Forschung und Lehre. Dieser doppelte Anspruch stellt für das durch die Medizinische Universität Wien gestellte ärztliche Personal eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar. Gemeinsam mit dem Krankenhausträger, der Stadt Wien, versucht die Medizinische Universität Wien kontinuierlich die Rahmenbedingungen zur bestmöglichen Bewältigung dieser Herausforderung zu optimieren.

Der vorliegende Leistungsbericht der internistischen Intensivmedizin unseres Hauses reflektiert die Bewältigung des oben erwähnten Anspruches in herausragender Weise. Routine und Spitzenmedizin auf international führendem Niveau gehen Hand in Hand mit beeindruckenden klinischen Forschungsergebnissen und den universitären Aufgaben in Lehre und Ausbildung des medizinischen Nachwuchses. Im Sinne einer weiteren Optimierung der Abläufe ist die Vernetzung der einzelnen Abteilungen und das Zusammenrücken unter eine gemeinsame Plattform aus Sicht der Universität höchst begrüßenswert und zeigt den gemeinsamen Weg in die Zukunft auf, um den Herausforderungen der rasanten medizinischen Entwicklung erfolgreich begegnen zu können. Ich darf dieser Initiative deshalb weiterhin viel Erfolg wünschen und die Unterstützung durch die Universität zusichern.

» Intensivpflege heißt Verantwortung übernehmen – mit Vernetzung stellen wir dies sicher



Sabine Wolf
Direktorin des Pflegedienstes des AKH Wien

Die internistische Intensivmedizin ist eine interdisziplinäre Spezialität des AKH Wien. Auf Ebene 13 im roten Bettenturm befinden sich die vier Intensivstationen mit jeweils einem organspezifischen Schwerpunkt, die auch Dank der nahen räumlichen Anordnung exzellente Kooperation betreiben. Die diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen dieser vier Stationen sind bestens ausgebildete SpezialistInnen mit teils jahrelanger Erfahrung im intensivmedizinischen Pflegebereich.

Der regelmäßige Austausch bei gemeinsamen Meetings und Schulungen gewährleistet eine breite Expertise, was sowohl eine flexible Personaleinsatzplanung, als auch den Ersatz ohne Qualitätsverlusten bei akuten Ausfällen ermöglicht. Die internistischen Intensivstationen sind ein Paradebeispiel für gelebte Kooperation zwischen dem ärztlichen Behandlungsteam und dem Pflgeteam, ohne die, eine erstklassige PatientInnenversorgung auf hohem Niveau, nicht möglich wäre.

Dieser Leistungsbericht der Jahre 2015–2017 zeigt eindrucksvoll auf welchem internationalen Spitzenrang PatientInnenbetreuung, Forschung und Lehre in diesem Hause steht. Die Direktion des Pflegedienstes des AKH Wien ist stolz auf ihre Intensivpflege-MitarbeiterInnen, die all diese akademischen Aktivitäten unterstützen und dadurch selbst auch wesentlich durch Wissenszuwachs profitieren. In diesem Sinn wünsche ich der internistischen Intensivmedizin und dem CEMIC alles Gute für die nächsten Jahre und bin mir sicher, dass dieser erfolgreiche Weg weitergeführt wird.

» Inhaltsverzeichnis

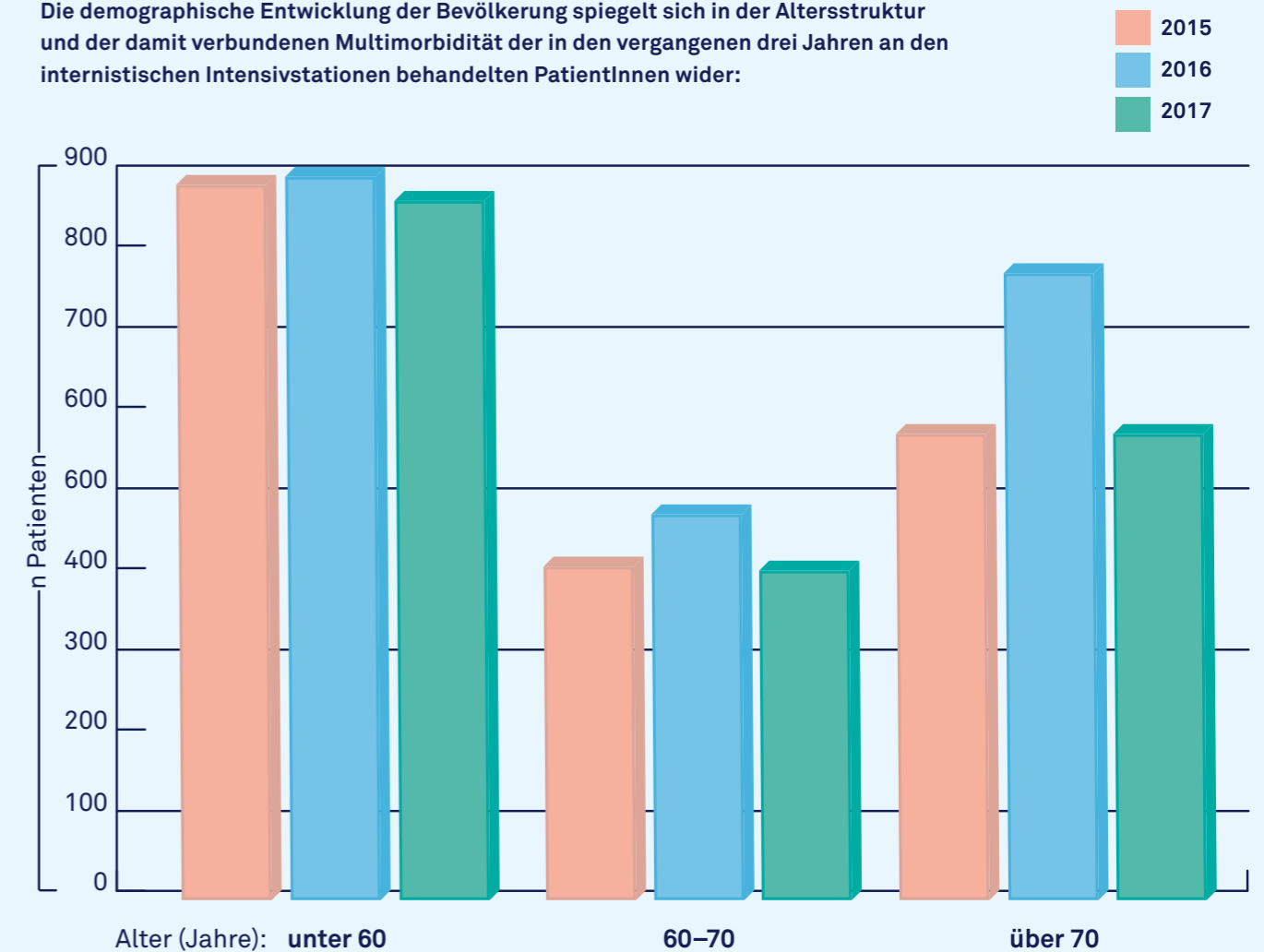
1. Warum internistische Intensivmedizin?	10
2. Intensive Zusammenarbeit – spezifische Expertise	14
2.1 Universitätsklinik für Notfallmedizin	15
2.2 Universitätsklinik für Innere Medizin I, Klinische Abteilungen für Hämatologie und Hämostaseologie, Onkologie, Infektionen und Tropenmedizin	17
2.3 Universitätsklinik für Innere Medizin II, Klinische Abteilung für Kardiologie	18
2.4 Universitätsklinik für Innere Medizin III, Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie	19
2.5 Universitätsklinik für Innere Medizin III, Klinische Abteilung für Nephrologie und Dialyse	21
3. Leistungserfassung der Jahre 2015–2017	24
4. Akademische Leistungen	29
4.1 Publikationen: Originalarbeiten	30
4.2 Publikationen: Reviews und Buchbeiträge	48
4.3 Akademische Lehre	55
4.4 Habilitationen	57
4.5 Kongresse/Symposien/Meetings	58
4.6 Funktionen in Fachgesellschaften	59
5. FachärztInnen für Innere Medizin und Intensivmedizin	60
6. Zusammenfassung und Ausblick	61

» 1. Warum internistische Intensivmedizin?

Die Universitätskliniken betreuen aufgrund ihrer spezialisierten Abteilungen zu einem hohen Prozentsatz IntensivpatientInnen mit spezifischen Krankheitsbildern. Diese reichen von primären Infektionserkrankungen und spezifischen infektiologischen Komplikationen, beispielsweise

bei immunsupprimierten PatientInnen, über teils komplexe autoimmunologische Krankheiten, Krebserkrankungen mit hämatologischen oder onkologischen Malignomen, bis hin zu komplexen kardialen, nephrologischen und pulmonalen Krankheitsbildern bzw. solchen der Leber und der Verdauungsorgane.

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung spiegelt sich in der Altersstruktur und der damit verbundenen Multimorbidität der in den vergangenen drei Jahren an den internistischen Intensivstationen behandelten PatientInnen wider:



Die Versorgung dieser PatientInnen erfordert ein hohes Ausmaß an Routine hinsichtlich der teils sehr aufwendigen differentialdiagnostischen Abklärungen sowie der Planung und Umsetzung der oftmals sehr spezifischen Therapien (z.B. immunologisch wirksame Substanzen oder Chemotherapeutika).

Zusätzlich kommt es bei einem beträchtlichen Prozentsatz der auf internistischen Spezialabteilungen eingesetzten, teils neuartigen Therapien zum Auftreten von bis dato nicht gekannten Komplikationen, die aufgrund akuter Organdysfunktionen intensivmedizinisch behandelt werden müssen.

Das Vorhalten von Versorgungsressourcen mit entsprechendem fachlichen Hintergrund ist somit integraler Bestandteil moderner internistischer Therapiemodalitäten.

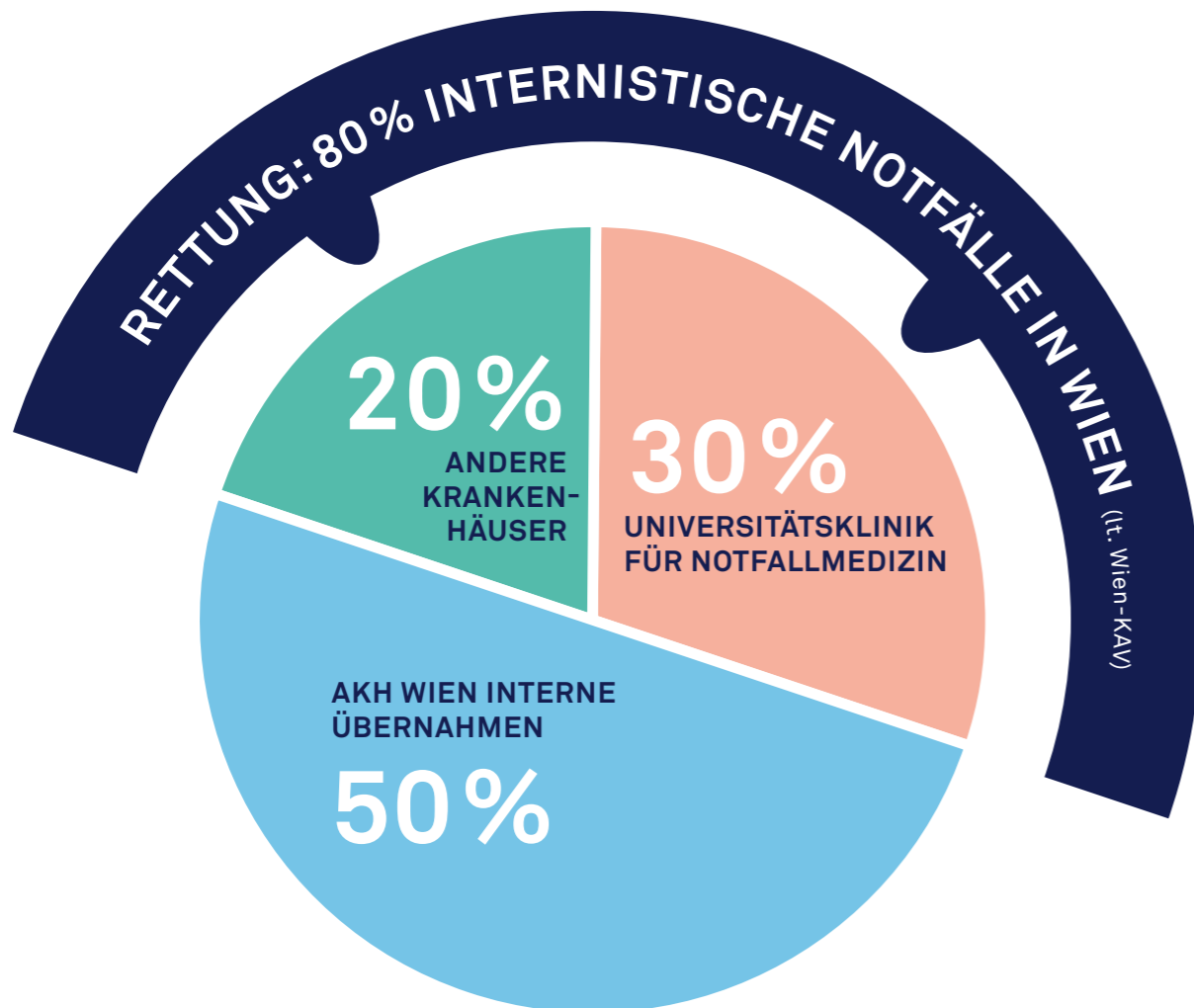
Die vorhandene Literatur belegt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Intensität der spezifisch-internistischen Betreuung sowie der fachlichen Spezialisierung der Intensivstation mit wichtigen patientInnenzentrierten Outcomes, wie zum Beispiel dem Gesamtüberleben.

Neben der klinischen Versorgung internistischer IntensivpatientInnen zeichnet die Mitglieder des Center of Excellence in Medical Intensive Care (CEMIC) eine enge wissenschaftliche Zusammenarbeit aus, die auf dem erreichten internationalen Top-Niveau ausschließlich vor dem Hintergrund der fachlichen Spezialisierung stattfinden konnte. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die langjährig etablierten sehr erfolgreichen CEMIC-übergreifenden Forschungsprogramme zu diversen Themen: kardiopulmonale Reanimation, Immunsuppression, Krebserkrankungen, sowie weitere diverse primär kardiologisch-, nephrologisch-, und gastroenterologisch-intensivmedizinische Bereiche.

Die internistische Intensivmedizin ist in den vergangenen Jahren zu einer Disziplin geworden, die neben den komplexen anästhesiologisch-chirurgischen Therapiemethoden tatsächlich eine Kombination von intensivmedizinischer sowie internistischer Expertise voraussetzt, um unsere PatientInnen optimal versorgen zu können.

Zusätzlich soll hier auf das wichtige Zusammenspiel zwischen Rettungswesen, Universitätsklinik für Notfallmedizin und den internistischen Intensivstationen der MedUni Wien/des AKH Wien hingewiesen werden.

Diese Zusammenarbeit kann vereinfacht veranschaulicht werden:



Auf allen internistischen Intensivstationen ist eine ärztliche Betreuung für die PatientInnen durch die permanente Anwesenheit einer Fachärztin, eines Facharztes für Innere Medizin (und Intensivmedizin) und einer Ärztin, eines Arztes in Ausbildung gemäß § 8 Abs 1, Z 2 KAKuG gewährleistet. Die stationsführenden OberärztInnen sind FachärztInnen für Innere Medizin und Intensivmedizin. Insgesamt stehen 42 Fachärztinnen und Fachärzte mit einer abgeschlossenen Zusatzfachausbildung für Intensivmedizin zur Verfügung.

Da die Medizinische Universität Wien neben ihren wissenschaftlichen Aktivitäten auch die Letztinstanz in klinischer Betreuung schwerstkranker Menschen darstellt, ist nicht nur das Vorhandensein ausgezeichneter internistischer wie auch anästhesiologisch-chirurgischer Intensivmedizin unbedingt notwendig, sondern auch eine entsprechende Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen diesen Entitäten.

Dazu gehören gemeinsame Treffen, PatientInnen-Besprechungen und Transferierungen basierend auf Expertisen. Eine solche Zusammenarbeit besteht bereits. Weitere Strategien, um sie weiter auszubauen, sind in interdisziplinären Gruppen in Planung.



2.1 Intensivmedizin an der **Universitätsklinik für Notfallmedizin (UKNFM)**

Tabelle 1:
Anteil der IntensivpatientInnen an der UKNFM

	2015 n (%)	2016 n (%)
Alle UKNFM-PatientInnen	87.606 (100)	83.428 (100)
davon IntensivpatientInnen	1.225 (1,4 %)	1.347 (1,6 %)

PatientInnen mit lebensbedrohlichen Akuterkrankungen, die in das AKH Wien kommen, werden an der UKNFM innerhalb der ersten 24 Stunden des Spitalsaufenthaltes 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 der PatientInnen. Wesentliche Aufgabe der UKNFM ist es, aus der Vielzahl der PatientInnen, die an die Klinik kommen, jene herauszufiltern, die wirklich schwer erkrankt sind und einer Intensivbehandlung bedürfen (Tab. 1).

Tabelle 2:
Spezielle Intensivmedizinische Krankheitsbilder an der UKNFM

	2015 n	2016 n
Herzstillstand und CPR	275	244
Herzinfarkt	834	931
Lungenembolie	144	142
Ischämischer Insult	143	193
Intracranielle Blutung	45	59
SAB	22	22
Aortendissektion	30	36
Abd. Aortenaneurysma	36	22

Gemessen an der Gesamtzahl der PatientInnen, die an der UKNFM behandelt werden, scheint der Anteil der IntensivpatientInnen mit 1,6 Prozent zwar relativ klein, die Herausforderung liegt jedoch im Management zeitkritischer Erkrankungen, bei dem es gilt, innerhalb kürzester Zeit die wesentlichen Schritte zu setzen, damit Heilungs- und Überlebenschancen bestehen bleiben.

Herz-Kreislaufstillstand, Koma, Schlaganfall, Herzinfarkt, Vergiftung, Schock, Lungenembolie, Aortenruptur, respiratorisches Versagen, schwere Infektionen und Elektrolyt- und Stoffwechsell-entgleisung werden an der UKNFM nach den Regeln der internistischen Intensivmedizin unter Zuhilfenahme der entsprechenden klinischen, laborchemischen und apparativen Maßnahmen diagnostiziert (Tab. 3). Die Entwicklung der letzten zwei Jahre zeigt eine beachtliche Zunahme bei Myokardinfarkten und Ischämischen Insulten, was daran liegt, dass diese Krankheitsbilder hinsichtlich weiterer Katheterinterventionen von der UKNFM aus gemanagt und betreut werden. Die UKNFM ist die am höchsten frequentierte Anlaufstelle der Stadt Wien für PatientInnen mit präklinischem Herz-Kreislaufstillstand.

» 2. Intensive Zusammenarbeit spezifischer Expertisen

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

Ein wesentlicher Parameter für die Qualität der intensivmedizinischen Behandlung an der UKNFM ist die sogenannte „De-Intensivierung“ von initial lebensbedrohten PatientInnen, d.h. primär intensivpflichtige PatientInnen werden durch die Behandlung an der UKNFM normalstationsfähig gemacht. Dadurch werden 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 UKNFM „de-intensiviert“ werden. Von den verbleibenden IntensivpatientInnen wurden rund 50 Prozent zur Weiterbehandlung auf die internistischen Intensivstationen 13H1, 13H3, 13i2 und 13i3 verlegt (Tab. 4).

Tabelle 3:

Spezielle Intensivmedizinische Therapiemaßnahmen an der UKNFM

	2015 n	2016 n
Respiratortherapie (inkl. NIV)	516	588
Intraaortale Ballonpumpe	6	3
v-a ECMO bei Herzstillstand	21	26
Lyse bei Myokardinfarkt	10	16
Lyse bei Stroke	19	47
Lyse bei Pulmonalembolie	10	15
Elektrische Kardioversion	251	239
Stroke-Intervention	37	78

Tabelle 4 :

Weiteres Schicksal der IntensivpatientInnen der UKNFM

	2015 n (%)	2016 n (%)
IntensivpatientInnen UKNFM	1.225 (100)	1.347 (100)
Transfer ad ICU/OP	359 (30)	384 (29)
davon ad internist. ICU	208 (58)	191 (50)
Station 13H1 (Schwerpunkt Gastroenterologie/Hepato-logie)	77	77
Station 13H3 (Schwerpunkt Kardiologie)	46	54
Station 13i2 (Schwerpunkt Hämatologie und Hämostaseologie, Onkologie/Infektiologie und Tropenmedizin)	50	35
Station 13i3 (Schwerpunkt Nephrologie, extrakorporale Verfahren/ Transplantmedizin)	34	25
Anästhesie/Chirurgie	91	98
OP	60	88
Verstorben	167 (14)	149 (11)
„De-Intensivierte“ PatientInnen	866 (70)	963 (71)

2.2 Universitätsklinik für Innere Medizin I, Klinische Abteilungen für Hämatologie und Hämostaseologie, Onkologie, Infektionen und Tropenmedizin (Station 13i2)

Die Intensivstation 13i2 der Universitätsklinik für Innere Medizin I versteht sich als Intensivstation der Maximalversorgung im Umfeld der Medizinischen Universität Wien/Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien.

Die Intensivstation verfügt über acht mit modernen Intensivrespiratoren ausgestattete Beatmungspositio-

nen, weiters besteht die Möglichkeit der Hämo(dia)-filtration, der Ultraschalldiagnostik incl. TEE, der video-assistierten Bronchoskopie und Gastroskopie sowie des extrakorporalen Gasaustausches (ECMO und extrakorporale CO₂-Elimination). Die räumliche Struktur der Intensivstation 13i2 gliedert sich in ein 4-Bett-Zimmer, ein 3-Bett-Zimmer sowie ein Isolierzimmer.

KLINISCHE UND WISSENSCHAFTLICHE SCHWERPUNKTE:**Hämatologisch-onkologische Intensivmedizin**

Aufgrund der engen Verbindung mit den Klinischen Abteilungen für Hämatologie und Hämostaseologie und Onkologie sowie der Knochenmarktransplantation ist die Intensivstation sowohl klinisch als auch wissenschaftlich eines der führenden Zentren für hämato-onkologische Intensivmedizin.

Derzeitige internationale Vernetzung von Forschungstätigkeit:

- Mitbegründung und Koordination der iCHOP-Initiative der ÖGHO/DGHO/ÖGIÄN/DGIIN
- Nine-i-Initiative der GRRR-OH Arbeitsgruppe (Frankreich) und iCHOP gemeinsam mit führenden spezialisierten Zentren weltweit
- Mitautorenschaft der "ECIL guideline for treatment of Pneumocystis jirovecii pneumonia in non-HIV-infected haematology patients"

Lungenversagen und extrakorporale Lungenersatzverfahren

Der klinische Schwerpunkt „Lungenversagen“ ist mit einem breiten Therapieangebot inklusive innovativer neu verfügbarer supportiver Therapiemodalitäten verbunden und steht dementsprechend auch im Fokus wissenschaftlicher Tätigkeit. National hat sich die Intensivstation eine Vorreiterrolle auf dem Gebiet extrakorporaler Lungenersatztherapie erarbeitet, international steigen die Möglichkeiten der Zusammenarbeit durch Vernetzung und wissenschaftliche Publikationen.

Derzeitige internationale Vernetzung von Forschungstätigkeit:

- ARDS Fellowship der ESICM als eines von sieben europäischen Zentren (einwöchige brettseitige Ausbildung für europäische IntensivmedizinerInnen)
- ELSO (Extracorporeal life support organization): Mitwirkung am ECMO-Register, Mitglied EURO ELSO Scientific Committee
- ECMO Round Table: Internationales Expertenforum zur Erarbeitung von Standards und Forschungsprojekten

Lagerungstherapie und Frühmobilisation

Ausgehend vom Thema „Lagerungstherapie“ als supportives Verfahren bei Lungenversagen hat sich die Thematik in Richtung Mobilisation und Frühmobilisation einhergehend mit einem allgemeinen Paradigmenwechsel in der Intensivmedizin entwickelt, weg von tief sedierten „TiefschlafpatientInnen“ hin zu wachen, kooperativen, spontan atmenden, stressfreien PatientInnen, die frühzeitigen Rehabilitationsmaßnahmen zugänglich sind.

Derzeitige Aktivitäten und Forschungsschwerpunkte:

- Entwicklung des klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunktes „Lagerungstherapie und Frühmobilisation“
- Mitautorenschaft der S2-Leitlinien „Lagerungstherapie und Frühmobilisation“ der DGAI
- Forschungs-, Schulungs- und Publikationstätigkeit zum Themenkreis „Frühmobilisation“ auf der Intensivstation

2.3 Universitätsklinik für Innere Medizin II Klinische Abteilung für Kardiologie (Station 13H3)

Die Intensivstation 13H3 ist eine tertiäre Intensivstation der Kategorie 3 und betreut kritisch kranke kardiologische, internistische sowie auch postoperative PatientInnen nach Herz/Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie und auch nach Herz- und Lungentransplantationen. Die Intensivstation 13H3 hat auch die Herzalarmausfahrt im roten Bettenturm (inklusive Techniquebenen), Teile der Ebene 6, der Station 4-Süd sowie einige Außenbereiche zu betreuen.

Der Großteil der Aufnahmen kommt aus allen Bereichen des roten Bettenturms sowie der Notfallaufnahme. Etwa 10 Prozent der PatientInnen werden direkt aus auswärtigen Krankenhäusern an unser tertiäres Zentrum übernommen, weil sie einer speziellen Therapie bedürfen.

Die spezifische Expertise liegt in der Behandlung von PatientInnen mit kardiogenem Schock (inklusive Herz-Kreislaufersatz ECMO), dekompensierter Herzinsuffizienz, mechanischen Komplikationen nach Herzinfarkt, lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen bis hin zum elektrischen Sturm, PatientInnen nach TAVI (transfemoralem Aortenklappenersatz) und Mitral Clip, PatientInnen vor Herztransplantation, instabilen PatientInnen vor und nach Katheterinterventionen und der Kühlung und Betreuung von reanimierten PatientInnen. Weiters besteht eine hohe Expertise in der Behandlung von PatientInnen mit Lungenhochdruck, dekompensierter COPD (inklusive vv ECMO) und natürlich allen Formen des Organversagens und Infektionen.



Neben PatientInnen mit kardialer und pulmonaler ECMO werden auch PatientInnen mit linksventrikulärem Assist System (LVAD) nach der Implantation betreut.

Die Intensivstation 13H3 erbringt auch eine hohe Anzahl an ambulanten Leistungen wie Perikardpunktionen, Pleurapunktionen, Aszitespunktionen, Kardioversionen, ambulanten transösophagealen Echokardiographien sowie natürlich eine Vielzahl von Zentralvenenkathetern (ZVK). Insgesamt wurden 2017 210 ambulante Eingriffe (von ZVK bis Perikardpunktion) durchgeführt.

Die Zahl der Herzalarmausfahrten beträgt ca. 100–130 pro Jahr. 2017 waren es 129 Ausfahrten, davon 64 zwischen 19 und 7 Uhr.

2.4 Universitätsklinik für Innere Medizin III Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie (Station 13H1)

Die Station 13H1 ist die internistische Intensivstation der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie an der Universitätsklinik für Innere Medizin III der MedUni Wien/des AKH Wien. Diese internistische Intensivstation ist eine Intensivbehandlungseinheit der höchsten Versorgungsstufe (Stufe III). Bei uns werden PatientInnen mit schwersten, lebensbedrohlichen Erkrankungen behandelt, um die Funktion lebenswichtiger Organe aufrechtzuerhalten, bzw. bei vorliegendem Organversagen, diese wiederherstellen zu können. Dazu ist es nötig, die PatientInnen kontinuierlich zu überwachen oder auch Organersatzverfahren (wie z.B. Leberersatzverfahren, künstliche Beatmung, Nierenersatzverfahren oder Kreislaufersatzverfahren) einzusetzen.

Station 13H1 ist eine allgemeine internistische Intensivstation mit der Schwerpunktsetzung auf die



Fachgebiete der Hepatologie und Gastroenterologie. Dadurch verfügen wir über eine überdurchschnittliche Expertise in der Behandlung von akutem/fulminantem und akut auf chronischem Leberversagen unterschiedlicher Genese. Gleichzeitig legen wir auch ein besonderes Augenmerk auf Stoffwechselveränderungen sowie die künstliche Ernährung unserer kritisch kranken PatientInnen. Als Organersatzverfahren können bei Leberversagen das „Molecular Adsorbent Recirculating System“ (MARS-Therapie) oder die „Open Albumin Dialysis“ (OPAL-Therapie), das Extracorporeal Liver Assist Device (ELAD), bei Nierenversagen die intermittierende/kontinuierliche Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration sowie bei Lungen- und/oder Herzkreislaufversagen die künstliche Beatmung bis hin zu extrakorporalen Verfahren, die die Lungenfunktion unterstützen bzw. teilweise ersetzen (ILA- und ECMO-Therapie),

zur Anwendung kommen. Darüber hinaus stehen uns ein Sonographiegerät zur Durchführung von Echocardiographien und Sonographien diverser Organsysteme, mehrere unterschiedliche Endoskope zur Vornahme von diagnostischen und therapeutischen Gastroskopien, Coloskopien und Bronchoskopien, erweitertes hämodynamisches Monitoring (PICCO 2, EV 1000) zur Gewährleistung einer intensiven Überwachung der Herz-Kreislaufverhältnisse sowie ein metabolischer Monitor zur Erfassung von Veränderungen im Energie- und Substratstoffwechsel für diagnostische und therapeutische Belange direkt am Bett zur Verfügung. Einen zusätzlichen

WISSENSCHAFTLICHE SCHWERPUNKTE:

Leberdysfunktion bei IntensivpatientInnen

Aufgrund der Zugehörigkeit zur Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie ist die Intensivstation ein Zentrum für gastroenterologische und hepatologische Intensivmedizin. Aktuell werden für die Multi-Center-Studie „VTL-308, eine randomisierte, offene, multizentrische, kontrollierte Zulassungsstudie zur Bewertung der Sicherheit und Wirksamkeit des ELAD®-Systems bei PatientInnen mit alkoholinduzierter Leberdekomensation (AILD)“, PatientInnen rekrutiert. Des Weiteren wird eine Daten- und Biobank „Leberdysfunktion bei IntensivpatientInnen“ (z.B. Rolle des Gallensäuren-Stoffwechsels und Signalling) geführt.

Stoffwechsel und künstliche Ernährung von kritisch Kranken

Im Rahmen von diversen wissenschaftlichen Projekten werden spezielle metabolische Veränderungen bei kritisch Kranken sowie patientInnenbezogene, individualisierte Ernährungsregimes mit Hilfe der indirekten Kalorimetrie, diverser Labormethoden und verschiedener Clamp-Techniken untersucht. Aktuell erfolgt die Evaluierung für die Teilnahme an einer Phase-IV Multicenter-Studie zum Thema „Parenterale Frühernährung“. Des Weiteren wird die Rolle des Gallensäuresignalling sowie die Rolle des braunen Fettgewebes im Metabolismus untersucht.

Schwerpunkt stellt die Versorgung von PatientInnen mit akuten gastrointestinalen Blutungen dar, die im Bedarfsfall (z.B. Leberzirrhose) an der Intensivstation auch intensivmedizinisch weiter betreut werden.

Darüber hinaus ist die Intensivstation auch, in enger Zusammenarbeit mit dem Endoskopiedienst, für die Ausrichtung von Notfallendoskopien außerhalb der Kernarbeitszeit zuständig. Für uns stehen die/der PatientIn und ihre/seine Angehörigen mit all ihren/seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt.

Spezielle Infektionen bei Schwerstkranken

Dabei erfolgt eine regelmäßige Evaluierung des Erregerspektrums der PatientInnen an unserer Intensivstation. Teilnahme an der Multicenter-Studie „IC43-202 – A confirmatory phase II/III study assessing efficacy, immunogenicity and safety of IC43 recombinant pseudomonas vaccine in intensive care patients“.

Pflegerecherche

Das Pflegeteam ist integraler Bestandteil des kollegialen Behandlungsteams der internistischen Intensivstation 13H1. Im Team von DGKP Adelbert Bachlechner, MSc (Pflegeleitung), DGKS Marion Hebesberger (Pflegeleitungsververtretung) und DGKP Dr. Patrik Heindl (Entwicklung und Umsetzung pflegewissenschaftlicher Projekte) sind insgesamt 32 sehr engagierte Pflegepersonen tätig. Durch unser Pflegeteam werden regelmäßig pflegewissenschaftliche Projekte entwickelt und umgesetzt:

- Etablierung eines Delir- und Aggressionsscores
- Intensivtagebuch für Angehörige
- Erweiterte Angehörigenbetreuung mittels stationsspezifischer Broschüren und weit gefassten Besuchs- und Auskunftszeiten



A. Intensivbettenbereich:

Die Intensivbettenstation 13i3 ist in erster Linie auf internistisch-nephrologische Krankheitsbilder und deren Therapien, insbesondere diverse extrakorporale Verfahren, spezialisiert. Obwohl die meisten Aufnahmen aus der Notfallaufnahme und den internistischen Bettenstationen des AKH Wien erfolgen, stehen auch Zutransferierungen aus den Universitätskliniken für Neurologie, Dermatologie, Chirurgie sowie aus anderen Spitälern an der Tagesordnung. Die PatientInnen profitieren von der international anerkannten Expertise dieser Einheit in Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen (z.B. rasch-progrediente Glomerulonephritis, systemischer Lupus erythematoses, hämolytisch-urämisches Syndrom, Vaskulitiden) sowie der langjährigen Erfahrung in extrakorporalen Verfahren wie z.B. Hämodialyse, Hämo(dia)filtration, Plasmaaustausch, Immunadsorption, Kaskadenfiltration und Hämoperfusion. Die exakte Überwachung und Behandlung mit einem hohen apparativen sowie personellen Standard wird zurzeit für drei Positionen rund um die Uhr durch ein speziell trainiertes ÄrztInnen- und Pflegeteam gewährleistet.

2.5 Universitätsklinik für Innere Medizin III Klinische Abteilung für Nephrologie und Dialyse (Station 13i3)

Die Station 13i3 zeichnet sich durch ihre Vielseitigkeit aus: neben „klassischen“ stationären ICU-PatientInnen einer Stufe-III ICU werden hier PatientInnen aus vielen anderen Bereichen des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien in einem getrennten Bereich auch intermittierend extrakorporal behandelt (Chirurgie, Neurologie, Dermatologie, Endokrinologie).

Diese sind häufig kritisch kranke, frisch operierte bzw. auf anderen ICU-Stationen befindliche PatientInnen, die nicht selten akut-medizinische Maßnahmen erfordern: Intubationen, CPR, Drainagen, Punktionen. Ein Schwerpunkt der Station sind auch schwierige Gefäßzugänge, sodass aus auswärtigen Krankenhäusern PatientInnen behandelt werden. Zusätzlich wird das Nierentransplantatgeschehen in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Chirurgie durch die Tätigkeiten dieser Station maßgeblich gesteuert.

Eine weitere Expertise ist das Management von Organ Spendern. Potenzielle Organspender müssen vor und nach einem bestätigten Hirntod für eine Organentnahme hämodynamisch, respiratorisch sowie im Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalt optimal überwacht und behandelt werden, um für den Empfänger die beste Organqualität zu erzielen. Das non-heart-beating-donor Management erfordert auch eine enge Zusammenarbeit mit dem Organspendekoordinatoren-Team und der Universitätsklinik für Chirurgie, Klinische Abteilung für Transplantation. Maschinell ist die Station mit modernsten Möglichkeiten einer Intensivstation ausgerüstet: Moderne Stand- und mobile Intensivrespiratoren, TTE, TEE, Abdomensonographie und Gefäß-Duplex, Bronchoskopie, Gastroskopie und Kolonoskopie; unterschiedliche Geräte für Dialysen, Apherese- und Plasmaaustausch sowie für kontinuierliche extrakorporale Verfahren. Alle Interventionen werden selbstständig durchgeführt: Tracheostomien, Drainagen, Biopsien (auch bronchoskopische) neben Standardeingriffen wie ZVK/HF-Katheter-Implantationen und Ergusspunktionen.

B. Bereich für extrakorporale Therapien und Interventionen:

Als einzige Intensivstation an der MedUni Wien und des AKH Wien hat die Station 13i3 einen zusätzlichen Teil mit fünf Positionen.

Diese dienen unterschiedlichen Zwecken:

EXTRAKORPORALE VERFAHREN:

Internistische Indikationen:

- Akutdialysen, Andialysen, chronische Dialysen von PatientInnen, die auf anderen Abteilungen stationär sind; auch von anderen Dialysezentren ins AKH Wien zugewiesene PatientInnen (aus internistischen sowie chirurgischen Gründen) werden während ihres gesamten AKH-Aufenthaltes hier behandelt. PatientInnen, die nicht mehr kontinuierlich, sondern intermittierend dialysiert werden sollen und noch auf anderen (meist chirurgisch-anästhesiologischen) Intensivstationen liegen, werden auf Station 13i3 unter intensivmedizinischem Monitoring und teilweise unter Katecholamingabe dialysiert. Die in der Nierenambulanz vorstellig gewordenen dialysepflichtigen PatientInnen werden ab diesem Zeitpunkt auf Station 13i3 betreut und von hier aus an andere Dialysezentren in Wien, Burgenland und Niederösterreich überwiesen.
- Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämoperfusion bei Intoxikationen; Plasmaaustausch/Immunadsorptionen bei Autoimmunerkrankungen (SLE, Pulmo-renales Syndrom wegen GPA, EGPA, Goodpasture-Syndrom)
- Andere Indikationen: Enge Kooperation mit der Universitätsklinik für Neurologie bzw. der Universitätsklinik für Dermatologie
- Plasmaaustausch/Immunadsorptionen bei Autoimmunenzephalitis (z.B. NMDAR-Enzephalitis), Guillain-Barré-Syndrom, Myasthenia gravis, Multiple Sklerose
- Plasmaaustausch/Immunadsorptionen bei Pemphigus

Transplantationsmedizin:

- Einberufung und Vorbereitung der Nierenempfänger
- Allgemeine Vorbereitung: Einberufung passender PatientInnen nach Rücksprache mit den jeweiligen Dialysezentren, internistische Begutachtung und Freigabe nach eingehender Untersuchung und Erhebung von Laborparametern, prä-operative Dialysen (Hämo- sowie Peritonealdialysen)
- Immunologische Vorbereitung: PatientInnen, die aufgrund vorheriger Transplantationen/Schwangerschaften/Bluttransfusionen immunisiert wurden und dadurch auch Antikörper gegen das Spenderorgan entwickelt haben, werden schon bereits prä-operativ mittels Immunadsorption behandelt. Auf diesem Weg können sogar positive Cross-Match-Befunde negativiert und diese PatientInnen transplantiert werden. Ohne die Expertise auf der Station 13i3 und dieses Verfahren würden diese „hoch-immunisierten“ PatientInnen abgelehnt werden müssen. Auf diesem Gebiet ist die Station 13i3 weltweit federführend.

Nachsorge nach erfolgter Organtransplantation:

- Immunadsorptionen/Kaskadenaustausch bei humoraler Transplantatabstoßung bei NTX, LeTX, LuTX und HTX in Kooperation mit den Klinischen Abteilungen für Transplantation, Thoraxchirurgie und Herzchirurgie



INTERVENTIONELLE NEPHROLOGIE

- **Gefäßzugänge:** Implantationen von tunnelierten und nicht-tunnelierten Dialysekathetern, Infusionskathetern/Port-a-Cath für diverse internistische Abteilungen und Stationen; Peritonealdialyse-Kathetern (insbesondere für PatientInnen, die für eine chirurgische Implantation aufgrund ihrer Multimorbidität anästhesiologisch/internistisch/chirurgisch nicht freigegeben werden können); schwere Gefäßzugänge bei "Running out of vessel"-PatientInnen auch mittels einer neuwertigen Methode: Surfacar – unter der Verwendung einer Durchleuchtungsanlage (C-Bogen) als führendes Zentrum weltweit – auch für auswärtige Krankenhäuser (häufig aus anderen Bundesländern).
- **Andere Interventionen:** Eigennierenbiopsien, NTX-Biopsien (unter anderem etwa 50 Prozent aller Nierenbiopsien für die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde), Punktionen und Drainagen von Pleuraerguss und Aszites für diverse internistische Abteilungen und Stationen, inklusive Pleurix-Implantationen.

Pflegeforschung:

Das Pflorgeteam besteht aus 31 Personen. Davon sind 21 AbsolventInnen von sowohl Spezialkurs „Intensivpflege“ als auch „Dialysekurs“. Es laufen zwei pflegewissenschaftliche Projekte mit voller Unterstützung des ärztlichen Teams auf der Station 13i3:

- Schmerzmanagement bei Interventionen
- Optimiertes Handling zentralvenöser Katheter zur Reduktion von ZVK-assoziierten Infektionen

» 3. Leistungserfassung der Jahre 2015–2017

Station 13i2: Universitätsklinik für Innere Medizin I, Klinische Abteilungen für Hämatologie und Hämostaseologie, Onkologie, Infektionen und Tropenmedizin

Station 13i2: 2015		Station 13i2: 2016		Station 13i2: 2017	
Aufnahmen	168	Aufnahmen	176	Aufnahmen	232
Aufnahmen (M)	111	Aufnahmen (M)	100	Aufnahmen (M)	157
Aufnahmen (W)	57	Aufnahmen (W)	76	Aufnahmen (W)	75
Leistungen					
Tubus (Tag)	730	Tubus (Tag)	731	Tubus (Tag)	977
Kanüle (Tag)	1.317	Kanüle (Tag)	1.271	Kanüle (Tag)	801
Beatmung (Tag)	1.705	Beatmung (Tag)	1.638	Beatmung (Tag)	1.680
NIV-Beatmung (Tag)	137	NIV-Beatmung (Tag)	51	NIV-Beatmung (Tag)	107
ECMO (Tag)	356	AIRVO2 (Tag)	96	AIRVO2 (Tag)	235
ILA (Tag)	68	LVAD (Tag)	30	LVAD (Tag)	91
NE-Therapie (Tag)	358	RVAD (Tag)	5	RVAD (Tag)	18
Hämodialyse (Tag)	35	ECMO (Tag)	296	IABP (Tag)	1
Hämodiafiltration (Tag)	307	ILA (Tag)	14	ECMO (Tag)	343
Hämofiltration (Tag)	14	NE-Therapie (Tag)	390	ILA (Tag)	16
NE-Therapie mit Citrat (Tag)	316	Hämodialyse (Tag)	22	NE-Therapie (Tag)	536
Plasmaimmunadsorption (Tag)	8	Hämodiafiltration (Tag)	362	Hämodialyse (Tag)	9
CPR (Event)	49	Hämofiltration (Tag)	10	Hämodiafiltration (Tag)	516
Intubation Tubus (Event)	31	NE-Therapie mit Citrat (Tag)	381	Hämofiltration (Tag)	3
Blutprodukt verabr. (Event)	1.204	Plasmaseparation (Tag)	13	NE-Therapie mit Citrat (Tag)	529
ARTK (Tag)	2.207	Plasmaimmunadsorption (Tag)	4	Plasmaimmunadsorption (Tag)	8
ZVK (Tag)	2.310	Intubation TISS (Event)	28	CPR TISS (Event)	12
PulmK (Tag)	73	Intubation Tubus (Event)	36	Intubation TISS (Event)	44
HDFK (Tag)	628	Blutprodukt verabr. (Event)	1.517	Extubation TISS (Event)	100
HarnK (Tag)	2.493	ARTK (Tag)	2.088	CPR (Event)	16
Unterdruckther. (Tag)	115	ZVK (Tag)	2.412	Intubation Tubus (Event)	51
Tracheotomie, alle (Event)	29	PulmK (Tag)	30	Extubation Tubus (Event)	144
Tracheotomie, chir. (Event)	29	HDFK (Tag)	714	Blutprodukt verabr. (Event)	1.276
Bauchlagerung (Tag)	113	HarnK (Tag)	2.565	ARTK (Tag)	2.378
Transport: Beginn (Event)	170	Unterdruckther. (Tag)	134	ZVK (Tag)	2.458
Transport: Ende (Event)	134	Tracheotomie TISS (Event)	28	PulmK (Tag)	57
Transport: OP (Event)	13	Tracheotomie, alle (Event)	28	HDFK (Tag)	786
Transport: CT (Event)	107	Tracheotomie, chir. (Event)	28	HarnK (Tag)	2.598
Transport: MRT (Event)	8	Bauchlagerung (Tag)	100	Unterdruckther. (Tag)	163
Transport: Herzkath. (Event)	3	Schwenkbett (Tag)	2	Tracheotomie TISS (Event)	25
		Bariat. Bett (Tag)	86	Tracheotomie, alle (Event)	25
		Sandbett (Tag)	1	Tracheotomie, chir. (Event)	25
		Transport: Beginn (Event)	221	Bauchlagerung (Tag)	110
		Transport: Ende (Event)	139	Bariat. Bett (Tag)	13
		Transport: OP (Event)	19	Transport: Beginn (Event)	365
		Transport: CT (Event)	116	Transport: Ende (Event)	220
		Transport: MRT (Event)	15	Transport: OP (Event)	25
		Transport: Herzkath. (Event)	2	Transport: CT (Event)	134
				Transport: MRT (Event)	10
				Transport: Herzkath. (Event)	13

**Station 13H3: Universitätsklinik für Innere Medizin II,
Klinische Abteilung für Kardiologie**

Station 13H3: 2015		Station 13H3: 2016		Station 13H3: 2017	
Aufnahmen	345	Aufnahmen	407	Aufnahmen	268
Aufnahmen (M)	202	Aufnahmen (M)	247	Aufnahmen (M)	178
Aufnahmen (W)	143	Aufnahmen (W)	160	Aufnahmen (W)	90
Aufnahmealter (Avg.)	66	Aufnahmealter (Avg.)	65	Aufnahmealter (Avg.)	67
Leistungen					
Tubus (Tag)	1.088	Tubus (Tag)	1.193	Tubus (Tag)	962
Kanüle (Tag)	711	Kanüle (Tag)	630	Kanüle (Tag)	1.068
Beatmung (Tag)	1.688	Beatmung (Tag)	1.732	Beatmung (Tag)	1.849
NIV-Beatmung (Tag)	224	NIV-Beatmung (Tag)	213	NIV-Beatmung (Tag)	238
IABP (Tag)	2	AIRVO2 (Tag)	81	AIRVO2 (Tag)	149
ECMO (Tag)	347	LVAD (Tag)	131	LVAD (Tag)	182
ILA (Tag)	19	RVAD (Tag)	8	RVAD (Tag)	45
NE-Therapie (Tag)	507	IABP (Tag)	1	ECMO (Tag)	236
Hämodialyse (Tag)	7	ECMO (Tag)	357	NE-Therapie (Tag)	369
Hämodiafiltration (Tag)	506	NE-Therapie (Tag)	494	Hämodialyse (Tag)	4
Hämofiltration (Tag)	3	Hämodialyse (Tag)	17	Hämodiafiltration (Tag)	358
NE-Therapie mit Citrat (Tag)	531	Hämodiafiltration (Tag)	486	Hämofiltration (Tag)	1
CPR TISS (Event)	3	Hämofiltration (Tag)	2	NE-Therapie mit Citrat (Tag)	358
Intubation TISS (Event)	10	NE-Therapie mit Citrat (Tag)	516	Plasmaseparation (Tag)	5
Extubation TISS (Event)	1	CPR TISS (Event)	3	CPR TISS (Event)	8
CPR (Event)	60	Intubation TISS (Event)	11	Intubation TISS (Event)	20
Intubation Tubus (Event)	66	Extubation TISS (Event)	4	Extubation TISS (Event)	15
Extubation Tubus (Event)	139	CPR (Event)	109	CPR (Event)	66
Blutprodukt verabr. (Event)	1.098	Intubation Tubus (Event)	67	Intubation Tubus (Event)	62
ARTK (Tag)	2.721	Extubation Tubus (Event)	162	Extubation Tubus (Event)	137
ZVK (Tag)	2.658	Blutprodukt verabr. (Event)	1.114	Blutprodukt verabr. (Event)	1.046
PulmK (Tag)	145	ARTK (Tag)	2.869	ARTK (Tag)	2.775
HDFK (Tag)	764	ZVK (Tag)	2.788	ZVK (Tag)	2.647
HarnK (Tag)	2.728	PulmK (Tag)	99	PulmK (Tag)	68
Unterdruckther. (Tag)	113	HDFK (Tag)	752	HDFK (Tag)	623
Tracheotomie TISS (Event)	5	HarnK (Tag)	2.886	HarnK (Tag)	2.829
Tracheotomie, alle (Event)	31	Unterdruckther. (Tag)	99	Unterdruckther. (Tag)	98
Tracheotomie, chir. (Event)	31	Tracheotomie TISS (Event)	15	Tracheotomie TISS (Event)	23
Bronchoskopie TISS (Event)	41	Tracheotomie, alle (Event)	31	Tracheotomie, alle (Event)	42
Bauchlagerung (Tag)	42	Tracheotomie, chir. (Event)	31	Tracheotomie, chir. (Event)	40
Schwenkbett (Tag)	2	Bronchoskopie TISS (Event)	63	Bronchoskopie TISS (Event)	71
Bariat. Bett (Tag)	8	Bronchoskopie (Event)	22	Bronchoskopie (Event)	78
Sandbett (Tag)	1	Bauchlagerung (Tag)	36	Bauchlagerung (Tag)	18
Transport: Beginn (Event)	157	Schwenkbett (Tag)	1	Schwenkbett (Tag)	2
Transport: Ende (Event)	112	Bariat. Bett (Tag)	8	Bariat. Bett (Tag)	100
Transport: OP (Event)	20	Transport: Beginn (Event)	208	Transport: Beginn (Event)	255
Transport: CT (Event)	81	Transport: Ende (Event)	145	Transport: Ende (Event)	142
Transport: MRT (Event)	1	Transport: OP (Event)	27	Transport: OP (Event)	35
Transport: Herzkath. (Event)	29	Transport: CT (Event)	101	Transport: CT (Event)	101
		Transport: MRT (Event)	3	Transport: MRT (Event)	3
		Transport: Herzkath. (Event)	18	Transport: Herzkath. (Event)	25

**Station 13H1: Universitätsklinik für Innere Medizin III,
Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie**

Station 13H1: 2015		Station 13H1: 2016		Station 13H1: 2017	
Aufnahmen	202	Aufnahmen	202	Aufnahmen	254
Aufnahmen (M)	123	Aufnahmen (M)	121	Aufnahmen (M)	149
Aufnahmen (W)	79	Aufnahmen (W)	81	Aufnahmen (W)	105
Leistungen					
Tubus (Tag)	1.157	Tubus (Tag)	1.012	Tubus (Tag)	1.192
Kanüle (Tag)	760	Kanüle (Tag)	971	Kanüle (Tag)	637
Beatmung (Tag)	1.837	Beatmung (Tag)	1.719	Beatmung (Tag)	1.703
NIV-Beatmung (Tag)	182	NIV-Beatmung (Tag)	111	NIV-Beatmung (Tag)	177
ECMO (Tag)	87	AIRVO2 (Tag)	90	AIRVO2 (Tag)	243
ILA (Tag)	29	ECMO (Tag)	104	LVAD (Tag)	14
NE-Therapie (Tag)	412	ILA (Tag)	7	ECMO (Tag)	121
Hämodialyse (Tag)	322	NE-Therapie (Tag)	520	NE-Therapie (Tag)	579
Hämodiafiltration (Tag)	92	Hämodialyse (Tag)	458	Hämodialyse (Tag)	491
Hämofiltration (Tag)	1	Hämodiafiltration (Tag)	42	Hämodiafiltration (Tag)	88
NE-Therapie mit Citrat (Tag)	270	Hämofiltration (Tag)	2	Hämofiltration (Tag)	1
Leberunterstützung (Tag)	9	NE-Therapie mit Citrat (Tag)	370	NE-Therapie mit Citrat (Tag)	435
Plasmaseparation (Tag)	10	Leberunterstützung (Tag)	17	Leberunterstützung (Tag)	7
CPR TISS (Event)	3	CPR TISS (Event)	20	Plasmaseparation (Tag)	8
Intubation TISS (Event)	7	Intubation TISS (Event)	38	CPR TISS (Event)	35
Extubation TISS (Event)	3	Extubation TISS (Event)	30	Intubation TISS (Event)	54
CPR (Event)	52	CPR (Event)	100	Extubation TISS (Event)	70
Intubation Tubus (Event)	68	Intubation Tubus (Event)	53	CPR (Event)	103
Extubation Tubus (Event)	84	Extubation Tubus (Event)	82	Intubation Tubus (Event)	74
Blutprodukt verabr. (Event)	849	Blutprodukt verabr. (Event)	731	Extubation Tubus (Event)	112
ARTK (Tag)	2.355	ARTK (Tag)	2.252	Blutprodukt verabr. (Event)	826
ZVK (Tag)	2.172	ZVK (Tag)	2.150	ARTK (Tag)	2.459
PulmK (Tag)	15	PulmK (Tag)	5	ZVK (Tag)	2.221
HDFK (Tag)	627	HDFK (Tag)	775	PulmK (Tag)	9
HarnK (Tag)	2.272	HarnK (Tag)	2.170	HDFK (Tag)	790
Unterdruckther. (Tag)	75	Unterdruckther. (Tag)	63	HarnK (Tag)	2.402
Tracheotomie TISS (Event)	10	Tracheotomie TISS (Event)	34	Unterdruckther. (Tag)	58
Tracheotomie, alle (Event)	32	Tracheotomie, alle (Event)	37	Anlage HarnK spez. (Event)	10
Tracheotomie, chir. (Event)	29	Tracheotomie, chir. (Event)	35	Unterdrucksystemwechsel (Event)	7
Tracheotomie, dilat. (Event)	3	Bauchlagerung (Tag)	29	Tracheotomie TISS (Event)	29
Bronchoskopie TISS (Event)	31	Schwenkbett (Tag)	4	Tracheotomie, alle (Event)	33
Bauchlagerung (Tag)	38	Bariat. Bett (Tag)	69	Tracheotomie, chir. (Event)	32
Schwenkbett (Tag)	10	Sandbett (Tag)	5	Tracheotomie, dilat. (Event)	1
Bariat. Bett (Tag)	126	Transport: Beginn (Event)	171	Bauchlagerung (Tag)	64
Transport: Beginn (Event)	84	Transport: Ende (Event)	94	Bariat. Bett (Tag)	34
Transport: Ende (Event)	52	Transport: OP (Event)	12	Transport: Beginn (Event)	368
Transport: OP (Event)	13	Transport: CT (Event)	58	Transport: Ende (Event)	187
Transport: CT (Event)	37	Transport: MRT (Event)	8	Transport: OP (Event)	29
Transport: MRT (Event)	4	Transport: Herzkath. (Event)	5	Transport: CT (Event)	102
Transport: Herzkath. (Event)	5			Transport: MRT (Event)	8
				Transport: Herzkath. (Event)	5

**Station 13i3: Universitätsklinik für Innere Medizin III,
Klinische Abteilung für Nephrologie und Dialyse**

Station 13i3: 2015		Station 13i3: 2016		Station 13i3: 2017	
Aufnahmen	1.806	Aufnahmen	1.718	Aufnahmen	1.630
Aufnahmen (M)	1.052	Aufnahmen (M)	955	Aufnahmen (M)	796
Aufnahmen (W)	753	Aufnahmen (W)	763	Aufnahmen (W)	834
Aufnahmealter (Avg.)	55	Aufnahmealter (Avg.)	57	Aufnahmealter (Avg.)	56
Leistungen					
Tubus (Tag)	430	Tubus (Tag)	595	Tubus (Tag)	468
Kanüle (Tag)	203	Kanüle (Tag)	245	Kanüle (Tag)	388
Beatmung (Tag)	595	Beatmung (Tag)	809	Beatmung (Tag)	786
NIV-Beatmung (Tag)	112	NIV-Beatmung (Tag)	116	NIV-Beatmung (Tag)	107
ECMO (Tag)	11	ECMO (Tag)	1	AIRVO2 (Tag)	10
NE-Therapie (Tag)	3.072	ILA (Tag)	11	ECMO (Tag)	1
Hämodialyse (Tag)	2.219	NE-Therapie (Tag)	2.907	NE-Therapie (Tag)	2.723
Hämodiafiltration (Tag)	150	Hämodialyse (Tag)	2.002	Hämodialyse (Tag)	1.766
Hämofiltration (Tag)	28	Hämodiafiltration (Tag)	219	Hämodiafiltration (Tag)	191
NE-Therapie mit Citrat (Tag)	127	Hämofiltration (Tag)	14	Hämofiltration (Tag)	6
Plasmaseparation (Tag)	366	NE-Therapie mit Citrat (Tag)	94	NE-Therapie mit Citrat (Tag)	125
Plasmaimmunadsorption (Tag)	418	Plasmaseparation (Tag)	370	Plasmaseparation (Tag)	359
CPR TISS (Event)	1	Plasmaimmunadsorption (Tag)	387	Plasmaimmunadsorption (Tag)	448
CPR (Event)	13	Extubation TISS (Event)	2	Extubation TISS (Event)	2
Intubation Tubus (Event)	34	CPR (Event)	28	CPR (Event)	4
Extubation Tubus (Event)	53	Intubation Tubus (Event)	42	Intubation Tubus (Event)	37
Blutprodukt verabr. (Event)	3.527	Extubation Tubus (Event)	53	Extubation Tubus (Event)	47
ARTK (Tag)	943	Blutprodukt verabr. (Event)	3.541	Blutprodukt verabr. (Event)	3.277
ZVK (Tag)	890	ARTK (Tag)	1.079	ARTK (Tag)	1.057
PulmK (Tag)	2	ZVK (Tag)	994	ZVK (Tag)	965
HDFK (Tag)	1.696	HDFK (Tag)	1.677	HDFK (Tag)	1.481
HarnK (Tag)	855	HarnK (Tag)	1.089	HarnK (Tag)	968
Tracheotomie, alle (Event)	16	Unterdruckther. (Tag)	19	Unterdruckther. (Tag)	12
Tracheotomie, chir. (Event)	6	Tracheotomie, alle (Event)	15	Tracheotomie, alle (Event)	11
Tracheotomie, dilat. (Event)	10	Tracheotomie, chir. (Event)	5	Tracheotomie, chir. (Event)	4
Bauchlagerung (Tag)	12	Tracheotomie, dilat. (Event)	10	Tracheotomie, dilat. (Event)	7
Transport: Beginn (Event)	73	Bronchoskopie TISS (Event)	18	Bronchoskopie TISS (Event)	5
Transport: Ende (Event)	59	Bronchoskopie (Event)	21	Bronchoskopie (Event)	64
Transport: OP (Event)	6	Bauchlagerung (Tag)	32	Bauchlagerung (Tag)	16
Transport: CT (Event)	39	Schwenkbett (Tag)	65	Schwenkbett (Tag)	171
Transport: MRT (Event)	5	Sandbett (Tag)	1	Bariatr. Bett (Tag)	9
Transport: Herzkath. (Event)	3	Transport: Beginn (Event)	91	Transport: Beginn (Event)	107
		Transport: Ende (Event)	73	Transport: Ende (Event)	91
		Transport: OP (Event)	4	Transport: OP (Event)	9
		Transport: CT (Event)	54	Transport: CT (Event)	64
		Transport: MRT (Event)	7	Transport: MRT (Event)	7
		Transport: Herzkath. (Event)	2	Transport: Herzkath. (Event)	2

**SAPS 3
Aufnahmescores
2016 und 2017**

	2016	2017
Station 13H1: Klin. Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie	70	72
Station 13H3: Klin. Abteilung für Kardiologie	57	61
Station 13i2: Klin. Abteilungen für Hämatologie und Hämostaseologie, Onkologie, Infektionen und Tropenmedizin	64	65
Station 13i3: Klin. Abteilung für Nephrologie und Dialyse	60	60

» 4. Akademische Leistungen

**Kumulativer Impaktfaktor
2015-2017: 791**



» 4.1 Publikationen: Originalarbeiten

2015

Erst- oder Letztautorenschaft:

Kumulativer Impactfaktor: 121

1. **Krychtiuk KA, Ruhittel S, Hohensinner PJ, Koller L, Kaun C, Lenz M, Bauer B, Wutzlhofer L, Draxler DF, Maurer G, Huber K, Wojta J, Heinz G, Niessner A, Speidl WS.**
Mitochondrial DNA and Toll-Like Receptor-9 Are Associated With Mortality in Critically Ill Patients.
Crit Care Med. 2015; 43(12): 2633-41 (IF 7.050)

2. **Schellongowski P, Riss K, Staudinger T, Ullrich R, Krenn CG, Sitzwohl C, Bojic A, Wohlfarth P, Sperr WR, Rabitsch W, Aigner C, Taghavi S, Jaksch P, Klepetko W, Lang G.**
Extracorporeal CO² removal as bridge to lung transplantation in life-threatening hypercapnia.
Transpl Int. 2015; 28:297-304 (2.599)

3. **Hermann A, Riss K, Schellongowski P, Bojic A, Wohlfarth P, Robak O, Sperr WR, Staudinger T.**
A novel pump-driven veno-venous gas exchange system during extracorporeal CO²-removal.
Intensive Care Med. 2015; 41:1773-80. (7.214)

4. **Schellongowski P, Riss K, Staudinger T, Ullrich R, Krenn CG, Sitzwohl C, Bojic A, Wohlfarth P, Sperr WR, Rabitsch W, Aigner C, Taghavi S, Jaksch P, Klepetko W, Lang G.**
Extracorporeal CO² removal as bridge to lung transplantation in life-threatening hypercapnia.
Transpl Int. 2015; 28:297-304. (2.599)

5. **Thierbach A, Piepho T, Göbler S, Rützler K, Frass M, Kaye AD, Robak O.**
Comparative study of three different supraglottic airway devices in simulated difficult airway situations.
Minerva Anesthesiol. 2015; 81:1311-7. (2.134)

6. **Szarpak Ł, Kurowski A, Truszczyński Z, Robak O, Frass M.**
Comparison of 4 supraglottic devices used by paramedics during simulated CPR:
a randomized controlled crossover trial.
Am J Emerg Med. 2015; 33:1084-8. (1.274)

7. **Wohlfarth P, Carlström A, Staudinger T, Clauss S, Hermann A, Rabitsch W, Bojic A, Skrabs C, Porpaczy E, Schiefer AI, Valent P, Knöbl P, Agis H, Hauswirth A, Jäger U, Kundi M, Sperr WR, Schellongowski P; Arbeitsgruppe für hämato-onkologische Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin (ÖGIAIN).**
Incidence of intensive care unit admission, outcome and post intensive care survival in patients with diffuse large B-cell lymphoma.
Leuk Lymphoma. 2016 Jan 13:1-8. [Epub ahead of print] (2.891)

8. **Wewalka M, Warszawska J, Strunz V, Kitzberger R, Holzinger U, Fuhrmann V, Zauner C, Miehler W, Moser G.**
Depression as an independent risk factor for mortality in critically ill patients.
Psychosom Med. 2015; 77:106-113. (3.638)

9. **Brunner R, Drolz A, Scherzer TM, Staufer K, Fuhrmann V, Zauner C, Holzinger U, Schneeweiß B.**
Renal tubular acidosis is highly prevalent in critically ill patients.
Crit Care 2015; 19:148. (4.950)

10. **Bond G, Nowocin A, Sacks SH, Wong W.**
Kinetics of mast cell migration during transplantation tolerance.
Transpl Immunol 32 (2015) 40-45 (1.317)

11. **Haidinger M, Antlanger M, Kopecky C, Kovarik JJ, Säemann MD, Werzowa J.**
Post-transplantation Diabetes Mellitus: Evaluation of treatment strategies.
Clin Transplant 2015 May;29(5):415-24 (1.844)

12. **Hofer J, Forster F, Isenman DE, Wahrmann M, Leitner J, Hölzl MA, Kovarik JJ, Stockinger H, Böhmig GA, Steinberger P, Zlabinger GJ.**
Ig-like transcript 4 as a cellular receptor for soluble complement fragment C4d.
FASEB J 2015 Dec 17. pii: fj.15-275594 (5.299)

13. **Kikic Z, Kainz A, Kozakowski N, Oberbauer R, Regele H, Bond G, Böhmig GA.**
Capillary C4d and Kidney Allograft Outcome in Relation to Morphologic Lesions Suggestive of Antibody-Mediated Rejection.
Clin J Am Soc Nephrol. 2015;10(8):1435-1443 (4.657)

14. **Kozakowski N, Herkner H, Böhmig GA, Regele H, Kornauth C, Bond G, Kikic Z.**
The diffuse extent of peritubular capillaritis in renal allograft rejection is an independent risk factor for graft loss.
Kidney Int 2015; 88(2):332-340 (7.683)

15. **Plischke M, Riegersperger M, Dunkler D, Heinze G, Kikić Ž, Winkelmayr WC, Sunder-Plassmann G.**
Late Conversion of Kidney Transplant Recipients from Cyclosporin to Tacrolimus Improves Graft Function: Results from a Randomized Controlled Trial.
PLoS One 2015 Aug 13; 10(8) (3.057)

16. **Weinberger J, Jimenez-Heredia R, Schaller S, Suessner S, Sunzenauer J, Reindl-Schwaighofer R, Weiss R, Winkler S, Gabriel C, Danzer M, Oberbauer R.**
Immune Repertoire Profiling Reveals that Clonally Expanded B and T Cells Infiltrating Diseased Human Kidneys Can Also Be Tracked in Blood.
PLoS One 2015 Nov 23; 10(11) (3.057)

- 17. Werzowa J, Schwaiger B, Hecking M, Strassl R, Schmaldienst S, Böhmig GA, Genser B, Säemann MD.**
Prophylactic CMV therapy does not improve three-yr patient and graft survival compared to preemptive therapy.
Clin Transplant 2015 Dec;29(12):1230-8. (1.844)
-
- 18. Werzowa J, Säemann M, Haidinger M, Krebs M, Hecking M.**
Antidiabetic therapy in post kidney transplantation diabetes mellitus.
Transplant Rev 2015 Jul;29(3):145-53 (3.915)
-
- 19. International Genetics & Translational Research in Transplantation Network (iGeneTRAIN)**
Design and Implementation of the International Genetics and Translational Research in Transplantation Network.
Transplantation 2015 Nov; 99(11): 2401-12 (3.690)
-
- 20. 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 (1.804)
-
- 21. 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. (5.414)
-
- 22. 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. (1.504)
-
- 23. 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. (2.226)
-
- 24. 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] (2.026)
-
- 25. Schwameis M, Schober A, Schörgenhofer C, Sperr WR, Schöchtl H, Janata-Schwatzek K, Kürkciyan 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. (7.050)
-

- 26. 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. (5.414)
-
- 27. 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. (5.414)
-
- 28. 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. (5.414)
-
- 29. 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. (1.804)
-
- 30. van Tulder R, Laggner R, Kienbacher C, Schmid B, Zajicek A, Haidvogel J, Sebald 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. (5.414)
-
- 31. 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. (1.504)
-
- 32. Zeiner S, Sulzgruber P, Datler P, Keferböck M, Poppe M, Lobmeyr E, van Tulder R, Zajicek A, Buchinger A, Polz K, Schrattenbacher 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. (5.414)
-
- 33. Horvatits T, Kneidinger N, Drolz A, Roedl K, Rutter K, Kluge S, Trauner M, Fuhrmann V.**
Prognostic impact of ICG-PDR in patients with hypoxic hepatitis.
Ann Intensive Care. 2015 Dec;5(1):47
-

2015

Co-Autorenschaften aus Kooperationen Kumulativer Impactfaktor: 13

1. **Kautzky S, Staudinger T, Presterl E.**
Invasive Candida infections in patients of a medical intensive care unit: attempt of improving diagnosis by quantifying the colonization.
Wien Klin Wochenschr. 2015; 127:132-42. (0.836)

2. **Lamm W, Wohlfarth P, Bojic M, Schörghofer C, Drach J, Gisslinger H, Worel N, Schiefer A, Schulenburg A, Agis H, Kalhs P, Greinix HT, Schellongowski P, Rabitsch W.**
Outcome in Multiple Myeloma Patients Eligible for Stem Cell Transplantation: A Single-Center Experience.
Oncology. 2015; 89:196-204 (2.422)

3. **Ding SA, Simonson DC, Wewalka M, Halperin F, Foster K, Goebel-Fabbri A, Hamdy O, Clancy K, Lautz D, Vernon A, Goldfine AB.**
Adjustable Gastric Band Surgery or Medical Management in Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial.
J Clin Endocrinol Metab 2015; 100:2546-2556. (5.531)

4. **Lofaro D, Jager KJ, Abu-Hanna A, Groothoff JW, Arikoski P, Hoecker B, Roussey-Kesler G, Spasojević B, Verrina E, Schaefer F, van Stralen KJ; ESPN/ERA-EDTA Registry.**
Identification of subgroups by risk of graft failure after paediatric renal transplantation: application of survival tree models on the ESPN/ERA-EDTA Registry.
Nephrol Dial Transplant 2015 Aug 27 (4.085)

5. **Parfrey PS, Drüeke TB, Block GA, Correa-Rotter R, Floege J, Herzog CA, London GM, Mahaffey KW, Moe SM, Wheeler DC, Kubo Y, Dehmel B, Goodman WG, Chertow GM; Evaluation of Cinacalcet HCl Therapy to Lower Cardiovascular Events (EVOLVE) Trial Investigators.**
The Effects of Cinacalcet in Older and Younger Patients on Hemodialysis: The Evaluation of Cinacalcet HCl Therapy to Lower Cardiovascular Events (EVOLVE) Trial.
Clin J Am Soc Nephrol 2015 May 7; 10(5):791-9 (4.657)

6. **Schwarz C, Böhmig G, Steininger R, Unger L, Kristo I, Kozakowski N, Bertakovich GA, Soliman T, Mühlbacher F.**
Tacrolimus, Mycophenolate Mofetil, and Low-Dose Steroids With or Without Interleukin-2 Receptor Antibody Induction Therapy: A Retrospective Cohort Analysis.
Transplant Proc 2015; 47(8):2446-2449 (0.867)

2016

Erst- oder Letztautorenschaft: Kumulativer Impactfaktor: 153

1. **Krychtiuk KA, Lenz M, Koller L, Honeder MC, Wutzlhofer L, Zhang C, Chi L, Maurer G, Niessner A, Huber K, Wojta J, Heinz G, Speidl WS.**
Monocyte subset distribution is associated with mortality in critically ill patients.
Thromb Haemost. 2016 Oct 28; 116(5):949-957. Epub 2016 Sep 8. (5.627)

2. **Distelmaier K, Roth C, Binder C, Schrutka L, Schreiber C, Hoffelner F, Heinz G, Lang IM, Maurer G, Koinig H, Steinlechner B, Niessner A, Goliash G.**
Urinary Output Predicts Survival in Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation Following Cardiovascular Surgery.
Crit Care Med 2016; 44(3):531-8. (7.050)

3. **Roth C, Schrutka L, Binder C, Kriechbaumer L, Heinz G, Lang IM, Maurer G, Koinig H, Steinlechner B, Niessner A, Distelmaier K, Goliash G.**
Liver function predicts survival in patients undergoing extracorporeal membrane oxygenation following cardiovascular surgery.
Crit Care 2016; 20(1):57. (5.358)

4. **Distelmaier K, Roth C, Schrutka L, Binder C, Steinlechner B, Heinz G, Lang IM, Maurer G, Koinig H, Niessner A, Hülsmann M, Speidl W, Goliash G.**
Beneficial effects of levosimendan on survival in patients undergoing extracorporeal membrane oxygenation after cardiovascular surgery.
Br J Anaesth. 2016 Jul; 117(1):52-8. (6.238)

5. **Schrutka L, Goliash G, Meyer B, Wurm R, Koller L, Kriechbaumer L, Heinz G, Pacher R, Lang IM, Distelmaier K, Hülsmann M.**
Impaired High-Density Lipoprotein Anti-Oxidant Function Predicts Poor Outcome in Critically Ill Patients.
PLoS One. 2016; 11(3):e0151706. (2.806)

6. **Distelmaier K, Schrutka L, Binder C, Steinlechner B, Heinz G, Lang IM, Ristl R, Maurer G, Koinig H, Wiedemann D, Rützler K, Niessner A, Goliash G.**
Cardiac arrest does not affect survival in post-operative cardiovascular surgery patients undergoing extracorporeal membrane oxygenation.
Resuscitation 2016; 104:24-27 (2.806)

7. **Adlbrecht C, Hülsmann M, Wurm R, Eskandary F, Neuhold S, Zuckermann A, Bojic A, Strunk G, Pacher R.**
Outcome of conservative management versus assist device implantation in patients with advanced refractory heart failure.
Eur J Clin Invest 2016 Jan; 46(1):34-41 (2.734)

- 8. Wohlfarth P, Carlström A, Staudinger T, Clauss S, Hermann A, Rabitsch W, Bojic A, Skrabs C, Porpaczy E, Schiefer AI, Valent P, Knöbl P, Agis H, Hauswirth A, Jäger U, Kundi M, Sperr WR, Schellongowski P; Arbeitsgruppe für hämato-onkologische Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin (ÖGIAIN).**
Incidence of intensive care unit admission, outcome and post intensive care survival in patients with diffuse large B-cell lymphoma.
Leuk Lymphoma. 2016; 57:1831-8. (3.093)
-
- 9. Buchtele N, Schellongowski P, Bojic A, Hermann A, Robak O, Lamm W, Staudinger T.**
Successful weaning from 65-day extracorporeal membrane oxygenation therapy in influenza-associated acute respiratory distress syndrome.
Int J Artif Organs. 2016; 39:249-52. (1.005)
-
- 10. Gawlowski P, Smereka J, Madziala M, Szarpak L, Frass M, Robak O.**
Comparison of the Macintosh laryngoscope and blind intubation via the iGEL for intubation with cervical spine immobilization: A randomized, crossover, manikin trial.
Am J Emerg Med. 2016. [Epub ahead of print] (5.008)
-
- 11. Doehn JM, Winkler A, Kuzmina Z, Hladik A, Greinix H, Knapp S, Robak O.**
Pentraxin-3 levels in graft-versus-host disease during allogeneic hematopoietic stem cell transplantation.
Exp Hematol. 2016;44:917-23. (2.303)
-
- 12. Robak O, Kuzmina Z, Winkler A, Kalhs P, Rabitsch W, Greinix H.**
Adiponectin and resistin in acute and chronic graft-vs-host disease patients undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation.
Croat Med J. 2016;57:255-65. (1.483)
-
- 13. Wohlfarth P, Beutel G, Lebiedz P, Stemmler HJ, Staudinger T, Schmidt M, Kochanek M, Liebrechts T, Taccone FS, Azoulay E, Demoule A, Kluge S, Svalebjørg M, Luck C, Tischler J, Combes A, Böll B, Rabitsch W, Schellongowski P.**
Characteristics and Outcome of Patients after Allogeneic Stem Cell Transplantation treated with Extracorporeal Membrane Oxygenation for Acute Respiratory Distress Syndrome.
Crit Care Med. 2017; e500-e507 (7.050)
-
- 14. Szarpak L, Truszczyński Z, Czyżewski L, Frass M, Robak O.**
CPR using the lifeline ARM mechanical chest compression device: a randomized, crossover, manikin trial.
Am J Emerg Med. 2017 Jan; 35(1):96-100. (1.504)
-
- 15. Drolz A, Horvatits T, Roedl K, Rutter K, Staufer K, Kneidinger N, Holzinger U, Zauner C, Schellongowski P, Heinz G, Perkmann T, Kluge S, Trauner M, Fuhrmann V.**
Coagulation parameters and major bleeding in critically ill patients with cirrhosis.
Hepatology 2016; [Epub ahead of print]. (11.711)
-
- 16. Drolz A, Horvatits T, Roedl K, Rutter K, Staufer K, Haider DG, Zauner C, Heinz G, Schellongowski P, Kluge S, Trauner M, Fuhrmann V.**
Outcome and features of acute kidney injury complicating hypoxic hepatitis at the medical intensive care unit.
Ann Intensive Care 2016; 6:61. (4.529)
-

- 17. Heindl P, Bachlechner A, Nydahl P, Egerod I.**
Extent and application of patient diaries in Austria: process of continuing adaptation.
Nurs Crit Care 2016; Sep 21. [Epub ahead of print] (1.492)
-
- 18. Beinhardt S, Al Zoairy R, Ferenci P, Kozbial K, Freissmuth C, Stern R, Stättermayer AF, Stauber R, Strasser M, Zoller H, Watschinger B, Schmidt A, Trauner M, Hofer H, Maieron A.**
DAA-based antiviral treatment of patients with chronic hepatitis C in the pre- and postkidney transplantation setting.
Transpl Int 2016 Sep;29(9):999-1007 (3.079)
-
- 19. *Biesenbach P, *Eskandary F, Ay C, Wiegele M, Derfler K, Schaden E, Haslacher H, Oberbauer R, Böhmig GA.**
*both authors contributed equally
Effect of combined treatment with immunoadsorption and membrane filtration on plasma coagulation – results of a randomized controlled crossover study.
J Clin Apheresis 2016; 31:29-37 (1.835)
-
- 20. Böhmig GA, Kikic Z, Wahrmann M, Eskandary F, Aliabadi AZ, Zlabinger GJ, Regele H, Feucht HE.**
Detection of alloantibody-mediated complement activation: A diagnostic advance in monitoring kidney transplant rejection?
Clin Biochem 2016 Mar; 49(4-5):394-403 (2.434)
-
- 21. Eskandary F, Wahrmann M, Mühlbacher J, Böhmig GA.**
Complement inhibition as potential new therapy for antibody-mediated rejection.
Transpl Int. 2016 Apr;29(4):392-402 (3.079)
-
- 22. Eskandary F, Bond G, Kozakowski N, Regele H, Marinova L, Wahrmann M, Kikic Z, Haslacher H, Rasoul-Rockenschaub S, Kaltenecker CC, König F, Hidalgo LG, Oberbauer R, Halloran PF, Böhmig GA.**
Diagnostic contribution of donor-specific antibody characteristics to uncover late silent antibody-mediated rejection – results of a cross-sectional screening study.
Transplantation 2016; Apr 26; doi:10.1097 (3.678)
-
- 23. Haller MC, Kainz A, Baer H, Oberbauer R.**
Dialysis Vintage and Outcomes after Kidney Transplantation: A Retrospective Cohort Study.
Clin J Am Soc Nephrol 2016 Nov 28. pii: CJN.04120416 (4.780)
-
- 24. 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 (2.806)
-
- 25. Kovarik JJ, Antlanger M, Domenig O, Kaltenecker CC, Hecking M, Haindinger M, Werzowa J, Kopecky C, Säemann MD.**
Molecular regulation of the renin-angiotensin system in hemodialysis patients.
Nephrol Dial Transplant 2016 May; 31(5):851 (4.470)
-

- 26. Kovarik JJ, Kopecky C, Antlanger M, Domenig O, Kaltenecker CC, Werzowa J, Hecking M, Mahr S, Grömmner M, Wallner C, Aumayr K, Kain R, Zuckermann A, Poglitsch M, Säemann MD.**
Effects of angiotensin-converting-enzyme inhibitor therapy on the regulation of the plasma and cardiac tissue renin-angiotensin system in heart transplant patients.
J Heart Lung Transplant 2016 13. pii: S1053-2498(16)30310-2. (7.114)
-
- 27. Pichler G, Haller MC, Kainz A, Wolf M, Redon J, Oberbauer R.**
Prognostic value of bone- and vascular-derived molecular biomarkers in hemodialysis and renal transplant patients: a systematic review and meta-analysis.
Nephrol Dial Transplant 2016 Dec 26; 1-13 (4.470)
-
- 28. Schwaiger E, Eskandary F, Kozakowski N, Bond G, Kikic Z, Yoo D, Rasoul-Rockenschaub S, Fischer G, Oberbauer R, Böhmig GA.**
Deceased Donor Kidney Transplantation Across Donor-Specific Antibody Barriers – Predictors of Antibody-Mediated Rejection.
Nephrol Dial Transplant 2016; 31(8):1342-1351 (4.470)
-
- 29. Wilflingseder J, Jelencsics K, Bergmeister H, Sunzenauer J, Regele H, Eskandary F, Reindl-Schwaighofer R, Kainz A, Oberbauer R.**
miR-182-5p inhibition ameliorates ischemic acute kidney injury.
Am J Pathol 2016; Nov 18 (4.057)
-
- 30. Grave MS, Sterz F, Nürnberger A, Fykatas S, Gatterbauer M, Stättermayer AF, Zajicek A, Malzer R, Sebold 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. (1.804)
-
- 31. Hosmann A, Schober A, Gruber A, Sterz F, Testori C, Warenits A, Weihs W, Högler 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. (2.752)
-
- 32. 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. (1.832)
-
- 33. 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. (7.050)
-

- 34. 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. (5.230)
-
- 35. Schober A, Warenits AM, Testori C, Weihs W, Hosmann A, Högler 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. (2.806)
-
- 36. 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.
-
- 37. van Tulder R, Schriefl C, Roth D, Stratil P, Thalhammer M, Wiecek H, Lausch F, Zajicek A, Haidvogel J, Sebold 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. [Epub ahead of print] (2.690)
-
- 38. 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. (5.230)
-
- 39. Warenits AM, Sterz F, Schober A, Ettl F, Magnet IA, Högler 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 Rats.
Shock. 2016 Dec; 46(6):704-712. (3.113)
-
- 40. 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. (1.750)
-

2016

Co-Autorenschaften aus Kooperationen: Kumulativer Impactfaktor: 72

1. **Braune S, Sieweke A, Brettner F, Staudinger T, Joannidis M, Verbrugge S, Frings D, Nierhaus A, Wegscheider K, Kluge S.**

The feasibility and safety of extracorporeal carbon dioxide removal to avoid intubation in patients with COPD unresponsive to noninvasive ventilation for acute hypercapnic respiratory failure (ECLAIR study): multicentre case-control study.
Intensive Care Med. 2016; 42:1437-44. (10.125)

2. **Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, Gattinoni L, van Haren F, Larsson A, McAuley DF, Ranieri M, Rubenfeld G, Thompson BT, Wrigge H, Slutsky AS, Pesenti A; LUNG SAFE Investigators; ESICM Trials Group (incl. Staudinger T, Riss K).**

Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries.
JAMA. 2016; 315:788-800. (14.000)

3. **Bojic M, Worel N, Sperr WR, Schellongowski P, Wohlfarth P, Schwarzinger I, Mitterbauer-Hohendanner G, Fischer G, Dieckmann KU, Lamm W, Leiner M, Schulenburg A, Mitterbauer M, Greinix HT, Kalhs P, Rabitsch W.**

Umbilical Cord Blood Transplantation Is a Feasible Rescue Therapeutic Option for Patients Suffering from Graft Failure after Previous Hematopoietic Stem Cell Transplantation.
Oncology. 2016; 90:160-6. (2.152)

4. **Truszewski Z, Krajewski P, Fudalej M, Smereka J, Frass M, Robak O, Nguyen B, Ruetzler K, Szarpak L.**

A comparison of a traditional endotracheal tube versus ETVIEW SL in endotracheal intubation during different emergency conditions: A randomized, crossover cadaver trial.
Medicine (Baltimore). 2016; 95:e5170 (2.133)

5. **Rabitsch W, Bojic M, Wohlfarth P, Leiner M, Schörghofer C, Kalhs P, Schulenburg A, Sillaber C, Mitterbauer M, Sperr WR, Jäger U, Skrabs K, Greinix H, Hermann A, Lamm W.**

Alemtuzumab-BEAM as conditioning for allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in relapsed/refractory Hodgkin lymphoma: a single-center analysis.
J Cancer Res Clin Oncol. 2016; 142:1307-14. (3.141)

6. **Sandhofer MJ, Robak O, Frank H, Kulnig J.**

Vaccine hesitancy in Austria: a cross-sectional survey.
Wien Klin Wochenschr. 2017 Jan; 129(1-2):59-64. (0.836)

7. **Neziri D, Pajenda S, Amuge R, Ilhan A, Wewalka M, Hörmann G, Zauner C, Wagner L.**

DDRKG1 in urine indicative of tubular cell injury in intensive care patients with serious infections.
J Nephrol. 2016; 5:65-71.

8. **Yu EW, Wewalka M, Ding SA, Simonson DC, Foster K, Holst JJ, Vernon A, Goldfine AB, Halperin F.**

Effects of Gastric Bypass and Gastric Banding on Bone Remodeling in Obese Patients With Type 2 Diabetes.
J Clin Endocrinol Metab. 2016; 101:714-722. (5.455)

9. **Schneeweiss M, Porpaczy E, Koch M, Jonak C, Schiefer AI, Simonitsch-Klupp I, Sillaber C, Mayerhöfer M, Jäger U.**

Transformed mycosis fungoides: bridging to allogeneic stem cell transplantation with brentuximab vedotin.
Leukemia and Lymphoma. 2016; 57:206-208. (2.755)

10. **Koell B, Zotter-Tufaro C, Duca F, Kammerlander AA, Aschauer S, Dalos D, Antlanger M, Hecking M, Säemann M, Mascherbauer J, Bonderman D.**

Fluid status and outcome in patients with heart failure and preserved ejection fraction.
Int J Cardiol 2016; S0167-5273(16)34570-3. (6.189)

11. **Mörtzell Henriksson M, Newman E, Witt V, Derfler K, Leitner G, Eloit S, Dhondt A, Deeren D, Rock G, Ptak J, Blaha M, Lanska M, Gasova Z, Hrdlickova R, Ramlow W, Prophet H, Liembruno G, Mori E, Griskevicius A, Audzijoniene J, Vrielink H, Rombout S, Aandahl A, Sikole A, Tomaz J, Lalic K, Mazic S, Strineholm V, Brink B, Berlin G, Dykes J, Toss F, Axelsson CG, Stegmayr B, Nilsson T, Norda R, Knutson F, Ramsauer B, Wahlström A.**

Adverse events in apheresis: An update of theWAA registry data.
Transfusion and Apheresis Sci 2016; 54:2-15 (1.300)

12. **Pavo N, Wurm R, Goliasch G, Novak JF, Strunk G, Gyöngyösi M, Poglitsch M, Säemann MD, Hülsmann M.**

Renin-Angiotensin System Fingerprints of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction.
J Am Coll Cardiol 2016 Dec 27; 68:2912-2914 (19.896)

13. **Schiferer A, Zuckermann A, Dunkler D, Eskandary F, Bernardi M, Hiesmayr M, Lassnigg A, Hutschala D.**

Acute kidney injury and outcome after heart transplantation: Large differences in performance of scoring systems
Transplantation, 2016, 100(11):2439-2446 (3.678)

2017

Erst- oder Letztautorenschaft: Kumulativer Impactfaktor: 149

1. **Krychtiuk KA, Honeder MC, Lenz M, Maurer G, Wojta J, Heinz G, Huber K, Speidl WS.**
Copeptin Predicts Mortality in Critically Ill Patients.
PLoS One. 2017 Jan 24;12(1):e0170436. (2.806)

2. **Wohlfarth P, Agis H, Gualdoni GA, Weber J, Staudinger T, Schellongowski P, Robak O.**
Interleukin 1 Receptor Antagonist Anakinra, Intravenous Immunoglobulin, and Corticosteroids in the Management of Critically Ill Adult Patients With Hemophagocytic Lymphohistiocytosis.
J Intensive Care Med 2017 [Epub ahead of print] (2.156)

3. **Wohlfarth P, Beutel G, Lebiez P, Stemmler HJ, Staudinger T, Schmidt M, Kochanek M, Liebrechts T, Taccone FS, Azoulay E, Demoule A, Kluge S, Svalebjørg M, Lueck C, Tischer J, Combes A, Böll B, Rabitsch W, Schellongowski P; Intensive Care in Hematologic and Oncologic Patients (iCHOP); Caring for Critically Ill Immunocompromised Patients Multinational Network (NINE-I).**
Characteristics and Outcome of Patients After Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation Treated With Extracorporeal Membrane Oxygenation for Acute Respiratory Distress Syndrome.
Crit Care Med. 2017; 45:e500-e507 (7.050)

4. **Bojic A, Steiner I, Gamper J, Schellongowski P, Lamm W, Hermann A, Riss K, Robak O, Staudinger T.**
Supraclavicular Approach to the Subclavian Vein as an Alternative Venous Access Site for ECMO Cannulae? A Retrospective Comparison.
ASAIO J. 2017; 63:679-683 (2.190)

5. **Robak O, Vaida S, Somri M, Gaitini L, Füreder L, Frass M, Szarpak L.**
Inter-center comparison of EasyTube and endotracheal tube during general anesthesia in minor elective surgery.
PLoS One. 2017 Jun 2; 12(6):e0178756 (2.806)

6. **Gawłowski P, Smereka J, Madziala M, Szarpak L, Frass M, Robak O.**
Comparison of the Macintosh laryngoscope and blind intubation via the iGEL for Intubation With C-spine immobilization: A Randomized, crossover, manikin trial.
Am J Emerg Med. 2017; 35:484-487. (1.494)

7. **Robak O, Vaida S, Gaitini L, Thierbach A, Urtubia R, Krafft P, Frass M.**
The EasyTube during general anesthesia for minor surgery: A randomized, controlled trial.
Medicine (Baltimore). 2017; 96:e7195 (1.804)

8. **Scheiner B, Lindner G, Reiberger T, Schneeweiss B, Trauner M, Zauner C, Funk GC.**
Acid-base disorders in liver disease.
J Hepatol. 2017 Nov;67(5):1062-1073. (12.486)

9. **Antlanger M, Josten P, Kammer M, Exner I, Lorenz-Thurnheim K, Eigner M, Paul G, Klauser-Braun R, Sunder-Plassmann G, Säemann MD, Hecking M.**
Blood volume-monitored regulation of ultrafiltration to decrease the dry weight in fluid-overloaded hemodialysis patients: a randomized controlled trial.
Annals of Medicine 2017; 49,6:525-533 (2.770)

10. **Antlanger M, Domenig O, Kovarik JJ, Kaltenecker CC, Kopecky C, Poglitsch M, Säemann MD.**
Molecular remodeling of the renin-angiotensin system after kidney transplantation.
Journal of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System 2017; 18(2):1-9 (1.396)

11. **Antlanger M, Aschauer S, Kopecky C, Haidinger M, Hecking M, Kovarik JJ, Werzowa J, Mascherbauer J, Genser B, Säemann MD, Bondermann D.**
Heart Failure with Preserved and Reduced Ejection Fraction in Hemodialysis Patients: Prevalence, Disease Prediction and Prognosis.
Kidney & Blood Pressure Research 2017; 42:165-176 (3.104)

12. **Eskandary F, Bond G, Kozakowski N, Regele H, Marinova L, Wahrman M, Kikic Z, Haslacher H, Rasoul-Rockenschaub S, Kaltenecker CC, König F, Hidalgo LG, Oberbauer R, Halloran PF, Böhmig GA.**
Diagnostic Contribution of Donor-Specific Antibody Characteristics to Uncover Late Silent Antibody-Mediated Rejection – Results of a Cross-Sectional Screening Study.
Transplantation 2017 Mar; 101(3):631-641 (3.678)

13. **Haller MC, Kainz A, Baer H, Oberbauer R.**
Dialysis Vintage and Outcomes after Kidney Transplantation: A Retrospective Cohort Study.
Clinical Journal of the American Society of Nephrology 2017 Jan 6; 12(1):122-130. (4.780)

14. **Haller MC, Kammer M, Kainz A, Baer HJ, Heinze G, Oberbauer R.**
Steroid withdrawal after renal transplantation: a retrospective cohort study.
BMC Medicine 2017 Jan 12; 15(1):8 (8.097)

15. **Hecking M, Wong MMY, Port FK, Robinson BM, McCullough KP.**
Regional Differences in the Associations Between Prescribed Dialysate Sodium Concentration and Interdialytic Weight Gain in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study.
American Journal of Kidney Diseases Sep; 70(3):450-451 (7.623)

16. **Kopecky C, Ebtehaj S, Genser B, Drechsler C, Krane V, Antlanger M, Kovarik JJ, Kaltenecker CC, Parviz M, Wanner C, Weichhart T, Säemann MD, Tietge UJF.**
HDL Cholesterol Efflux Does Not Predict Cardiovascular Risk in Hemodialysis Patients.
Journal of the American Society of Nephrology 2017; 28:769-775 (8.966)

17. **Kozakowski N, Eskandary F, Herkner H, Bond G, Oberbauer R, Regele H, Böhmig GA, Kikic Z.**
Diffuse Extent of Peritubular Capillaritis in Late Antibody-mediated Rejection: Associations With Levels of Donor-specific Antibodies and Chronic Allograft Injury.
Transplantation 2017 May; 101(5):e178-e187 (3.678)

- 18. Mühlbacher J, Jilma B, Wahrmann M, Bartko J, Eskandary F, Schörghofer C, Schwameis M, Parry GC, Gilbert JC, Panicker S, Böhmig GA.**
Blockade of HLA-Antibody-Triggered Classical Complement Activation in Sera From Subjects Dosed With the Anti-C1s Monoclonal Antibody TNT009-Results from a Randomized First-in-Human Phase 1 Trial. *Transplantation* 2017 Oct; 101(10):2410-2418 (3.678)
-
- 19. Pajenda S, Mechtler K, Wagner L.**
Urinary neprilysin in the critically ill patient. *BMC Nephrology* 2017; 18:172 (2.770)
-
- 20. Pichler G, Haller MC, Kainz A, Wolf M, Redon J, Oberbauer R.**
Prognostic value of bone- and vascular-derived molecular biomarkers in hemodialysis and renal transplant patients: a systematic review and meta-analysis. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2017; 32:1566-1578 (4.470)
-
- 21. Reindl-Schwaighofer R, Kainz A, Krammer M, Dumfarth A, Oberbauer R.**
Survival analysis of conservative vs. dialysis treatment of elderly patients with CKD stage 5. *PLoS One* 2017 Jul 24; 12(7):e0181345 (3.540)
-
- 22. Schiemann M, Puchhammer-Stöckl E, Eskandary F, Kohlbeck P, Rasoul-Rockenschaub S, Heilos A, Kozakowski N, Görzer I, Kikic Z, 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 (3.678)
-
- 23. Sinzinger H, Steiner S, Derfler K.**
Pleiotropic effects of regular lipoprotein-apheresis. *Atherosclerosis Supplements* 2017 Nov; 30:122-127 (4.239)
-
- 24. Wahrmann M, Mühlbacher J, Marinova L, Regele H, Huttary N, Eskandary F, Cohen G, Fischer GF, Parry GC, Gilbert JC, Panicker S, Böhmig GA.**
Effect of the Anti-C1s Humanized Antibody TNT009 and Its Parental Mouse Variant TNT003 on HLA Antibody-Induced Complement Activation – A Preclinical In Vitro Study. *American Journal of Transplantation* 2017; 17:2300-2311 (6.165)
-
- 25. Wilfingseder J, Jelencsics K, Bergmeister H, Sunzenauer J, Regele H, Eskandary F, Reindl-Schwaighofer R, Kainz A, Oberbauer R.**
miR-182-5p Inhibition Ameliorates Ischemic Acute Kidney Injury. *The American Journal of Pathology* 2017 Jan; 187(1):70-79 (4.057)
-
- 26. Winnicki W, Herkner H, Lorenz M, Handisurya A, Kikić Ž, Bielesz B, Schairer B, Reiter T, Eskandary F, Sunder-Plassmann G, Sengoelge G.**
Taurolidine-based catheter lock regimen significantly reduces overall costs, infection, and dysfunction rates of tunneled hemodialysis catheters. *Kidney Internat* 2017 [Epub ahead of print] (8.395)
-

- 27. Aramendi E, Elola A, Alonso E, Irusta U, Daya M, Russell JK, Hubner P, Sterz F.**
Feasibility of the capnogram to monitor ventilation rate during cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2017 Jan; 110:162-168. (5.230)
-
- 28. 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. [Epub ahead of print] (3.113)
-
- 29. 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 (5.230)
-
- 30. Magnet IAM, Ettl F, Schober A, Warenits AM, Grassmann D, Wagner M, Schriefl 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. (3.113)
-
- 31. 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 [Epub ahead of print] (1.861)
-
- 32. 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. (4.521)
-
- 33. 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. (5.231)
-
- 34. 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.
-

35. Van Tulder R, Laggner R, Roth D, Krammel M, Schriefl 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 (3.028)

36. Horvatits T, Drolz A, Rutter K, Roedl K, Langouche L, Van den Berghe G, Fauler G, Meyer B, Hülsmann M, Heinz G, Trauner M, Fuhrmann V.

Circulating bile acids predict outcome in critically ill patients. *Ann Intensive Care*. 2017 Dec;7(1):48

37. Horvatits T, Drolz A, Rutter K, Roedl K, Fauler G, Müller C, Kluge S, Trauner M, Schenk P, Fuhrmann V.

Serum bile acids in patients with hepatopulmonary syndrome. *Z Gastroenterol*. 2017 Apr;55(4):361-367

38. Horvatits T, Drolz A, Roedl K, Rutter K, Ferlitsch A, Fauler G, Trauner M, Fuhrmann V.

Serum bile acids as marker for acute decompensation and acute-on-chronic liver failure in patients with non-cholestatic cirrhosis. Serum bile acids as marker for acute decompensation and acute-on-chronic liver failure in patients with non-cholestatic cirrhosis. *Liver Int*. 2017 Feb;37(2):224-231

2017

Co-Autorenschaften aus Kooperationen:

Kumulativer Impactfaktor: 71

1. Panosian J, Ding SA, Wewalka M, Simonson DC, Goebel-Fabbri A, Foster K, Halperin F, Vernon A, Goldfine AB.

Physical Activity in Obese Type 2 Diabetes Following Randomization to Gastric Bypass or Medical Management. *Am J Med*. 2017; 130:83-92. (5.550)

2. Schoergenhofer C, Hobl EL, Staudinger T, Speidl WS, Heinz G, Siller-Matula J, Zauner C, Reiter B, Kubica J, Jilma B.

Prasugrel in critically ill patients. *Thromb Haemost*. 2017; 117:1582-1587 (5.627)

3. Schoergenhofer C, Hobl EL, Schwameis M, Gelbenegger G, Staudinger T, Heinz G, Speidl WS, Zauner C, Reiter B, Lang I, Jilma B.

Acetylsalicylic acid in critically ill patients: a cross-sectional and a randomized trial. *Eur J Clin Invest* 2017; 47:504-512. (2.714)

4. Schoergenhofer C, Hobl EL, Schellongowski P, Heinz G, Speidl WS, Siller-Matula JM, Schmid M, Sunder-Plaßmann R, Stimpfl T, Hackl M, Jilma B.

Clopidogrel in Critically Ill Patients. *Clin Pharmacol Ther* 2017 [Epub ahead of print] (7.266)

5. Staufer K, Roedl K, Kivaranovic D, Drolz A, Horvatits T, Rasoul-Rockenschaub S, Zauner C, Trauner M, Fuhrmann V.

Renal replacement therapy in critically ill liver cirrhotic patients—outcome and clinical implications. *Liver Int* 2017;37:843-850. (4.116)

6. Azoulay E, Pickkers P, Soares M, Perner A, Rello J, Bauer PR, van de Louw A, Hemelaar P, Lemiale V, Taccone FS, Martin Loeches I, Meyhoff TS, Salluh J, Schellongowski P, Rusinova K, Terzi N, Mehta S, Antonelli M, Kouatchet A, Barratt-Due A, Valkonen M, Landburg PP, Bruneel F, Bukan RB, Pène F, Metaxa V, Moreau AS, Soupart V, Burghi G, Girault C, Silva UVA, Montini L, Barbier F, Nielsen LB, Gaborit B, Mokart D, Chevret S; Efraim investigators and the Nine-I study group.

Acute hypoxemic respiratory failure in immunocompromised patients: the Efraim multinational prospective cohort study. *Intensive Care Med*. 2017 [Epub ahead of print] (12.015)

7. Azoulay E, Schellongowski P, Darmon M, Bauer PR, Benoit D, Depuydt P, Divatia JV, Lemiale V, van Vliet M, Meert AP, Mokart D, Pastores SM, Perner A, Pène F, Pickkers P, Puxty KA, Vincent F, Salluh J, Soubani AO, Antonelli M, Staudinger T, von Bergwelt-Baildon M, Soares M.

The Intensive Care Medicine research agenda on critically ill oncology and hematology patients. *Intensive Care Med*. 2017 [Epub ahead of print] (12.015)

8. Brodie D, Curtis JR, Vincent JL, Bakker J, Brown CE, Creteur J, Papazian L, Sladen RN, Ranieri VM; participants in the Round Table Conference (incl. Staudinger T).

Treatment limitations in the era of ECMO. *Lancet Respir Med* 2017; 5:769-770. (19.278)

9. Singer J, Testori C, Schellongowski P, Handisurya A, Müller C, Reitter EM, Graninger W, Knöbl P, Staudinger T, Winkler S, Thalhammer F.

A case report of septic shock syndrome caused by *S. pneumoniae* in an immunocompromised patient despite of vaccination. *BMC Infect Dis* 2017; 17:442 (2.768)

10. Wurm R, Cho A, Arfst 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 [Epub ahead of print]

» 4.2 Publikationen

Reviews/Editorials/Guidelines/ Buchbeiträge 2014–2017

Kumulativer Impactfaktor: 212

1. **Geppert A, Heinz G.**
mechanical support systems in the intensive care unit.
Med Klin Intensivmed Notfmed 2015; 110(6):400-1 (0.521)

2. **Heinz G, Valentin A.**
[Complex issues in the critically ill syndromes in the intensive care unit].
Med Klin Intensivmed Notfmed. 2016 Jun; 111(5):398-9. (0.521)

3. **Pichler P, Antretter H, Dünser M, Eschertzhuber S, Gottardi R, Heinz G, Pözl G, Pretsch I, Rajek A, Wasler A, Zimpfer D, Geppert A.**
Use of ECMO in adult patients with cardiogenic shock: A position paper of the Austrian Society of Cardiology.
Wien Klin Wochenschr. 2015; 127(5-6):169-84 (0.836)

4. **Pichler P, Antretter H, Dünser M, Eschertzhuber S, Gottardi R, Heinz G, Pözl G, Pretsch I, Rajek A, Wasler A, Zimpfer D, Geppert A.**
Use of ECMO in adult patients with cardiogenic shock: A position paper of the Austrian Society of Cardiology.
Med Klin Intensivmed Notfmed. 2015; 110(6):407-20. (0.521)

5. **Bein T, Bischoff M, Brückner U, Gebhardt K, Henzler D, Hermes C, Lewandowski K, Max M, Nothacker M, Staudinger T, Tryba M, Weber-Carstens S, Wrigge H, Pène F, Salluh JI, Staudinger T.**
"S2e guideline: positioning and early mobilisation in prophylaxis or therapy of pulmonary disorders: Revision 2015: S2e guideline of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI)".
Anaesthesist. 2015; 64(Suppl 1):1-26. (1.039)

6. **Schellongowski P, Sperr WR, Wohlfarth P, Knoebl P, Rabitsch W, Watzke HH, Staudinger T.**
Critically ill patients with cancer: chances and limitations of intensive care medicine-a narrative review.
ESMO Open. 2016; 1:e000018. Review.

7. **Staudinger T.**
[Extracorporeal lung support-news and future developments].
Med Klin Intensivmed Notfmed. 2016 Jul 5. [Epub ahead of print] Review. (0.521)

8. **Schellongowski P, Staudinger T.**
Ventilatory Strategies in Patients With Hematologic Malignancies and Acute Respiratory Failure: New Insights, New Questions, What Now?
Crit Care Med. 2016; 44:1444-6. Editorial.

9. **Schellongowski P, Kiehl M, Kochanek M, Staudinger T, Beutel G; Intensive Care in Hematologic-Oncologic Patients (iCHOP).**
Intensive care for cancer patients: An interdisciplinary challenge for cancer specialists and intensive care physicians.
Memo. 2016; 9:39-44. Review.

- 10. Maschmeyer G, Helweg-Larsen J, Pagano L, Robin C, Cordonnier C, Schellongowski P; 6th European Conference on Infections in Leukemia (ECIL-6), a joint venture of The European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT), The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), the International Immunocompromised Host Society (ICHS) and The European LeukemiaNet (ELN).**
ECIL guidelines for treatment of *Pneumocystis jirovecii* pneumonia in non-HIV-infected haematology patients. *J Antimicrob Chemother.* 2016; 71:2405-13. Review. (5.071)
-
- 11. Schellongowski P, Beutel G, Kochanek M, Kiehl MG.**
Intensivmedizinische Aspekte bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen. *Intensivmed.up2date* 2016; 12: 267–285. Review.
-
- 12. Staudinger T**
Extrakorporale Membranoxygenierung: Systemauswahl, (Kontra-)Indikationen und Management. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2017; 112:295–302 (0.521)
-
- 13. Beutel G, Schellongowski P, Kiehl M, Kochanek M.**
Intensivtherapie bei hämatologischen und onkologischen Patienten: Aktuelle Aspekte. *Dtsch Med Wochenschr.* 2017;142:500-505. Review (0.552)
-
- 14. Kroschinsky F, Stölzel F, von Bonin S, Beutel G, Kochanek M, Kiehl M, Schellongowski P; Intensive Care in Hematological and Oncological Patients (iCHOP) Collaborative Group.**
New drugs, new toxicities: severe side effects of modern targeted and immunotherapy of cancer and their management. *Crit Care.* 2017 Apr 14;21(1):89.Review. (5.358)
-
- 15. Wewalka M.**
Depression: Ein bislang unbeachteter Faktor für Sterblichkeit von Intensivpatienten. *Intensiv News, Ausgabe 6/2015*
-
- 16. Heindl P.**
Importance of an intensive care journal for coping with the illness. *Pflege Z* 2016;69:355-358.
-
- 17. Arias M, Rush DN, Wiebe C, Gibson IW, Blydt-Hansen TD, Nickerson PW, Sellarés J, López-Hoyos M, San Segundo D, Crespo-Leiro MG, Marzoa-Rivas R, Barge-Caballero E, Paniagua-Martín MJ, Román A, Serón D, Böhmig G, Schwaiger E.**
Antibody-mediated rejection: analyzing the risk, proposing solutions. *Transplantation* 2014 Aug 15; 98 Suppl 3:S3-21 (3.828)
-
- 18. Bond G, Böhmig GA.**
Kidney paired donation. Combination with extracorporeal desensitization. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2014 Sep; 109(6):408-10 (0.521)
-

- 19. Böhmig GA, Eskandary F.**
Rejection despite C5 blockade: a distinct role of IgM? *Transpl Int* 2014 Dec; 27(12):1233-4 (2.599)
-
- 20. Abramowicz D, Hazzan M, Maggiore U, Peruzzi L, Cochat P, Oberbauer R, Haller MC, Van Biesen W; Descartes Working Group and the European Renal Best Practice (ERBP) Advisory Board**
Does pre-emptive transplantation versus post start of dialysis transplantation with a kidney from a living donor improve outcomes after transplantation? A systematic literature review and position statement by the Descartes Working Group and ERBP. *Nephrol Dial Transplant* 2015 Nov 12. pii: gfv378 (4.085)
-
- 21. Böhmig GA, Farkas AM, Eskandary F, Wekerle T.**
Strategies to overcome the ABO barrier in kidney transplantation. *Nat Rev Nephrol* 2015; 11(12):732-747 (9.463)
-
- 22. Derfler K, Druml W.**
Therapeutische Apherese. *Wien Klin Wochenschrift* 2015 (Suppl 2); 99-102 (0.836)
-
- 23. Hecking M, Rayner H, Wabel P.**
What are the Consequences of Volume Expansion in Chronic Dialysis Patients? Defining and Measuring Fluid Overload in Hemodialysis Patients. *Semin Dial* 2015 May-Jun; 28(3):242-7 (1.912)
-
- 24. Maggiore U, Oberbauer R, Pascual J, Viklicky O, Dudley C, Budde K, Sorensen SS, Hazzan M, Klinger M, Abramowicz D; ERA-EDTA-DESCARTES Working Group**
Strategies to increase the donor pool and access to kidney transplantation: an international perspective. *Nephrol Dial Transplant* 2015 Feb; 30(2):217-22 (4.085)
-
- 25. Wilflingseder J, Reindl-Schwaighofer R, Sunzenauer J, Kainz A, Heinzl A, Mayer B, Oberbauer R.**
MicroRNAs in kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 2015 Jun; 30(6):910-7 (4.085)
-
- 26. Maggiore U, Oberbauer R, Pascual J, Viklicky O, Dudley C, Budde K, Schwartz Sorensen S, Hazzan M, Klinger M, Abramowicz D for the ERA-EDTA-DESCARTES working group.**
Strategies to increase the donor pool and access to kidney transplantation: an international perspective. *Nephrol Dial Transplant* 2014 Jun 6. pii: gfu212. [Epub ahead of print] – Review (4.085)
-
- 27. Wilflingseder J, Reindl-Schwaighofer R, Sunzenauer J, Kainz A, Heinzl A, Mayer B, Oberbauer R.**
MicroRNAs in Kidney Transplantation *Nephrol Dial Transplant* 2014 Aug 28. pii: gfu280. [Epub ahead of print] – Review (4.085)
-

- 28. Abramowicz D, Hazzan M, Maggiore U, Peruzzi L, Cochat P, Oberbauer R, Haller MC, Van Biesen W; Descartes Working Group and the European Renal Best Practice (ERBP) Advisory Board.**
Does pre-emptive transplantation versus post start of dialysis transplantation with a kidney from a living donor improve outcomes after transplantation? A systematic literature review and position statement by the Descartes Working Group and ERBP.
Nephrol Dial Transplant 2016 May; 31(5):691-7 (4.085)
-
- 29. Berlakovich GA, Zuckermann A, Schneeberger S, Rosenkranz AR, Oberbauer R.**
Transplantation in Austria.
Transplantation 2016 Sep; 100(9):1785-7 (3.678)
-
- 30. Gaggl M, Aigner C, Sunder-Plassmann G, Schmidt A.**
Thrombotic microangiopathy : Relevant new aspects for intensive care physicians.
Med Klin Intensivmed Notfmed 2016; 111(5):434-9 (0.521)
-
- 31. Genser B, Fischer JE, Figueiredo CA, Alcantara-Neves N, Barreto ML, Cooper PJ, Amorim LD, Säemann MD, Weichhart T, Rodrigues LC**
Applied immuno-epidemiological research: an approach for integrating existing knowledge into the statistical analysis of multiple immune markers.
BMC Immunol 2016 May 20; 17(1):11 (2.485)
-
- 32. Montero N, Perez-Saez MJ, Pascual J; DESCARTES Working Group; DESCARTES ERA-EDTA Board: Abramowicz D, Budde K, Dudley C, Hazzan M, Klinger M, Maggiore U, Oberbauer R, Pascual J, Sorensen SS, Viklicky O.**
Immunosuppression in the elderly renal allograft recipient: a systematic review.
Transplant Rev (Orlando) 2016 Jul; 30(3):144-53 (3.113)
-
- 33. Oberbauer R.**
Progression of interstitial fibrosis in kidney transplantation.
Clin J Am Soc Nephrol 2016 Dec 7; 11(12):2110-2112 (4.780)
-
- 34. 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. (6.264)
-
- 35. 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. (6.264)
-
- 36. 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. (6.264)
-

- 37. Böhmig GA, Rostaing L.**
Transplantation: IdeS to desensitize organ allograft recipients.
Nature Reviews Nephrology 2017 Nov; 13(11):666-668 (12.146)
-
- 38. Hecking M, Schneditz D.**
Feedback Control in Hemodialysis – Much Ado about Nothing?
Clinical Journal of the American Society of Nephrology 2017 Nov 7; 12(11):1730-1732 (4.780)
-
- 39. Stummvoll G, Aringer M, Handisurya A, Derfler K.**
Immunoabsorption in Autoimmune Diseases Affecting the Kidney.
Seminars in Nephrology 2017; 37:478-487 (3.598)
-
- 40. Wekerle T, Segev D, Lechler R, Oberbauer R.**
Strategies for long-term preservation of kidney graft function.
Lancet 2017; 389:2152-62 (47.831)
-
- 41. Peacock WF, Sterz FR.**
Therapeutic Hypothermia After Cardiac Arrest.
JAMA. 2017 Feb 14; 317(6):644. (44.405)
-
- 42. 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.
-
- 43. Seeland BA, Zauner C, Trauner M.**
Ikterus auf der Intensivstation. In: Gastroenterologie für Intensivmediziner.
Ed.: Canbay A, Gerken G. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2017.
-
- 44. Zauner C. Perkutan-dilatative Tracheotomie.**
In: Tracheotomie und Tracheostomarehabilitation (1. Aufl.).
Ed.: Schneider-Stickler B, Kress P. Springer Verlag, 2018.
-
- 45. Zauner C. Tracheotomie aus intensivmedizinischer Sicht.**
In: Tracheotomie und Tracheostomarehabilitation (1. Aufl.).
Ed.: Schneider-Stickler B, Kress P. Springer Verlag, 2018.
-



» 4.3 Akademische Lehre

- Betreuung von Studierenden im Rahmen der Vorlesungen und des praktischen Teils im Tertial Notfall- und Intensivmedizin
- Betreuung von Studierenden im Rahmen des klinisch-praktischen Jahres
- Betreuung von 39 DiplomandInnen im Zeitraum 2015–2017
- Betreuung von 3 StudentInnen im Rahmen des PhD-Programms der MedUni Wien

Vorlesungen:

- Internistische Intensivmedizin mit Praktikum – (Wahlfachausbildung gem. § 13 StG. oder Freies Wahlfach für N 202): Staudinger, Hermann, Robak, Schellongowski
- Intensivmedizinische Entscheidungsfindung anhand ausgewählter Fälle: Staudinger, Hermann, Robak, Schellongowski
- Kardiovaskuläre Intensivmedizin mit Bedside Teaching: G. Heinz
- Internistische Intensivmedizin mit Bedside Teaching: Schneeweiss, Zauner



» 4.4 Habilitationen

Thomas Uray

Die nicht-invasive Kühlung nach Herz-Kreislaufstillstand

Dominik Roth

Carbon monoxide poisoning – new insights on incidence, diagnosis and treatment

Raphael Van Tulder

Dispatch Life Support: Status quo und Ausblick in der Telefonreanimation

Andreas Schober

Die Behandlung von PatientInnen mit Herz-Kreislaufstillstand in spezialisierten Reanimations-Zentren

Peter Schellongowski

Kritisch kranke KrebspatientInnen auf der Intensivstation



» 4.5 Kongressorganisation, Symposien und Meetings

Österreichisches Symposium über Dialysezugänge und zentralvenöse Katheter

Diese zweitägige Veranstaltung wurde zum ersten Mal im Februar 2016 organisiert. Das zweite Symposium fand von 6. bis 7. April 2018 statt. Das Konzept dieser Veranstaltung besteht aus einem ersten Tag mit Vorträgen über alle Arten von zentralvenösen Zugängen von multidisziplinären internationalen ReferentInnen (Nephrologie, Intensivmedizin, Gefäßchirurgie, Dialysepflege, Infektiologie, Krankenhaushygiene) und einem zweiten Tag mit Hands-on-Workshops, teilweise mit menschlichen Präparaten.

R.E.N. Transplant

Diese Veranstaltung findet jedes Jahr im März statt. Alle Aspekte der Nierentransplantation werden von ausgewiesenen ExpertInnen mittels State-of-the-Art-Vorträgen diskutiert.

Wiener Intensivmedizinische Tage

Jährlicher größter nationaler intensivmedizinischer Kongress unter der Ägide der ÖGIAIN (Österreichische Gesellschaft für internistische und allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin): Organisation und Gestaltung des wissenschaftlichen Programms durch Prof. W. Druml und Prof. T. Staudinger gemeinsam mit dem Organisationskomitee.

Postgraduate Course kardiovaskuläre Intensivmedizin 2003–2017

Organisation und Programmgestaltung durch Prof. Dr. Gottfried Heinz

» 4.6 Funktionen in Fachgesellschaften und Zeitschriftenboards

O.Univ.-Prof. Dr. Anton N. Laggner

- ÖGIAIN (Österreichische Gesellschaft für internistische und allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin): Langjähriges Vorstandsmitglied

Ao.Univ.-Prof. Dr. Thomas Staudinger:

- ÖGIAIN (Österreichische Gesellschaft für internistische und allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin): Wissenschaftlicher Beirat, seit 06/2017 2. Vizepräsident
- FASIM (Federation of Austrian Societies of Intensive Care Medicine): Wissenschaftlicher Beirat

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Peter Schellongowski:

- ÖGIAIN: Kassier, Leiter der Arbeitsgruppe „Hämatologisch-onkologische Intensivmedizin“
- ESICM (European Society of Intensive Care Medicine): Deputy Chair Junior Faculty „ESICM NEXT“
- DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie): Stellvertretender Sprecher des Arbeitskreises für Intensivmedizin in der Hämatologie und Onkologie der DGHO
- Mitglied des EURO ELSO Scientific Committee (Extracorporeal Life Support Organization)

Ao.Univ.-Prof. Dr. Gottfried Heinz

- Section Editor der Zeitschrift „Medizinische Klinik Intensiv- und Notfallmedizin“ (Springer)
- Mitglied der Fachkommission Intensivmedizin
- Mitglied der Ethikkommission der MedUni Wien

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Walter Speidl

- Stv. Leiter der Arbeitsgruppe kardiovaskuläre Intensivmedizin der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG)

Univ.-Prof. Dr. Rainer Oberbauer, PhD

- Vorsitzender der Sektion „European Kidney Transplant Association“ der European Society for Organ Transplantation (ESOT)
- Herausgeber der Zeitschrift „Transplant International“
- Vorstandsvorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Gürkan Sengölge

- Mitglied der Vascular Access Society

Univ.-Prof. Dr. Michael Trauner

- Associate Editor Journal „Hepatology“, Editorial Board im Journal „Gastroenterology“

Ao.Univ.-Prof. Dr. Christian Zauner

- ÖGIAIN (Österreichische Gesellschaft für internistische und allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin): Mitglied des wissenschaftlichen Beirates
- ÖAIE (Österreichisches Akademisches Institut für Ernährungsmedizin): Mitglied des wissenschaftlichen Beirates: Kooptiertes Vorstandsmitglied

» 5. Anzahl der FachärztInnen für Innere Medizin und Intensivmedizin

Universitätsklinik für Notfallmedizin:

11 FachärztInnen mit Zusatzfach Intensivmedizin

Universitätsklinik für Innere Medizin III, Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie:

9 FachärztInnen mit Zusatzfach Intensivmedizin

Universitätsklinik für Innere Medizin II, Klinische Abteilung für Kardiologie:

9 FachärztInnen mit Zusatzfach Intensivmedizin

Universitätsklinik für Innere Medizin I, Klinische Abteilungen für Hämatologie und Hämostaseologie, Onkologie, Infektionen und Tropenmedizin:

8 FachärztInnen mit Zusatzfach Intensivmedizin

Universitätsklinik für Innere Medizin III, Klinische Abteilung für Nephrologie und Dialyse:

6 FachärztInnen mit Zusatzfach Intensivmedizin

» 6. Zusammenfassung und Ausblick

Der vorliegende Bericht zeigt eindrücklich, dass die internistische Intensivmedizin als Einrichtung einer universitären Leitinstitution mit Spitzenmedizinischem Anspruch in ihrer Gesamtheit die Herausforderungen von PatientInnenversorgung und universitären Kernaufgaben wie Forschung und Lehre zu meistern imstande ist.

Trotz einiger wichtiger Problemfelder, zu denen ohne Zweifel der steigende Bedarf an weiteren intensivmedizinischen Betten sowie die nicht ausreichende Intermediate-care-Kapazität gehören, muss festgestellt werden, dass die internistische Intensivmedizin an der Medizinischen Universität Wien und im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien sowohl wissenschaftlich als auch klinisch ein Erfolgsmodell darstellt.

Obwohl alle internistischen Intensivstationen im Allgemeinen ähnliche Verfahren anwenden (siehe Stationsstatistiken), wird es aus den oben detailliert angeführten klinischen Schwerpunkten, Lehrtätigkeiten, Publikationen und organisierten Lehrveranstaltungen klar ersichtlich, dass die internistischen Intensivstationen und die Universitätsklinik für Notfallmedizin unterschiedliche Expertisen repräsentieren. Diese sich ergänzenden Unterschiede und die bestehende rege Zusammenarbeit führen zu einer Personalisierung und Optimierung der Betreuung unserer PatientInnen. Auch gegenseitiger Austausch von ärztlichem Personal zwecks Erlernung von Spezialverfahren zwischen diesen Stationen geschieht regelmäßig und unterstreicht die Wichtigkeit der Präsenz mannigfaltiger Expertisen sowohl für die Ausbildung einzelner KollegInnen als auch für eine verbesserte Behandlung unserer PatientInnen. Die fachübergreifende internistische Intensivmedizin wird durch den Zusammenschluss aller Expertisen dieser Abteilungen zu der Durchführung personalisierter Medizin mit den neuesten Verfahren sowie Therapeutika und dadurch zu einer Optimierung der Versorgung unserer PatientInnen führen. Dadurch sind alle beteiligten Abteilungen nicht nur an einer Fortsetzung dieser wertvollen Zusammenarbeit interessiert, sondern möchten in Zukunft im Rahmen des Projekts CEMIC (Center of Excellence of Medical Intensive Care) die vorhandenen Synergien sogar weiter ausbauen und nehmen diese Notwendigkeit als ihre Verantwortung wahr.

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:
Rektor Univ. Prof. Dr. Markus Müller
Medizinische Universität Wien
Spitalgasse 23, 1090 Wien

Verantwortlich für den Inhalt:

Universitätskliniken für Innere Medizin I, II und III und 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: Christian Houdek, Mark Glassner, Sabine Gruber, Felicitas Matern, Shutterstock

