



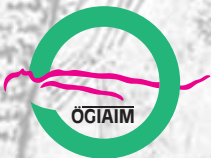
WIT 2012

WIENER INTENSIVMEDIZINISCHE TAGE

**30 Jahre WIT
30 Jahre Intensivmedizin
und die Zukunft...**

15.-18. Februar 2012
Wien, AKH - Hörsaalzentrum

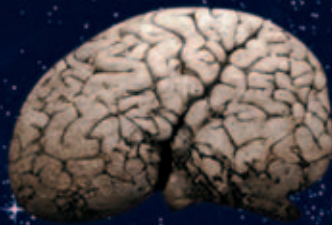
Vorprogramm



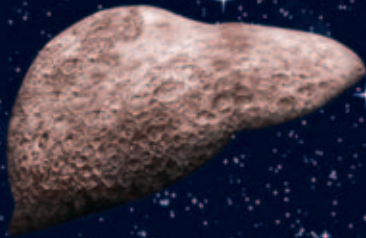
FASIM

www.intensivmedizin.at

Konstellationen erkennen.



HEPATIC ENCEPHALOPATHY



Das Risiko einer hepatischen Enzephalopathie steckt in jeder chronischen Lebererkrankung. Für die Diagnose ist die Kombination der Symptome entscheidend.

Bei 4 von 5 Patienten wird die hepatische Enzephalopathie nicht entdeckt.

Die Leitsymptome der hepatischen Enzephalopathie – Konzentrations- und Schlafstörungen, Müdigkeit, Störungen der Feinmotorik, Abgeschlagenheit und Vigilanzstörungen – resultieren häufig aus erhöhten Ammoniakspiegeln aufgrund verringerter Entgiftungsleistung der Leber.

Hepa-Merz® – die Standardtherapie bei chronischen Lebererkrankungen mit den Symptomen einer hepatischen Enzephalopathie:

- senkt schnell und nachhaltig erhöhte Ammoniakspiegel
- verbessert Lebensqualität und mentale Leistungsstörungen
- ist nachgewiesen wirksam und gut verträglich

Hepa-Merz® Granulat. **Wirkstoff:** L-Ornithin-L-aspartat. **Anwendungsgebiete:** Zur Senkung erhöhter Ammoniakspiegel im Blut bei akuten und chronischen Lebererkrankungen und durch Lebererkrankungen hervorgerufenen Störungen der Hirnfunktion (hepatische Enzephalopathie). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil, Fruchtzuckerunverträglichkeit od. ernste Nierenfunktionsstörungen. **Hilfsstoffe:** Fructose, Natriumcyclamat, Saccharin-Natrium, Citronensäure, Aromastoffe, Polyvidon, Farbstoff E110. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Merz + Co GmbH, Eckenheimer Landstr. 100, D-60318 Frankfurt/Main. **Wirkstoffgruppe:** A05B Leberpräparate, lipotrope Präparate. **Weitere Angaben zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen bei der Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und andere Wechselwirkungen sowie Nebenwirkungen** sind der „Austria-Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.
MERZ PHARMA AUSTRIA GMBH, Guglgasse 17, A-1110 Wien.

 **Hepa-Merz®**
L-ornithine-L-aspartate
THERAPIE, DIE WIRKUNG ZEIGT



Kaum zu glauben, die **Wiener Intensivmedizinischen Tage 2012**, die **WIT 2012**, werden schon die 30. Veranstaltung dieser Reihe sein! Sie werden vom 15. bis 18. Februar 2012 wie gewohnt im Hörsaalzentrum des *Allgemeinen Krankenhauses* in Wien stattfinden und anlässlich dieses Jubiläums unter dem Leitthema „**30 Jahre WIT – 30 Jahre Intensivmedizin – und die Zukunft...**“ stehen. Wie bisher wollen wir eine praktisch-klinisch orientierte Fortbildung in einem interdisziplinären und interprofessionellen Kreis auf höchstem Niveau bieten.

Die **Wiener Intensivmedizinischen Tage** sind eine Veranstaltungsreihe, die die Entwicklung der Intensivmedizin begleitet, beeinflusst und auch ganz wesentlich mitgestaltet hat. In vielen Bereichen der Intensivmedizin haben die WIT die Themenführerschaft übernommen, waren ein „Motor“ der Intensivmedizin. Dies gilt nicht für „medizinisch-fachliche“ Bereiche, sondern insbesondere auch für die „neuen Themen“ der Intensivmedizin, die „Soft Issues“, wie Fehler- und Qualitätsmanagement, wie Ethik, Fragen der Therapiebeendigung, der Patientenautonomie oder des Sterbens des Intensivpatienten.

Zu diesem 30. Jubiläum haben wir uns entschlossen, nicht wie bei den WIT üblich, ein Organsystem abzuhandeln, sondern ein bunteres Programm zusammenzustellen, was in den letzten 30 Jahren in der Intensivmedizin geschehen ist und wohin die nächsten 30 Jahre führen werden, nicht nur einen Rückblick zu machen, sondern zu diskutieren, wo wir stehen und wie es in Zukunft weitergehen wird. Offensichtlich können wir nicht die gesamte Intensivmedizin abdecken, sondern haben nur einige, derzeit besonders interessante Themen ausgewählt.

Wegen des großen Erfolges in den letzten Jahren beginnt die WIT 2012 wieder am Mittwoch, den 15. Februar 2012 mit einem „**ROOKIE-Seminar für ÄrztInnen**“ für intensivmedizinische Anfänger und alle akutmedizinisch Interessierte. Dieses Seminar steht unter der Devise „**Ich bin allein im Nachtdienst: Was soll ich tun? – Fälle – Probleme – Situationen**“ und ist eine fallorientierte, interaktive (mit Digi-Vote-System) Fortbildung mit strukturierten Therapieempfehlungen (Achtung: Beschränkte Teilnehmerzahl).

Auf vielfachen Wunsch und um den interdisziplinären Team-Charakter der WIT zu unterstreichen, wird ebenfalls am Mittwoch, den 15. Februar 2012 auch wieder ein „**ROOKIE-Seminar für Pflegende**“ abgehalten, also für Pflegende auf Intensivstationen und solchen, die es werden wollen. Dies steht unter der Devise „**Ich fang auf der Intensivstation an... Alltagssituationen aus verschiedenen Perspektiven betrachtet**“ und stellt eine problemorientierte Fortbildung dar (Achtung: Beschränkte Teilnehmerzahl).

Am Donnerstag, den 16. Februar 2012 wird traditionellerweise ein **gemeinsames Seminar für Pflegepersonen und ÄrztInnen** stattfinden. Dieses Seminar wird diesmal verschiedene Themenkreise abhandeln, „*30 Jahre Intensivmedizin*“, „*Wie würde ich mir eine Intensivstation wünschen*“, „*Patienten- und Personalzufriedenheit*“,

Vorwort

und nachmittags, „Aktuelle Kontroversen“ und „Prognose nach der Intensivstation“, also Themenbereiche, die für alle Berufsgruppen des Behandlungsteams von Interesse sind.

Ergänzend werden am Donnerstag, den 16. Februar 2012 sowohl **Workshops** („Die nicht-invasive Beatmung“, „Der schwierige Atemweg“, „Echokardiographie beim Akutpatienten“) als auch **Kurse** („Bronchoskopie an der Intensivstation“, „Die intraaortale Ballonpumpe“ und „Reanimation sowohl für ÄrztInnen als auch Pflegepersonen“) verbunden mit praktischen Übungen abgehalten.

In den Mittagspausen werden – um den praktisch-klinischen Aspekt der **WIT** zu betonen – als „**Intensiv-Quiz**“ geführte Sitzungen abgehalten, wobei interaktiv mit dem Publikum Diskussionen von speziellen intensivmedizinischen Problemen (Röntgen-Quiz, Fall-Quiz, Elektrolyt-Quiz, Neuro-Quiz, Beatmungs-Quiz) erfolgen.

Weiters werden in den Mittagspausen verschiedene von Firmen organisierte „**Lunch-Symposien**“ (geplant: „Analgesiedierung bei Interventionen“, „ECMO – eine intensivmedizinische Herausforderung“, „Umsetzung moderner Beatmungsstrategien in der Praxis“, „Fremdkörper-assoziierte Infektionen“, „Kooperative Sedierung mit Dexmedetomidin“, „Alternative Antikoagulation“ und andere) abgehalten.

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Therapieansätze, Berichte über klinische Erfahrungen und interessante Fallbeobachtungen aus dem gesamten Spektrum der Intensivmedizin werden in Posterdiskussionen mit Kurzvorträgen diskutiert. Wir ersuchen um **zahlreiche Einsendung von Abstracts / Kurzfassungen! (reduzierte Teilnahmegebühr für Poster-präsentierende Autoren)**

Wir hoffen, dass dieses spannende Themenspektrum der **Wiener intensivmedizinischen Tage 2012** Ihr Interesse finden wird und würden uns freuen, wenn Sie für eine interessante und lebhaftige Tagung nach Wien kommen werden.

Für die Veranstalter

Christian Madl

Wilfred Druml

Josefa Günthör

Claudia Mayer

Adelbert Bachlechner

www.intensivmedizin.at

Änderungen vorbehalten!

Anerkannt für das Fortbildungsdiplom der Österreichischen Ärztekammer
(27 Fortbildungsstunden) – (Rookieseminar/Workshops/Kurse extra)
und als empfohlene Fortbildung der Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin
(24 Fortbildungsstunden)

Anrechnung für Teilnehmer aus Deutschland: Einreichung der Teilnahme -
Bestätigung mit dem Hauptprogramm an die zuständige Landesärztekammer

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Gunter KLEINBERGER, Steyr
Prof. Dr. Rudolf RITZ, Basel
Prof. Dr. Hans-Peter SCHUSTER,
Hildesheim
Prof. Dr. Anton N. LAGGNER, Wien

Wissenschaftliche Organisation

Prof. Dr. Wilfred DRUML
Klinik für Innere Medizin III
Abteilung für Nephrologie/Akutdialyse
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Tel.: (+43/1) 402 36 66 oder 40 400-45 03
Fax: (+43/1) 40 400-45 43
e-mail: wilfred.druml@meduniwien.ac.at

Prim. Prof. Dr. Christian MADL
4. Medizinische Abteilung
KA Rudolfstiftung
Juchgasse 25, A-1030 Wien
e-mail: christian.madl@wienkav.at

Tagungssekretariat

KUONI | Destination
Management

Kuoni Destination Management
Austria GmbH
c/o WIT 2012
Lerchenfelder Gürtel 43/4/1, A-1160 Wien
Tel.: (+43/1) 319 76 90-57
Fax: (+43/1) 319 11 80
e-mail: wit2012@at.kuoni.com

Bankverbindung

„WIT 2012“
UniCredit Bank Austria AG
Nordbergstraße 13, A-1090 Wien
Konto Nr.: 09455 836 803, BLZ: 12000
IBAN: AT63 1100 0094 5583 6803
BIC: BKAUATWW

Wissenschaftliche Leitung

Prim. Prof. Dr. Kurt LENZ, Linz
Prof. Dr. Peter SUTER, Genf
Prof. Dr. Michael JOANNIDIS, Innsbruck
Prim. Prof. Dr. Christian MADL, Wien
Prof. Dr. Andreas VALENTIN, Wien

Organisation des Pflegeseminars

DGKP Adelbert BACHLECHNER
Klinik für Innere Medizin III
Intensivstation 13H1
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

DGKS Josefa GÜNTHÖR
KA Rudolfstiftung, Bereichsleitung
Juchgasse 25, A-1030 Wien

DGKS Claudia MAYER
AKH-Wien, Akut-Dialyse
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Tel.: (+43/1) 40 400-47 67

Fachausstellung, Inserate

MAW

Medizinische Ausstellungs- und
Werbe-gesellschaft
Freyung 6, A-1010 Wien
Tel.: (+43/1) 536 63-0
Fax: (+43/1) 535 60 16
e-mail: maw@media.co.at

Tagungsort

Allgemeines Krankenhaus (AKH)
Hörsaalzentrum (Ebene 7 und 8)
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien

Datum: 15. – 18. Februar 2012

Abstract-Deadline: 16. Dezember 2011

Das Endprogramm erscheint Mitte Jänner 2012 – Programmänderungen möglich

Mittwoch, 15. Februar 2012 Rookie-Seminar Ärzte Hörsaal 4

ÖGIAIM – SEMINAR – INTENSIVMEDIZIN
„ROOKIE Seminar“

„Ich bin allein im Nachtdienst: Was soll ich tun?“
Fälle – Probleme – Situationen

Fallorientierte, interaktive (mit Digi-Vote) Fortbildung und Lernprogramm für akutmedizinisch Interessierte, mit strukturierten Therapieempfehlungen

08.30 – 18.00 *Organisation:* PHILIP EISENBURGER UND WILFRED DRUML, Wien

Geplante Themen (Änderungen möglich):

8.30 Der Patient wird aggressiv: Was tun?
Fieber, Flankenschmerz...
Hirn-Blutung bei Marcoumar-Überdosierung:
Wie antagonisieren?

Kaffee-Pause

10.30 Leberpatient mit Enzephalopathie
Eine krampfende Patientin in der 24. SSW....
Ein mangelernährter Patient mit Atemstillstand

Mittagspause

14.00 Patient mit COPD: Ich bekomme das CO₂ nicht herunter
Kopfschmerz in der Notaufnahme: gleich ins CT?
Zuviel Volumen ist schlecht: Wie steuere ich das?

Kaffee-Pause

16.00 Dyspnoe an der offenen Station: Initialmanagement
Der Patient hat 15 Medikamente: Interaktionen
Vorhofflimmern nach Herzklappenoperation

Ende ROOKIE-Seminar um etwa 18.00 Uhr

Getrennte Anmeldung erforderlich

TEILNAHMEGEBÜHR: € 60,-/75,- vor/nach 13. 01. 2012

Mit Lernunterlagen, Essensbons für AKH-Speisesaal

Anerkannt für das Fortbildungsprogramm der ÖAK (8 DFP-Punkte)

Anmeldung ausschließlich über Internet
www.intensivmedizin.at bzw. wit2012@at.kuoni.com

Achtung: Beschränkte Teilnehmerzahl!

Mittwoch, 15. Februar 2012 Rookie-Seminar Pflege Hörsaal 5

ÖGIAIM – Arbeitsgemeinschaft für Intensivpflege
„ROOKIE Seminar für Pflegepersonen“

„Ich fang auf der Intensivstation an... Alltagssituationen aus verschiedenen Perspektiven betrachtet“

Fortbildung für Intensivpflegepersonen und solchen die es werden wollen.

Organisation: CLAUDIA MAYER UND ADELBERT BACHLECHNER, Wien

Geplante Themen (Änderungen möglich):

8.30 Die richtige Dosis Beatmung als Schritt zum erfolgreichen Weaning? (Teil 1)

Vom richtigen Zeitpunkt der Intubation, über eine patientenorientierte Beatmung...

(Atemgasmanagement, Erwärmen, Beleuchtung, PEEP, ...)

Kaffee-Pause

10.30 Die richtige Dosis Beatmung als Schritt zum erfolgreichen Weaning? (Teil 2)

...zum richtigen Zeitpunkt der geplanten Extubation (Weaningprotokolle, Physiotherapie, ...)

Mittagspause

14.00 Sedierung und Analgesierung

Wann Sedierung, wann Analgesie? : Neue Konzepte
Überwachung und Messung: Scores / Skalen
Integration in den Pflegealltag?

Kaffee-Pause

16.00 Infusionstherapie/Ernährungskonzepte in der Intensivmedizin

Wann welche Infusionstherapie?

Wie viel Ernährung braucht der Patient, wie viel bekommt er tatsächlich?

Enterale / Parenterale Ernährung – wann, was und wie viel?

Ballaststoffe / Vitamine und Elektrolyte?

Ende ROOKIE-Seminar um etwa 17.45 Uhr

Getrennte Anmeldung erforderlich – Achtung: Beschränkte Teilnehmerzahl!

TEILNAHMEGEBÜHR: € 40,-/€ 50,- (vor/nach dem 13. 1. 2012)

Mit Essensbons für AKH-Speisesaal

Anmeldung ausschließlich über Internet

www.intensivmedizin.at bzw. wit2012@at.kuoni.com

Donnerstag, 16. Februar 2012

Seminar

Hörsaal 1

**Gemeinsames Seminar
für Pflegepersonen und ÄrztInnen**

08.45 – 18.15 *Organisation:* JOSEFA GÜNTHÖR UND ADELBERT BACHLECHNER, Wien

08.45 – 10.30 **30 Jahre Intensivmedizin und wo liegt die Zukunft...**

30 Jahre Intensivmedizin und wie es weitergeht...

...aus dem Erleben eines Intensivisten

KURT LENZ, Linz

...aus der Erfahrung einer Intensivschwester

JOSEFA GÜNTHÖR, Wien

Akutmedizin im moderne Krankenhaus:

was wären optimale Strukturen?

ANDREAS VALENTIN, Wien

11.00 – 12.30 **Wie würden wir uns eine Intensivstation wünschen:**

Wie würde ich mir selbst eine Intensivstation wünschen?

...aus ärztlicher Sicht

MICHAEL HIESMAYR, Wien

...aus Sicht der Pflege

MARKUS WOHLMANNSTETTER, Wien

Patientenzufriedenheit: Was ist entscheidend?

RENATE SCHRAML, Linz

Personalzufriedenheit: Von der Intensivstation in die Pension?

ADELBERT BACHLECHNER, Wien

12.30 – 14.00 *Mittagspause und Mittagsveranstaltungen*

Donnerstag, 16. Februar 2012

Seminar

Hörsaal 1

**Gemeinsames Seminar
für Pflegepersonen und ÄrztInnen**

14.00 – 16.00 **Aktuelle intensivmedizinische Kontroversen:
Wieder alles anders?**

Volumen schadet: Auch schlecht im Schock?
MICHAEL JOANNIDIS, Innsbruck

Parenterale Ernährung: Nach EPaNIC endgültig veraltet...?
WILFRED DRUML, Wien

Erhöhen Katecholamine die Mortalität?
UWE JANSSENS, Eschweiler

Onkologische Patienten an der Intensivstation:
Vorurteile versus Daten
PETER SCHELLONGOWSKI, Wien

16.30 – 18.00 **Leben nach der Intensivstation – Ethik**

Langzeitprognose nach Intensivstation:
Nachher ist nix mehr wie vorher?
THOMAS BEIN, Regensburg

Patiententagebuch als Mittel zur Rückkehr ins Leben
PETER NYDAHL, Kiel

Ende-des-Lebens-Entscheidungen haben nichts
mit Euthanasie zu tun!
WILFRED DRUML, Wien

Änderungen vorbehalten

Donnerstag, 16. Februar 2012

12.40 – 13.45

12.40 – 13.45

Mittagsveranstaltungen

Intensiv-Quiz I (Respirator – Quiz)

Was ist Ihre Diagnose, wie würden Sie behandeln?

„Interpretation von Beatmungskurven am Respirator“

Moderator: GEORG-CHRISTIAN FUNK, Wien

(gemeinsam mit den Zuhörern interaktive Diskussion [DigiVote]
von Beatmungskurven am Respirator bei Intensivpatienten)

Intensiv-Quiz II (Röntgen - Quiz)

Was ist Ihre Diagnose, wie würden Sie behandeln?

„Röntgen-Diagnostik bei Intensivpatienten“

Moderator: WOLFGANG SCHIMA, Wien

(gemeinsam mit den Zuhörern interaktive Diskussion [Digi-Vote]
von interessanten Röntgen/CT/US-Befunden)

Donnerstag, 16. Februar 2012

12.40 – 13.45

12.40 – 13.45

Mittagsveranstaltungen

Lunch-Seminar

„Analgosedierung auf der Intensivstation“

Organisation und Moderation: CHRISTIAN MADL, Wien

Lunch-Seminar

„ECMO – eine intensivmedizinische Herausforderung“

Einführung und Moderation: GOTTFRIED LOCKER, Wien

Organisation und Unterstützung durch die Firma

Maquet

MAQUET

Lunch-Seminar

„Alternative Antikoagulation bei Intensivpatienten“

Moderation: DIETMAR FRIES, Innsbruck

Organisation und Unterstützung durch die Firma

Mitsubishi

 **Mitsubishi**

Donnerstag, 16. Februar 2012

14.00 – 18.00

Workshop I: Die nicht-invasive Beatmung

Beatmungsmethode der ersten Wahl an der Intensivstation?

Organisation: SONJA ANDERS, GEORG-CHRISTIAN FUNK,
INGRID SCHMIDT, Wien und PETER SCHENK, Grimmenstein

Ausbildungsinhalte:

Einführung und Grundlagen, Maskentechniken,
Heraus- (An-)forderungen an die Pflege, Gerätetypen,
Kriterien für den Erfolg der NIV bei ARF, Monitoring,
Praxis der NIV bei verschiedenen Indikationen

Praktische Übungen an NIV-Geräten („Hands-on-Workshop“)

WORKSHOP-GEBÜHR: *vor 20. 1. 2012:* EUR 40,- *nach 20. 1. 2012:* EUR 50,-

Workshop II: Echokardiographie beim Akutpatienten

Organisation: GERHARD KRONIK, Krems/ Donau

Ausbildungsinhalte:

Symptomorientierte Differentialdiagnose mittels
Echo bei Schock, Brustschmerz, Dyspnoe
Beurteilung der Hämodynamik

Interaktive Diskussion an Fallbeispielen mittels Digi-Vote

WORKSHOP-GEBÜHR: *vor 20. 1. 2012:* EUR 40,- *nach 20. 1. 2012:* EUR 50,-

Donnerstag, 16. Februar 2012

14.00 – 18.00

Workshop III: Der schwierige Atemweg

Organisation: MICHAEL FRASS, Wien

Der schwierige Atemweg – Gestern, Heute, Morgen

Larynxmaske

Retrograde Intubation

Laryngoskope, Fiberoptik und Stilette

Erfahrungen mit dem GlideScope Videolaryngoskop

Koniotomie

Combitube

Cobra, Larynx-tubus, Easytube

AirMan

Mit praktische Übungen an Intubationstrainern und Patientensimulatoren (AirMan); „Hands-on-Workshop“ (LMA, optische Laryngoskope, Retrograde Intubation, Koniotomie, Combitube, Larynx-tubus, Easytube, AirMan/SimMan)

WORKSHOP-GEBÜHR: *vor 20. 1. 2012:* EUR 40,- *nach 20. 1. 2012:* EUR 50,-

Workshops anerkannt für das Fortbildungsprogramm der ÖÄK
(jeweils 5 DFP-Punkte)

Donnerstag, 16. Februar 2012

14.00 – 18.00

KURSE 1–3

- Beachte:**
- m z. T. sehr beschränkte Teilnehmerzahl!!
(frühzeitige Anmeldung empfehlenswert)
 - m z. T. nur für Fortgeschrittene
 - m getrennte Anmeldung erforderlich
 - m nur für Teilnehmer an den WIT 2012
 - m theoretische Einführung
 - m z. T. mit praktischen Übungen am Phantom
 - m z. T. mit Schulungsunterlagen

K1 Bronchoskopie an der Intensivstation

Tutoren: GEORG-CHRISTIAN FUNK, MARTIN RÖGGLA, Wien; PETER SCHENK, Grimmenstein, GEORG RÖGGLA, Neunkirchen und KARIN VONBANK, Wien

Ausbildungsinhalte:

Intrapulmonale Blutungen, Atelektasen,
Fremdkörper, fiberoptische Intubation,
Inhalationstrauma, Bronchiallavage,
transbronchiale Biopsie

Demonstrationen und Training an der Puppe

Mit freundlicher Unterstützung der Firma

Reinhard Di Lena GmbH
Exklusiver Repräsentant für Fujinon Endoskope & Zubehör

FUJINON
FUJIFILM

KURSGEBÜHR: vor 20. 1. 2012: EUR 40,-

nach 20. 1. 2012: EUR 50,-

Donnerstag, 16. Februar 2012

14.00 – 18.00

K2 Die intraaortale Ballonpumpe

Organisation: GOTTFRIED HEINZ, ANDREA LASSNIGG
und HERBERT RIEGELNEGG, Wien

Ausbildungsinhalte:

Grundlagen, Prinzip, Indikationen und Anwendung,
Anlage, Inbetriebnahme, Triggerung, Troubleshooting

Praktische Übungen an der Ballonpumpe („Hands-on-Workshop“)

Mit freundlicher Unterstützung der Firma

Novomed



Teilnahme frei

K3: Reanimation für Ärzte, Pflegepersonen und Rettungssanitäter

Organisation: MARTIN FROSSARD und CHRISTIAN WALLMÜLLER, Wien

Reanimationsübungen in Kleingruppen am
computergesteuerten Phantom

Beachte:

Dieser Kurs wird anerkannt als Refresher-Kurs zur Rezertifizierung für Notärzte nach § 40/3 Ärztegesetz, wenn während der WIT 2012 **zusätzlich** bestimmte Veranstaltungen nachweislich besucht werden (diese Veranstaltungen werden im Endprogramm mit * gekennzeichnet sein).
Eine eigene Anwesenheitsliste wird aufliegen

KURSGEBÜHR: vor 20. 1. 2012: EUR 50,-

nach 20. 1. 2012: EUR 70,-



Fortecortin

Das Dexamethason

Solu-Dacortin

Das Prednisolon

Aprednison

Das orale Prednisolon

Die 3 Säulen einer Cortison-Therapie

www.medizinpartner.at

Freitag, 17. Februar 2012

8.45 – 12.20

Hörsaal 1

08.45 – 12.20 **30 Jahre WIT, 30 Jahre Intensivmedizin
und die Zukunft...**

Einführung: 30 Jahre WIT = 30 Jahre Intensivmedizin

WILFRED DRUML, Wien

30 Jahre Intensivmedizin – wie es war und wie es weitergeht

PETER SUTER, Genf

Die großen Flops – und die Wiederauferstandenen

CHRISTIAN MADL, Wien

Das Problem der Intensivstudien:

Je mehr Daten, desto weniger Evidenz

MICHAEL JOANNIDIS, Innsbruck

10.30 – 11.00 *Kaffee-Pause*

11.00 – 12.15

**Inflammation – Sepsis –
„Goal-directed“ Therapie**

Inflammation: Die Grundsituation des Intensivpatienten

HERWIG GERLACH, Berlin

Sepsis: Die persistierende Herausforderung

FRANK BRUNKHORST, Jena

„Early goal directed“ schön und gut: Aber was sind die Goals?

MARTIN DÜNSER, Salzburg

12.15 – 14.00 *Mittagspause und Mittagsveranstaltungen*



Perioperatives Gerinnungsmanagement

Gezielt in die Gerinnung eingreifen

Haemocompletan® P - Fibrinogen-Konzentrat

Beriplex® P/N - Prothrombinkomplex-Konzentrat

Kybernin® P - Antithrombin-III-Konzentrat

Fibrogammin® P - Faktor-XIII-Konzentrat

Biotherapies for Life™ **CSL Behring**

Freitag, 17. Februar 2012

12.40–13.45

12.40 – 13.45

Mittagsveranstaltungen

Intensiv-Quiz III (Beatmungs-Quiz)

Was ist Ihre Diagnose, wie würden Sie behandeln?

„Beatmungs-Probleme beim Intensivpatienten“

Moderator: WOLFGANG OCZENSKI, Wien

(gemeinsam mit den Zuhörern interaktive Diskussion von
Beatmungs-Problemfällen)

Intensiv-Quiz IV (Hämodynamik-Quiz)

Was ist Ihre Diagnose, wie würden Sie behandeln?

„Kreislaufstabilisierung beim Intensivpatienten“

Moderator: STEFAN DUNZENDORFER, Innsbruck

(gemeinsam mit den Zuhörern interaktive Diskussion von
intensivmedizinischen Gerinnungs-Problemfällen)

Freitag, 17. Februar 2012

12.40 – 13.45

12.40 – 13.45

Mittagsveranstaltungen

Lunch-Seminar

„Fremdkörper-assoziierte Infektionen“

Referent: WOLFGANG GRANINGER, Wien

Organisation und Unterstützung :

Novartis



Lunch-Seminar

„Kooperative Sedierung – hält Dexmedetomidin was es verspricht?“

Organisation und Unterstützung :

Orion



Freitag, 17. Februar 2012

14.00 – 18.15

Hörsaal 1

14.00 – 16.00

Beatmung

30 Jahr Beatmung: So sanft und spontan wie möglich
CHRISTIAN PUTENSEN, Bonn

Supportive ARDS-Therapie:
Was ist geblieben, was könnte kommen?
MICHAEL QUINTEL, Göttingen

ECMO : Renaissance einer Therapie?
THOMAS STAUDINGER, Wien

CO₂-Elimination bei COPD: HF-Katheter statt Tubus?
SIMONE ROSSEAU, Berlin

15.45 – 16.15 *Kaffee-Pause*

16.30 – 18.15

Niere – Infusionstherapie

Prävention des ANV: Nix ist geblieben, nicht einmal Volumen?
MICHAEL JOANNIDIS, Innsbruck

Nierenersatztherapie auf der Intensivstation: Wieder alles offen?
STEFAN JOHN, Erlangen

Glycocalix: Ein therapeutisches Target der Infusionstherapie?
DANIEL CHAPPELL, München

Kolloide gehen - Albumin kommt?
CHRISTIAN WIEDERMANN, Bozen

Samstag, 18. Februar 2012

Hörsaal 1

08.25 – 10.15

Notfall – Kardiologie

„Early“: Die goldene Stunde in der Notfallaufnahme
MICHAEL CHRIST, Nürnberg

„Keep cool“: schon präklinisch?
MICHAEL HOLZER, Wien

Was ist gefährlicher: Hypoxie oder eher Hyperoxie?
MARCO MAGGIORINI, Zürich

Mechanische/pharmakologische Therapie des Kardiogenen Schocks: Wieder alles anders?
ALEXANDER GEPPERT, Wien

10.15 – 10.45 Kaffee-Pause

11.00 – 12.30

Leber – Ernährung

Die Leber des Intensivpatienten: Täter und Opfer
VANESSA STADLBAUER-KÖLLNER, Graz

Ischämische Hepatitis/ Schockleber: Ein unterschätztes Syndrom
VALENTIN FUHRMANN, Wien

Glukosekontrolle: Von der Variabilität zur Komplexizität
ULRIKE HOLZINGER, Wien

Der Intensivpatient: Ein Vitamin-D Mangelwesen?
KARIN AMREIN, Graz

12.30 – 14.00 Mittagspause

Samstag, 18. Februar 2012

12.40 – 13.45

12.40 – 13.45

Mittagsveranstaltungen

Intensiv-Quiz V (Elektrolyt-Quiz)

Was ist Ihre Diagnose, wie würden Sie behandeln?

„Elektrolyt-Problemfälle an der Intensivstation“

Moderator: KARL-HEINZ SMOLLE, Graz

(gemeinsam mit den Zuhörern interaktive Diskussion von Elektrolyt-Problemfällen an der Intensivstation)

Intensiv-Quiz VI (Neuro-Quiz)

Was ist Ihre Diagnose, wie würden Sie behandeln?

„Neurologische Problemfälle an der Intensivstation“

Moderator: MARTIN SOJER, Innsbruck

(gemeinsam mit den Zuhörern interaktive Diskussion von neurologischen Fragestellungen anhand von Fällen)

Lunch-Seminar

„Umsetzung moderner Beatmungsstrategien in der Praxis“

Moderation: CHRISTOPH HÖRMANN, St. Pölten

Inhalte: Protektive Beatmung, Recruitment Manöver, PEEP-Optimierung

Mit freundlicher Unterstützung der Firma

Dräger

The logo for Dräger, consisting of the word "Dräger" in a bold, blue, sans-serif font.

Samstag, 18. Februar 2012

14.00 – 15.45

Hörsaal 3

14.00 – 15.45 Die (neuen) Infektionen des Intensivpatienten

Die (neuen) Problemkeime des Intensivpatienten
HEINZ BURGMANN, Wien

Antibiotika-Therapie: PCT zur Therapiesteuerung?
BEAT MÜLLER, Aarau

Hat das postantibiotische Zeitalter begonnen?
Zum Stellenwert von Antibiotika in der Intensivtherapie.
TOBIAS WELTE, Hannover

Pilze: eine steigende Bedrohung?
STEFAN KLUGE, Hamburg

Ende der WIT 2012 gegen 15.45 Uhr

visit our website: www.intensivmedizin.at



FASIM

Anerkannt für das Fortbildungsdiplom der Österreichischen Ärztekammer
(27 Fortbildungsstunden) – (Rookieseminar/Workshops/Kurse extra)
und als empfohlene Fortbildung der Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin
(24 Fortbildungsstunden)

Anrechnung für Teilnehmer aus Deutschland: Einreichung der Teilnahme -
Bestätigung mit dem Hauptprogramm an die zuständige Landesärztekammer

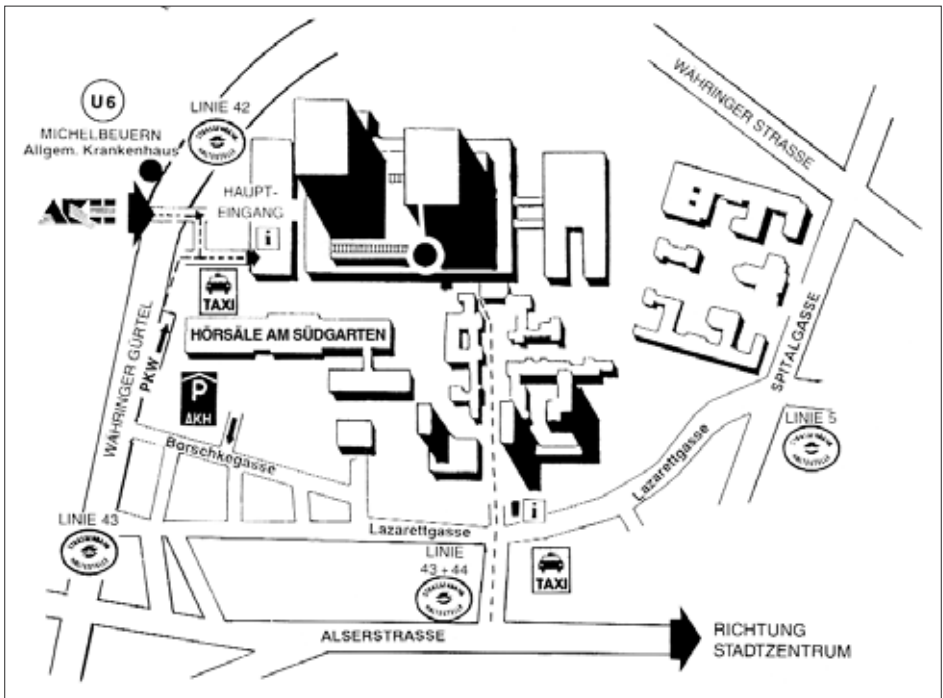
Tagungsort:

Allgemeines Krankenhaus Wien – Universitätskliniken
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Hörsaalzentrum

Ebene 7+8 (Fahrsteige bzw. blaue Lifte)

Parkplätze in der AKH-Tiefgarage



**Ins AKH kommen Sie mit
öffentlichen Verkehrsmitteln:**

- ✗ U-Bahn: Station Michelbeuern-AKH
- ✗ Buslinie 37 A
- ✗ Straßenbahnlinie 5

Im AKH orientieren Sie sich:

- ✗ In der Eingangshalle / Portier
- ✗ Über die Beschilderung / Hörsaalzentrum
- ✗ Über die Farben im Haus: blau-rot-grün
- ✗ Mit Hilfe aller Mitarbeiter

Allgemeine Informationen

Anmeldung (siehe beiliegendes Anmeldeformular)

Anmeldung **online** unter www.intensivmedizin.at empfohlen.

Die Teilnehmer werden gebeten, das beiliegende Anmeldeformular deutlich und leserlich in Blockbuchstaben auszufüllen. Die Anmeldung wird nach Eingang des Gesamtbetrages bestätigt.

Teilnahmegebühren (Hauptprogramm, inkl. Seminare):

	Bezahlung vor 16. 1. 2012	Bezahlung nach 16. 1. 2012
Mitglieder*	€ 80,-	€ 110,-
Nichtmitglieder**	€ 100,-	€ 120,-
Pflegepersonen, Studenten	€ 50,-	€ 60,-
Tageskarten		€ 60,-
Poster-präsentierende Autoren		€ 60,-

* der ÖGIAIM und Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

** Bei Bezahlung von € 90,- bzw. € 120,- ist ein gleichzeitiger Beitritt mit Befreiung vom Mitgliedsbeitrag 2012 zur ÖGIAIM möglich

Die Teilnahmegebühr beinhaltet folgende Leistungen:

- 7 Teilnahme am wissenschaftlichen Programm
- 7 Kongressdokumente, Abstract-Band, Namensschild
- 7 Zutritt zur umfangreichen Industrieausstellung
- 7 Kaffeepausen und Mittagslunch

Seminargebühr *Mittwoch, 15. Februar 2012*

ÖGIAIM-Seminar – Intensivmedizin „ROOKIE-Seminar“

vor 13. 1. 2012: € 60,- nach 13. 1. 2012: € 75,-

ÖGIAIM-Seminar – „ROOKIE-Seminar für Pflegepersonal“

vor 13. 1. 2012: € 40,- nach 13. 1. 2012: € 50,-

Seminargebühr *Donnerstag, 16. Februar 2012* = Tageskarte € 60,-

Gemeinsames Seminar für Pflegepersonen und ÄrztInnen

(für registrierte Teilnehmer des Hauptprogrammes **FREE!**)

Workshop- und Kursgebühren

(jeweils unabhängig von der Teilnahmegebühr für das Hauptprogramm zu entrichten)

	<i>Bezahlung vor 16. 1. 2012</i>	<i>Bezahlung nach 16. 1. 2012</i>
W1 Die nicht-invasive Beatmung	€ 40,-	€ 50,-
W2 Echokardiographie beim Akutpatienten	€ 40,-	€ 50,-
W3 Der schwierige Atemweg	€ 40,-	€ 50,-
K1 Bronchoskopie an der Intensivstation	€ 40,-	€ 50,-
K2 Die intraaortale Ballonpumpe	frei	frei
K3 Perkutane Tracheotomie	€ 40,-	€ 50,-
K4 Reanimation für Ärzte, Pflegepersonen und Rettungssanitäter	€ 50,-	€ 70,-

Zahlungsmöglichkeiten

Alle Zahlungen sind in Euro ohne Abzüge und Spesen zu tätigen. Wir ersuchen Sie höflichst, mittels Kreditkarte auf beiliegendem Anmeldeformular zu bezahlen oder die Überweisung an unser Kongresskonto

„WIT 2012“

UniCredit Bank Austria AG

Nordbergstraße 13, A-1090 Wien

Konto Nr.: 09455 836 803, BLZ: 12000

IBAN: AT63 1100 0094 5583 6803, BIC: BKAUATWW

zu tätigen; Ihre Anmeldung wird nach Eingang des Gesamtbetrages bestätigt.

Stornierungskonditionen

Im Falle einer Stornierung bis 27. Jänner 2012 werden Ihnen 80% der Teilnahmegebühr zurückerstattet. Stornierungen nach dem 27. Jänner 2012 können nicht rückvergütet werden. Stornierungen sind nur schriftlich (e-mail) möglich.

Industrieausstellung

Gleichzeitig zur WIT 2012 findet eine begleitende repräsentative Firmenausstellung statt. Durchführung:

Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft

Freyung 6, A-1010 Wien

Tel.: (+43/1) 536 63-48, Fax: (+43/1) 535 60 16

e-mail: maw@media.co.at, www.maw.co.at

Kongress-Sprache

Die offizielle Kongress-Sprache ist Deutsch.

Vortragsanmeldung

Für die Abfassung Ihres Abstracts verwenden Sie bitte beiliegendes Abstract-Formular. Bitte beachten Sie genau die angegebenen Richtlinien.

Einsendeschluss: 16. Dezember 2011

Einsendung per e-mail (zu bevorzugen!): wilfred.druml@meduniwien.ac.at

Einsendung per Fax: (+43/1) 40 400-45 43

Einsendung per Post: Wissenschaftliches Sekretariat
Prof. Dr. W. Druml
Klinik für Innere Medizin III
Abteilung für Nephrologie / Akutdialyse
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

Beachte! Poster-präsentierende Autoren: reduzierte Teilnahmegebühr € 60,-

Technik

Alle Hörsäle und Kursräume sind mit Notebook/PC (mit Win XP und Office 2007) und Datenprojektor ausgestattet. Mac-User bitte mit eigenem Notebook. Bitte die Powerpoint-Präsentationen zwei Stunden vor Beginn der jeweiligen Sitzung abgeben.

In den Hörsälen finden Sie am Rednerpult einen großflächigen Taster zum Abrufen Ihrer Folien/Animationen vor. Für die Redner steht eine Faculty-Lounge zur Verfügung, wo die Präsentationen überarbeitet werden können (Kursraum 11).

Hauptprogramm

Das Hauptprogramm ist Mitte Jänner 2012 verfügbar und wird allen vorregistrierten Teilnehmern, sowie den Referenten und Vorsitzenden zugesendet.

Programmänderungen möglich.

visit our website: www.intensivmedizin.at

Änderungen vorbehalten



„Der Mensch im Mittelpunkt“

44. Gemeinsame Jahrestagung

06. - 09. Juni 2012
Köln

Deutsche Gesellschaft für Internistische
Intensivmedizin und Notfallmedizin

Österreichische Gesellschaft für
Internistische und
Allgemeine Intensivmedizin

Themenschwerpunkte

Ethik
Struktur und Qualität der Intensivmedizin
Risiko- und Fehlermanagement
Kostenfragen
Kommunikation
Angehörige
Umsetzung der Leitlinien
Pro-Kontra Sitzungen zu umstrittenen Themen
Hygiene auf der Intensivstation
Nierenersatztherapie
Herzrhythmusstörungen
Antikoagulation
Der alte Intensivpatient
Neurologische Probleme
Nosokomiale Infektionen
ARDS und ALI
Gastroenterologische Probleme
Bildgebung in der Intensivmedizin
Notfallaufnahme: die ersten 24 Stunden
SOP's in der Intensivmedizin
Organversagen – Organersatztherapie
Intoxikation
Infektiologie
Berufliche Perspektiven in der Intensivmedizin
Burn-Out in der Intensivmedizin

Tagungspräsident

Prof. Dr. med. Uwe Janssens

St. Antonius-Hospital

Innere Medizin 1

Dechant-Deckers-Str. 8

52249 Eschweiler

uwe.janssens@sah-eschweiler.de

Tagungssekretär

Dr. med. Andreas Niedeggen

St. Antonius Hospital

Innere Medizin 1

Dechant-Deckers-Str. 8

52249 Eschweiler

andreas.niedeggen@sah-eschweiler.de

Veranstalter

Aey Congresse GmbH

dgiin2012@aey-congresse.de

www.aey-congresse.de

**Anmeldung und weitere Informa-
tionen ab November 2011 unter:**

[https://www.aey-congresse.com/
dgiin2012](https://www.aey-congresse.com/dgiin2012)



Fortecortin® 4 mg-Tabletten. Fortecortin® 8 mg-Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Fortecortin® 4 mg-Tabletten: Jede Tablette enthält 4 mg Dexamethason. Fortecortin® 8 mg-Tabletten: Jede Tablette enthält 8 mg Dexamethason. **Anwendungsgebiete:** Dexamethason ist in indikations- und substanzabhängiger Dosierung bei allen Krankheiten angezeigt, die auf eine systemische Glukokortikoidtherapie ansprechen. – Hirnödem (ausgelöst durch Hirntumor); – Schädel-Hirn-Trauma; – Intrazerebrale Blutung; – Neurochirurgische Eingriffe; – Hirnabzess; – Zerebraler Insult; – Enzephalitis oder Meningoenzephalitis; – Akute Schübe einer fortschreitend chronischen Polyarthritis; – Akuter Asthmaanfall, Status asthmaticus; – Anfangsbehandlung einer akuten Erythrodermie; – Anfangsbehandlung eines Pemphigus vulgaris; – Anfangsbehandlung akuter Ekzeme; – Aktive Phasen der Sarkoidose; – Colitis ulcerosa; – Schwere Infektionskrankheiten (in Verbindung mit Antibiotika); – Palliativtherapie maligner Tumoren; – Prophylaxe und Therapie von Zytostatika-induziertem Erbrechen. **Gegenanzeigen:** – Überempfindlichkeit gegen Dexamethason oder einen der sonstigen Bestandteile von Fortecortin®-Tabletten; – Systemische Mykosen. Fortecortin®-Tabletten dürfen bei länger dauernder Anwendung, die über die Notfalltherapie und die Substitution hinausgeht, nicht angewendet werden, wenn folgende Krankheiten bestehen: – Gastrointestinale Ulcera; – Höhergradige Osteoporosen; – Schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis); – Virosen (z.B. Herpes simplex und Herpes zoster (virämische Phase), Varicellen, Poliomyelitis (mit Ausnahme der bulbärecephalitischen Form)); – HBsAG-positive chronisch aktive Hepatitis; – Rosazea; – Ca. 8 Wochen vor bis 2 Wochen nach Schutzimpfungen; – Lymphome nach Tuberkuloseimpfung (BCG); – Eng- und Weitwinkelglaukom. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Fluorierte Glukokortikoide, ATC-Code: H02AB02. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Magnesiumstearat, Saccharose, Crospovidon, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose. Lactose-Monohydrat. **Stand der Information:** September 2006

Fortecortin® 4 mg-Ampullen. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Ampulle (1 ml) enthält 4,37 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat Dinatriumsalz entsprechend 4 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 0,5 mg Dinatriumedetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. **Anwendungsgebiete:** 1. Systemische Anwendung: Fortecortin® 4 mg-Ampullen werden häufig im Anschluss an eine hochdosiert eingeleitete Notfalltherapie eingesetzt: – Behandlung und Prophylaxe eines Hirnödems bei Hirntumoren (post-operativ und nach Röntgenbestrahlung) und nach Rückenmarkstraumen. – Anaphylaktische Schockzustände (z.B. Kontrastmittelzwischenfall) in Kombination mit Adrenalin, Antihistaminika und entsprechender Volumensubstitution (cave Mischspritze). – Hypovolämischer und polytraumatischer Schock, der nicht allein auf Volumensubstitution, Sauerstoffzufuhr und Korrektur der Azidose anspricht (Prophylaxe der Schocklunge). – Status asthmaticus (unbedingt simultan mit Sympathomimetika). – Akute schwere Dermatosen (z.B. Pemphigus vulgaris, Erythrodermie, Lyell-Syndrom). – Schwere Blutkrankheiten (z.B. akute thrombozytopenische Purpura, hämolytische Anämien, Leukämien). – Akute Nebennierenrindensuffizienz (Addison-Krise). 2. Lokale Anwendung: – Periartikuläre und infiltrative Therapie z.B. bei Periarthritus humeroscapularis, Epikondylitis, Bursitis, Tendovaginitis, Styloiditis. – Intraartikuläre Injektion z.B. bei rheumatischer Arthritis, wenn Einzelgelenke befallen sind oder nur ungenügend auf eine Allgemeinbehandlung reagieren, entzündlichen Begleitreaktionen bei Arthritis deformans. – Subkonjunktivale Injektion z.B. bei Konjunktivitis, Skleritis, Iridozyklitis, (cave Glaukom). **Gegenanzeigen:** – Überempfindlichkeit gegen Dexamethason oder einen der sonstigen Bestandteile von Fortecortin®; – Systemische Mykosen. Die intraartikuläre Injektion ist kontraindiziert bei: – Infektionen innerhalb oder in unmittelbarer Nähe des zu behandelnden Gelenks; – Bakteriellen Arthritiden; – Instabilität des zu behandelnden Gelenks; – Blutungsneigung (spontan oder durch Antikoagulantien); – Periartikulärer Kalzifikation; – Nicht vaskularisierter Knochennekrose; – Sehnenruptur; – Charcot-Gelenk. Die Infiltration ohne kausale Zusatzbehandlung ist bei Infektionen im Anwendungsbereich kontraindiziert, ebenso die subkonjunktivale Anwendung bei virus-, bakterien- und mykosebedingten Augenerkrankungen sowie Verletzungen und ulzerösen Prozessen der Hornhaut. Bei längerdauernder Glukokortikoid-Anwendung, die über die Notfalltherapie und die Substitution hinausgeht, gelten die Gegenanzeigen einer systemischen Kortikoid-Therapie: – Gastrointestinale Ulcera; – Höhergradige Osteoporosen; – Schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis); – Virosen (z.B. Herpes simplex und Herpes zoster (virämische Phase), Varicellen, Poliomyelitis (mit Ausnahme der bulbärecephalitischen Form)); – HBsAG-positive chronisch aktive Hepatitis; – Rosazea; – Ca. 8 Wochen vor bis 2 Wochen nach Schutzimpfungen; – Lymphome nach Tuberkuloseimpfung (BCG); – Eng- und Weitwinkelglaukom; – Bei den unter 2. angeführten Anwendungsgebieten sind in jedem Fall die Risiken gegen den zu erwartenden Nutzen abzuwägen. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Fluorierte Glukokortikoide, ATC-Code: H02AB02. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Dinatriumedetat Dihydrat, Kreatinin, Natriumcitrat, Natronlauge, Wasser für Injektionszwecke. **Stand der Information:** April 2008

Fortecortin® 40 mg-Ampulle. Fortecortin® 40 mg-Spritzampulle. Fortecortin® 100 mg-Ampulle. Fortecortin® 100 mg-Spritzampulle. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Fortecortin® 40 mg-Ampulle: 1 Ampulle (5 ml) enthält 43,72 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat Dinatriumsalz entsprechend 40 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 2,5 mg Dinatriumedetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. Fortecortin® 40 mg-Spritzampulle: 1 Spritzampulle (5 ml) enthält 43,72 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat Dinatriumsalz entsprechend 40 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 2,5 mg Dinatriumedetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. Fortecortin® 100 mg-Ampulle: 1 Ampulle (10 ml) enthält 109,3 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat Dinatriumsalz entsprechend 100 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 5 mg Dinatriumedetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. Fortecortin® 100 mg-Spritzampulle: 1 Spritzampulle (10 ml) enthält 109,3 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat Dinatriumsalz entsprechend 100 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 5 mg Dinatriumedetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. **Anwendungsgebiete:** 1. Pharmakodynamische Therapie von Notfällen. Eine Reihe akuter lebensbedrohender Zustände können durch hohe intravenöse Gaben von Fortecortin® in Kombination mit pathogenetisch adäquaten Maßnahmen entscheidend beeinflusst oder überwunden werden. Dazu gehören besonders: – Behandlung und Prophylaxe eines Hirnödems bei Hirntumoren (postoperativ und nach Röntgenbestrahlung) und nach nach Rückenmarkstraumen. – Anaphylaktische Schockzustände (z.B. Kontrastmittelzwischenfall) in Kombination mit Adrenalin, Antihistaminika und entsprechender Volumensubstitution (cave Misch spritze); – Hypovolämischer und polytraumatischer Schock, der nicht allein auf Volumensubstitution, Sauerstoffzufuhr und Korrektur der Azidose anspricht (Prophylaxe der Schocklunge); – Status asthmaticus (unbedingt simultan mit Sympathomimetika); – Glottisödem; – Quincke-Ödem; – Lungenödem infolge Inhalation oder Aufnahme toxischer Substanzen (z.B. Chlorgase, Paraquat, Isocyanid, Schwefelwasserstoff, Phosgen, Nitrosegase). Wenn möglich, sollten außerdem frühzeitig hohe Dosen von Glukokortikoiden inhaliert bzw. aus Dosieraerosolen verabreicht werden. – Transplantat abstoßungskrisen. 2. Perakute Formen bzw. akute Schübe von Krankheiten mit hoher entzündlicher oder immunologischer Aktivität können Indikationen für eine zeitlich begrenzte hochdosierte intravenöse Therapie darstellen, wenn es auf einen möglichst raschen Wirkungseintritt ankommt oder eine perorale Applikation unmöglich ist. Das sind unter anderem akute schwere Dermatosen wie Pemphigus vulgaris, Erythrodermie, Lyell-Syndrom, schwere Blutkrankheiten wie akute idiopathische thrombozytopenische Purpura, hämolytische Anämien mit schwerer Hämolyse und Hb-Werten unter 6 g% sowie die akute rheumatische Karditis. **Gegenanzeigen:** – Überempfindlichkeit gegen Dexamethason oder einen der sonstigen Bestandteile von Fortecortin®; – Systemische Mykosen. Bei längerdauernder Glukokortikoid-Anwendung, die über die Notfalltherapie hinausgeht, gelten die Gegenanzeigen einer systemischen Kortikoid-Therapie: – gastrointestinale Ulcera; – Höhergradige Osteoporosen; – Schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis); – Virosen (z.B. Herpes simplex und Herpes zoster (virämische Phase), Varicellen, Poliomyelitis (mit Ausnahme der bulbärecephalitischen Form)); – HBsAG-positive chronisch aktive Hepatitis; – Rosazea; – Ca. 8 Wochen vor bis 2 Wochen nach Schutzimpfungen; – Lymphome nach Tuberkuloseimpfung (BCG); – Eng- und Weitwinkelglaukom. **Beiden unter 2. angeführten Anwendungsgebieten sind in jedem Fall die Risiken gegen den zu erwartenden Nutzen abzuwägen. Pharmakotherapeutische Gruppe:** Fluorierte Glukokortikoide, ATC-Code: H02AB02. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Dinatriumedetat Dihydrat, Kreatinin, Natriumcitrat, Natronlauge, Wasser für Injektionszwecke. **Stand der Information:** Juni 2008

Solu-Dacortin® 25 mg-Trockenampullen mit Lösungsmittel. Solu-Dacortin® 50 mg-Trockenampullen mit Lösungsmittel. Solu-Dacortin® 250 mg-Trockenampullen mit Lösungsmittel. Solu-Dacortin® 1 g-Trockenampulle mit Lösungsmittel. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Solu-Dacortin® 25 mg-Trockenampullen mit Lösungsmittel: 1 Ampulle enthält 25 mg Prednisolon-21-hydrogensuccinat-Natrium (entsprechend 18,7 mg Prednisolon). 1 Lösungsmittelampulle enthält 1 ml Aqua ad injectionem. Solu-Dacortin® 50 mg-Trockenampullen mit Lösungsmittel: 1 Ampulle enthält 50 mg Prednisolon-21-hydrogensuccinat-Natrium (entsprechend 37,4 mg Prednisolon). 1 Lösungsmittelampulle enthält 1 ml Aqua ad injectionem. Solu-Dacortin® 250 mg-Trockenampullen mit Lösungsmittel: 1 Durchstechflasche enthält 250 mg Prednisolon-21-hydrogensuccinat-Natrium (entsprechend 186,7 mg Prednisolon). 1 Lösungsmittelampulle enthält 5 ml Aqua ad injectionem. Solu-Dacortin® 1 g-Trockenampulle mit Lösungsmittel: 1 Durchstechflasche enthält 1000 mg Prednisolon-21-hydrogensuccinat-Natrium (entsprechend 747,0 mg Prednisolon). 1 Lösungsmittelampulle enthält 10 ml Aqua ad injectionem. Anwendungsgebiete: – Anaphylaktischer Schock (nach primärer Epinephrininjektion). – Lungenödem durch Inhalation toxischer Substanzen wie Chlorgas, Isocyanate, Schwefelwasserstoff, Phosgen, Nitrosegas, Ozon; ferner durch Magensaftaspiration und durch Ertrinken. – Schwere akuter Asthmaanfall. – Hirnödem, ausgelöst durch Hirntumor, neurochirurgische Eingriffe, Hirnabszess, bakterielle Meningitis. – Abstoßungskrisen nach Nierentransplantation. – Parenterale Anfangsbehandlung ausgehender akuter schwerer Hautkrankheiten (Pemphigus vulgaris, Erythrodermie; gilt nicht für Solu-Dacortin® 1 g). – Akute Blutkrankheiten: autoimmunhämolytische Anämie, akute thrombozytopenische Purpura. – Postmyokardinfarkt-Syndrom (Dressler-Syndrom) bei schwerer bzw. wiederholt aufgetretener Symptomatik nach einem Myokardinfarkt und wenn andere therapeutische Maßnahmen nicht ausreichend wirksam sind (gilt nicht für Solu-Dacortin® 250 mg und 1 g). – Schwere Infektionskrankheiten, toxische Zustände (z.B. Typhus), nur neben entsprechender antiinfektiver Therapie. – Akute Nebennierenrindensuffizienz: Addison-Krise. – Pseudokrampf. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Prednisolon. Pharmakotherapeutische Gruppe: Glukokortikoide, ATC-Code: H02AB06. Liste der sonstigen Bestandteile: Wasser für Injektionszwecke. Stand der Information: Dezember 2006

Aprednisolon® 1 mg-Tabletten. Aprednisolon® 5 mg-Tabletten. Aprednisolon® 25 mg-Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Aprednisolon® 1 mg-Tabletten: 1 Tablette enthält 1 mg Prednisolon und 86,5 mg Lactose-Monohydrat. Aprednisolon® 5 mg-Tabletten: Eine Tablette enthält 5 mg Prednisolon und 94,13 mg Lactose-Monohydrat. Aprednisolon® 25 mg-Tabletten: Eine Tablette enthält 25 mg Prednisolon und 155,3 mg Lactose-Monohydrat. Die vollständige Auflistung siehe Liste der sonstigen Bestandteile. Anwendungsgebiete: Aprednisolon® 1 mg-Tabletten: Erkrankungen, die einer systemischen Therapie mit Glucocorticoiden bedürfen. Die niedrig dosierte Form mit 1 mg Wirkstoff ist bestimmt zur Feinabstimmung der Dosierung – bei Kindern ab 6 Jahren, – zur langsamen Dosisreduktion auf die minimal wirksame Tagesdosis („Erhaltungsdosis“) und – zur langsamen Dosisreduktion beim Absetzen (Aussschleichen der Behandlung) einer länger dauernden (Monate bis Jahre) höher dosierten Prednisolontherapie. Hierzu gehören insbesondere je nach Erscheinungsform und Schweregrad: Substitutionstherapie: – Morbus Addison; – Hypophysenvorderlappensinsuffizienz (falls Hydrocortison und Cortison als Mittel der ersten Wahl nicht verfügbar sind). Pharmakologische Therapie: Rheumatische Krankheiten: – Rheumatoide Arthritis; – Juvenile chronische Arthritis; – Still-Syndrom; – RS3PE-Syndrom (Remittierend Symmetrische Symmetrische Arthritis mit Pitting Endema-Syndrom). Systemkrankheiten: – Systemischer Lupus erythematoses; – Polyomyositis und Dermatomyositis; – Weitere, z.B. Antisyntetase-Syndrom, Überlappungssyndrome (Sharp-Syndrom), Sjögren-Syndrom, Eosinophile Fasziitis, Polychondritis chronica atrophicans, Sarkoidose. Systemvaskulitiden: – Riesenzellerarteriitis bzw. Polyarteriitis nodosa (Hepatitis B-negativ). Immer in Kombination mit Immunsuppressiva: – Wegenerische Granulomatose; – Churg-Strauss-Syndrom; Mikroskopische Polyangiitis; Aprednisolon® 5 mg und 25 mg-Tabletten: Aprednisolon® ist bei allen Krankheiten angezeigt, die auf eine systemische Glucocorticoidtherapie ansprechen. – Rheumatische Krankheiten: Rheumatisches Fieber, Carditis rheumatica (Endo-, Myo-, Peri- und Pancarditis rheumatica), chronische Polyarthrit (rheumatoide Arthritis), einschließlich Sonderformen wie Felty- Syndrom, Still-Syndrom, akute Schübe bei Morbus Bechterew (Spondylarthrit ankylopoetica), Reiter-Syndrom (urethrokonjunktivo-synoviales Syndrom). – Schwere Formen von allergischen Krankheiten: Asthma bronchiale, Pollenallergie, Urtikaria, Rhinitis vasomotorica, Arzneimittelreaktionen; – Colitis ulcerosa (mit Vorsicht, Perforationsgefahr!); – Hautkrankheiten: Neurodermitis, generalisierter Ekzem, Dermatitis exfoliativa, Erythrodermie, Pemphigus vulgaris, Erythematodes disseminatus und visceralis, Dermatitis herpetiformis. – Nierenkrankheiten: Nephrotisches Syndrom; – Gefäßkrankheiten: Periarte riitis nodosa, Arteritis temporalis (Riesenzellerarteriitis Horton); – Augenkrankheiten: Entzündliche und allergisch-hyperergische Prozesse, wie okuläre Myositis, therapieresistente Keratitis, (Epi-) Scleritis, Iritis und Iridozyklitis mit Gefahr der Komplikation, Chorioretinitis, Retinitis (außer Periphere Retinitis) und Neuritis nervi optici, sympathische Ophthalmie und Zoster ophthalmicus (erst nach Abklingen der virämischen Phase, d.h. am Ende der 2. Krankheitswoche); – Endokrine Störungen: Substitutionstherapie (entweder mit natürlichen Glucocorticoiden oder bei synthetischen Glucocorticoiden mit schwacher Mineralkortikoidwirkung in Kombination mit einem Mineralkortikoid) bei primärer chronischer (Addison-Krankheit) und sekundärer Nebenniereninsuffizienz (Sheehan-Syndrom). Hemmtherapie bei adreno genitalem Syndrom (AGS); – Blut- und maligne Systemkrankheiten: Hämolytische Anämie, Agranulozytose, Purpura thrombocytopenica (Morbus Werlhof), vaskuläre Purpura (Purpura Schoenlein-Henoch), aplastische Anämie, Panmyelophthise, akute Lymphoblasten- und undifferenzierte Leukämie, Lymphogranulomatose (Morbus Hodgkin), Lympho- und Retikulosarkom, Lymphoblastomatose Brill-Symmers, Osteomyelosklerose. – Toxische Zustände bei Infektionskrankheiten (jeweils nur in Verbindung mit spezifisch wirkenden Chemotherapeutika). Schwere Staphylokokkeninfektion, Typhus und paratyphöse Krankheiten, Grippepneu monie; schwere, zu Gangrän neigende Pyodermien. – Lungenkrankheiten: Morbus Boeck (Sarkoidose), chronisch-spastische Bronchitis und chronische Emphysembronchitis, wenn andere therapeutische Maßnahmen nicht ausreichen. Hamman-Rich-Syndrom (diffuse progressive interstitielle Lungenfibrose). – Tuberkulose: vor allem, wenn Exsudation, übermäßige entzündliche und proliferative Reaktionen oder Toxinbildungen trotz ausreichender Gabe von Chemotherapeutika nicht beherrscht werden können. – Maligne Tumoren (incurable). Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Prednisolon oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Für die kurzfristige Anwendung bei vitaler Indikation gibt es sonst keine Kontraindikationen. – Akute Virusinfektionen (z.B. Herpes simplex, Herpes zoster, Poliomyelitis, Varizellen, Masern); – HBsAG-positive chronisch-aktive Hepatitis; – Ca. 8 Wochen vor bis 2 Wochen nach Schutzimpfungen; – Lymphadenitis nach BCG-Impfung; Systemische Mykosen; Bei länger dauernder Therapie: – Ulcus duodeni; – Ulcus ventriculi; – Schwere Osteoporose; – Schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis); – Psychiatrische Anamnese: – Glaukom; – Poliomyelitis. Mit Totimpfstoffen (z.B. In fluenza) kann auch während einer Corticoidtherapie geimpft werden, nicht dagegen mit Lebend impfstoffen (Röteln, Masern, BCG, Polio, s.o.). Unter reiner Substitutionstherapie können Patienten sowohl Lebend- wie Totimpfstoffe erhalten. Pharmakotherapeutische Gruppe: Glucocorticoido, ATC-Code: H2AB06. Liste der sonstigen Bestandteile: Aprednisolon® 1 mg-Tabletten: Magnesiumstearat, Siliciumdioxid, Hypromellose, Carboxymethylstärke-Natrium, mikrokristalline Cellulose, Talkum, Maisstärke, Lactose-Monohydrat. Aprednisolon® 5 mg-Tabletten: Lactose-Monohydrat, Cellulose, Amylum Solani, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Croscarmellose Natrium. Aprednisolon® 25 mg-Tabletten: Lactose-Monohydrat, Siliciumdioxid hochdispers, Magnesiumstearat, Cellulosepulver, Polyvidon, Polyethylenglykol. Stand der Information: Aprednisolon® 1 mg-Tabletten: April 2007. Aprednisolon® 5 mg und 25 mg-Tabletten: September 2008. Gültig für alle Produkte: Inhaber der Zulassung: Merck GmbH, Zimbabasse 5, 1147 Wien. Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen zu den Abschnitten Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Still zeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Haemocomplettan® P

Bezeichnung des Arzneimittels: Haemocomplettan® P. **Zusammensetzung:** (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge) **Wirkstoff:** Fibrinogen vom Menschen. 1 Durchstichflasche mit Lyophilisat (Humanplasmafraktion) enthält: Haemocomplettan P 1g (2g); Lyophilisiertes Pulver 1925 – 3010 mg (3850 – 6020 mg), Fibrinogen vom Menschen 900 – 1300 mg (1800 – 2600 mg), Gesamtprotein 1300 – 1900 mg (2600 – 3800 mg). **Hilfsstoffe:** Haemocomplettan P P 1g (2g); Human Albumin 400 – 700 mg (800 – 1400 mg), Natriumchlorid 200 – 350 mg (400 – 700 mg), L-Argininhydrochlorid, Natriumcitrat-Dihydrat, NaOH (zur Einstellung des pH-Wertes).

Darreichungsform: Pulver zur intravenösen Anwendung nach Auflösung mit Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Hämorrhagische Diathesen bei kongenitaler Hypo-, Dys- und Afibrinogenämie, erworbener Hypofibrinogenämie infolge a) Synthesestörungen bei schweren Leberparenchymschäden, b) gesteigerten intravasalen Verbrauchs durch disseminierte intravaskuläre Gerinnung und Hyperfibrinolyse. Die wichtigsten Krankheitsbilder, die mit einem Defibrinierungssyndrom einhergehen können, sind geburtschilfliche Komplikationen, Hämolyse nach Fehltransfusionen und Intoxikationen, alle Schockformen, Verletzungen, operative Eingriffe und Tumoren an Lunge, Pankreas, Uterus und Prostata, akute Leukämien sowie Leberzirrhose. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Bestandteilen des Präparates. Manifeste Thrombosen oder Herzinfarkt, außer bei lebensbedrohlichen Blutungen. **Pharmakologische Eigenschaften Pharmakodynamische Eigenschaften:** Haemocomplettan P gehört zu der pharmakotherapeutischen Gruppe der Hämostyptika/Antihämorrhagika. ATC-Code: B02 BB 01. Haemocomplettan P ist ein gereinigtes Konzentrat des Fibrinogens (Blutgerinnungsfaktor I). Es wird aus menschlichem Plasma gewonnen, liegt als weißes Lyophilisat vor und enthält kein Konservierungsmittel. Fibrinogen wird unter dem Einfluss von Thrombin, aktiviertem Gerinnungsfaktor XIII (F XIIIa) und Calciumionen zu einem festen, mechanisch belastbaren dreidimensionalen Fibrinnetz umgewandelt, das die plasmatische Blutstillung bewirkt. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Zulassungsinhaber: CSL Behring GmbH, Altmansdorfer Strasse 104, A-1120 Wien. Hersteller: CSL Behring GmbH, Emil-von-Behring Strasse 76, D-35041 Marburg. Zulassungsnummer: 2-00136. Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. * Pasteurisiert

Beriplex® P/N

Bezeichnung des Arzneimittels: Beriplex® P/N*) 250 I.E Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung Beriplex® P/N*) 500 I.E Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung. *) Pasteurisiert/Neuverfahren (Nanometerfiltration). **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Beriplex P/N besteht aus einem Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung. Der Prothrombinkomplex vom Menschen enthält nominell folgende I.E. der unten genannten Blutgerinnungsfaktoren vom Menschen:

Wirkstoffe	Konzentration gebrauchsfertiger Lösung (I.E./ml)	Beriplex P/N 250 I.E Inhalt pro Flasche (I.E.)	Beriplex P/N 500 I.E Inhalt pro Flasche (I.E.)
Blutgerinnungsfaktor II vom Menschen	20 – 48	200 – 480	400 – 960
Blutgerinnungsfaktor VII vom Menschen	10 – 25	100 – 250	200 – 500
Blutgerinnungsfaktor IX vom Menschen	20 – 31	200 – 310	400 – 620
Blutgerinnungsfaktor X vom Menschen	22 – 60	220 – 600	440 – 1200
Weitere Wirkstoffe			
Protein C	15 – 45	150 – 450	300 – 900
Protein S	13 – 26	130 – 260	260 – 520

Der Gesamtproteingehalt der gebrauchsfertigen Lösung beträgt 6 – 14 mg/ml. Die spezifische Aktivität von Faktor IX beträgt 2,5 I.E. pro mg Gesamtprotein. Alle Aktivitäten der Faktoren und der Proteine C und S werden gemäß den derzeit gültigen internationalen WHO-Standards bestimmt. Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Pulver: Heparin, Humanalbumin, Antithrombin III vom Menschen, Natriumchlorid, Natriumcitrat, HCl bzw. NaOH (in geringen Mengen zur Einstellung des pH-Wertes). Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung und perioperative Prophylaxe von Blutungen bei einem erworbenen Mangel an Prothrombinkomplex-Faktoren, wie zum Beispiel ein durch die Behandlung mit Vitamin-K-Antagonisten verursachter Mangelzustand oder eine Überdosierung von Vitamin-K-Antagonisten, wenn eine schnelle Korrektur des Mangels erforderlich ist. Behandlung und perioperative Prophylaxe von Blutungen bei einem angeborenen Mangel eines Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktors, sofern keine Einzelfaktorkonzentrate zur Verfügung stehen. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen oder mehrere der Bestandteile des Präparates. Thrombose-gefahr, Angina pectoris, frischer Herzinfarkt (Ausnahme: lebensbedrohliche Blutungen infolge Überdosierung von oralen Anti-koagulantien sowie vor Einleitung einer fibrinolytischen Therapie). Bei Verbrauchskoagulopathie dürfen Prothrombinkomplex-Präparate nur nach Unterbrechung des Verbrauchs appliziert werden. Anamnestisch bekannte Heparin-induzierte Thrombozytopenie. **Inhaber der Zulassung:** CSL Behring GmbH, Emil-von-Behring-Str. 76, 35041 Marburg, Deutschland. Abgabe/Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakodynamische Eigenschaften:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antihämorrhagika, Blutgerinnungsfaktoren II, VII, IX und X in Kombination. ATC-Code: B02B D01. Die Gerinnungsfaktoren II, VII, IX und X, die Vitamin-K abhängig in der Leber synthetisiert werden, werden im allgemeinen als Prothrombinkomplex bezeichnet. Zusätzlich zu den Gerinnungsfaktoren sind in Beriplex P/N 250 I.E/500 I.E die Vitamin-K abhängigen Gerinnungsinhibitoren Protein C und Protein S enthalten. Faktor VII ist das Zymogen der aktiven Serinprotease Faktor VIIa, welche die extrinsischen Abläufe der Blutgerinnung initiiert. Der Komplex aus Gewebsthoromboplastin und Faktor VIIa aktiviert die Gerinnungsfaktoren X und IX zu Xa und IXa. Im weiteren Verlauf der Gerinnungskaskade wird Prothrombin (Faktor II) zu Thrombin gespalten. Durch Thrombin wird aus Fibrinogen Fibrin gebildet, das zu einem Gerinnsel vernetzt wird. Die physiologische Bildung von Thrombin hat eine vitale Bedeutung für die Plättchenfunktion als Teil der primären Haemostase. Der isolierte schwere Mangel an Faktor VII führt aufgrund einer gestörten primären Hämostase mit einer reduzierten Thrombin- und Fibrinbildung zu Blutungsneigungen. Der isolierte Mangel an Faktor IX ist eine der klassischen Hämophilien (Hämophilie B). Der isolierte Mangel an Faktor II oder Faktor X ist sehr selten, kann aber in schweren Fällen Blutungen wie bei klassischen Hämophilien verursachen. Die weiteren Bestandteile, die Gerinnungsinhibitoren Protein C und Protein S, werden ebenfalls in der Leber synthetisiert. Die biologische Aktivität von Protein C wird durch den Cofaktor Protein S verstärkt. Aktiviertes Protein C hemmt die Gerinnung durch Inaktivierung der Gerinnungsfaktoren Va und VIIIa. Protein S ist als Cofaktor von Protein C an der Hemmung der Gerinnung beteiligt. Protein-C-Mangel kann mit einem Thrombosierisiko einhergehen. Der erworbene Mangel an Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktoren tritt im Rahmen der Behandlung mit Vitamin-K-Antagonisten auf. Bei einem schwerwiegenden Mangel kommt es zu einer starken Blutungstendenz, die eher durch retroperitoneale, zerebrale Blutungen als durch Muskel- und Gelenkblutungen charakterisiert ist. Eine schwere Leberinsuffizienz führt ebenfalls zu einer deutlichen Reduzierung der Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktoren und einer meist komplexen Blutungsneigung, aufgrund einer gleichzeitig reduzierten intravasalen Gerinnung, einer erniedrigten Thrombozytenzahl, einer Reduzierung der Gerinnungsinhibitoren sowie einer verminderten Fibrinolyse. Die Verabreichung von Prothrombinkomplex-Konzentrat vom Menschen führt zu einem Anstieg der Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktoren im Plasma und kann, bei Patienten die unter einem Mangel an einem oder mehreren Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktoren leiden, die Gerinnungsstörung vorübergehend korrigieren.

Kybernin® P

Bezeichnung des Arzneimittels: Kybernin® P* **Wirkstoff:** Antithrombin III, human. **Zusammensetzung:** (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): Packung zu 500 I.E. (1000 I.E.) Lyophilisiertes Pulver 309 mg (619 mg) Humanplasmafraktion, Antithrombin III 500 I.E. (1000 I.E.), Gesamtprotein 95 mg (190 mg). Nach Rekonstitution enthält die gebrauchsfertige Lösung 50 I.E./ml Antithrombin III. **Hilfsstoffe:** Aminoessigsäure, Natriumcitrat, Natriumchlorid, HCL bzw. NaOH (in geringen Mengen zur Einstellung des pH-Wertes). Beigepacktes Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke (10 ml, 20 ml). **Anwendungsgebiete:** Zur Prophylaxe und Therapie von thromboembolischen Komplikationen bei angeborenem Mangel an Antithrombin III, erworbenem Mangel an Antithrombin III. **Gegenanzeigen:** Bei Patienten mit bekannten allergischen Reaktionen auf die Bestandteile des Präparates ist Vorsicht geboten. **Name oder Firma des pharmazeutischen Unternehmers:** Zulassungsinhaber: CSL Behring GmbH, Altmannsdorfer Strasse 104, A-1120 Wien. Hersteller: CSL Behring GmbH, Emil-von-Behring Strasse 76, D-35041Marburg. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht. Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakodynamische Eigenschaften:** Antithrombin III ist der wichtigste physiologische Inhibitor der Blutgerinnung. Die Hemmwirkung basiert auf der Bildung einer kovalenten Bindung zwischen Antithrombin III und dem aktiven Zentrum von Serinproteasen. Diese so entstehenden AT III-Enzym-Komplexe werden durch das Retikuloendotheliale System (RES) abgebaut. AT III inaktiviert vor allem Thrombin und Faktor Xa, aber auch andere Serinproteasen, wie z. B. aktivierte Formen von Faktor IX, XI und XII. Aufgrund seiner breiten Hemmwirkung, die durch Heparin stark beschleunigt wird, spielt AT III eine zentrale Rolle bei der Regulation der Hämostase. Die normale AT III Aktivität beträgt bei Erwachsenen 80-100%, bei Neugeborenen wird etwa die Hälfte dieser Aktivität gefunden. Dauer der Haltbarkeit: 3 Jahre. Besondere Lagerungshinweise: Nicht über 25°C lagern. Nicht einfrieren! Lichtschutz erforderlich. Nach Öffnen des Behältnisses (Pulver) ist dessen Inhalt sofort im beigepackten Lösungsmittel zu suspendieren. Die chemische und physikalische Stabilität der gebrauchsfertigen Lösung wurde für 8 Stunden bei +20°C bis +25°C nachgewiesen. Aus mikrobiologischer Sicht und da Kybernin P keine Konservierungsmittel enthält, sollte das gelöste Produkt sofort verbraucht werden. Falls es nicht sofort angewendet wird, soll die Aufbewahrung der gebrauchsfertigen Lösung 8 Stunden bei +20°C bis +25 °C nicht überschreiten. Kybernin® P darf nach Ablauf des auf Packung und Behältnis angegebenen Verfallsdatums nicht mehr angewendet werden. Nicht verbrauchte Lösung muss sachgerecht entsorgt werden. Informationen betreffend Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen, entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Fibrogammin® P 250 E, Fibrogammin® P 1250 E

Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung **Wirkstoff:** Blutgerinnungsfaktor XIII, human, pasteurisiert (P). **Zusammensetzung:** (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge). **Wirkstoff:** Blutgerinnungsfaktor XIII vom Menschen Fibrogammin P 250 E und Fibrogammin P 1250 E ist ein Pulver zur Herstellung einer Lösung zur intravenösen Anwendung. 1 Durchstichflasche enthält:

	250 E	1250 E
Lyophilisiertes Pulver	68 – 135 mg	340 – 673 mg
Humanplasmafraktion mit einer Faktor XIII Aktivität von	250 E*	1250 E*
Gesamtprotein	24 – 64 mg	120 – 320 mg
Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke	4 ml	20 ml

*...1 Einheit (E) entspricht der Faktor-XIII-Aktivität von 1 ml frischem Citratplasma (Mischplasma) gesunder Spender. Hilfsstoffe:

Fibrogammin P	250 E	1250 E
Human-Albumin	24 -40 mg	120 – 200 mg
Glukose	16 -24 mg	80 – 120 mg
Natriumchlorid	28 -44 mg	140 – 220 mg
Beigepacktes Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke	4 ml	20 ml

HCl bzw. NaOH (in geringen Mengen zur Einstellung des pH-Wertes). **Anwendungsgebiete:** Kongenitaler Mangel an Faktor XIII und daraus resultierende hämorrhagische Diathese, Blutungen und Wundheilungsstörungen. Häorrhagische Diathese, bedingt oder mitbedingt durch erworbenen Faktor-XIII-Mangel, z.B. bei akuten Leukosen und Lebererkrankungen (Schub bei Zirrhose und Leberdystrophien) sowie bei Verbrauchskoagulopathie. Zur supportiven Therapie bei Wundheilungsstörungen, insbesondere bei Ulcus cruris, nach ausgedehnten Operationen und Verletzungen. Zur Förderung der Knochenbruchheilung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Inhaltsstoffe. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Hämostyptika/Antihämorrhagika: Blutgerinnungsfaktor XIII / ATC-Code: B02B D07. **Zulassungsinhaber:** CSL Behring GmbH, A-Wien. **Zulassungsnummer:** 2-00163 Fibrogammin P 250 E, 2-00164 Fibrogammin P 1250 E. Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Ärztezentrale

für Ferngesprächsübermittlung Dr. Wilfried Rodler, Inh. Dr. Adelheid Kreiner-Rodler
Helferstorferstraße 2 / Freyung 6 (Schottenhof), A-1014 Wien, Postfach 155

Telefonzentrale – Tel.: (+43/1) 531 16, Fax: (+43/1) 531 16 - 66

e-mail: service@aerztezentrale.co.at – www.aerztezentrale.co.at

Medizinischer Drucksortenverlag – Tel.: (+43/1) 531 16 - 25, Fax: (+43/1) 533 13 93

e-mail: verkauf@aerztezentrale.co.at

Lagerdrucksorten für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte

Praxis-Organisationsbehelfe

Ablagebehelfe: Karteikarten, Leitsätze und Karteikästen

Metallschilder und Tafeln – Büroartikel und Arztstempel

Papierwaren: Briefe, Kuverts, Röntgentaschen, Visitenkarten und Rezeptformulare

Übernahme aller Druckaufträge

Die Drucksorten sind auch in den Ärztekammern Linz und Klagenfurt erhältlich

Adressenverlag und Versandabteilung – Tel.: (+43/1) 531 16 - 17, Fax: (+43/1) 532 12 82

e-mail: versand@aerztezentrale.co.at

Adressen des In- und Auslandes

Versand von Drucksorten aller Art und Warenproben

Kurortestelle – Tel.: (+43/1) 531 16 - 26, Fax: (+43/1) 533 13 93

Auskünfte von Kur-, Wellness- und Erholungsaufenthalten

MAW

Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
Maria Rodler & Co Ges. m. b. H.

Freyung 6, A-1014 Wien, Postfach 155

Tel.: (+43/1) 536 63-36, Fax: (+43/1) 535 60 16

e-mail: maw@media.co.at – www.maw.co.at



Robidruck

Satz und Druck in bester Qualität und kürzester Zeit
A-1200 Wien, Engerthstraße 128

Tel.: (+43/1) 332 49 08, Fax: (+43/1) 332 49 08-10

e-mail: office@robidruck.co.at – www.robidruck.co.at

Sie tun alles für Ihre Patienten!

Mit uns bewahren Sie nicht nur einen kühlen Kopf ...

**Mechanische
Thoraxkompression**



**Temperatur-
management**

Defibrillation

Zoll Medical Österreich GmbH

Twin Tower

Wienerbergstraße 11

A-1100 Wien

Tel.: +43 (1) 71 021 59

Fax: +43 (1) 71 022 72

<http://www.zollmedical.at>