



**3. Jahrestagung der  
Österreichischen Vereinigung für Notfallmedizin  
(AAEM)**

**9. September 2011**

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

**PROGRAMM**

**Wir danken folgenden Firmen für Ihre Unterstützung**



## **VORWORT**

Die Notfallambulanzen der Spitäler bewältigen den zunehmenden Patientenstrom nur mehr mit größten Anstrengungen aller beteiligten Fachdisziplinen. Gerade in den Abendstunden, an Fenstertagen, an Sams-, Sonn- und Feiertagen sind die Patientenzahlen enorm. Die Einrichtungen sind überfüllt, die Wartezeiten erheblich, und die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit bescheiden. Die Schweinegrippe-Welle im Spätherbst 2009 war für viele Notfallambulanzen eine neue, bis dato nicht dagewesene Herausforderung.

Vor diesem Hintergrund findet die 3. Jahrestagung der Österreichischen Vereinigung für Notfallmedizin (AAEM) statt. Wir wollen über den eigenen Tellerrand hinaussehen und betrachten, wie KollegInnen im Ausland mit den Problemen fertig werden und hinterfragen, ob nicht schon von der Planungsphase bis zum Vollbetrieb wesentliche räumlich-planerische und organisatorische Schritte gesetzt werden können, um stockende Betriebsabläufe zu verhindern. Eine funktionierende EDV, die elektronische Krankengeschichte, die automatische Darstellung des Patientenflusses und der Bettenkapazitäten sollen die Arbeitsabläufe in der Notfallambulanz einfacher, übersichtlicher und schneller machen. Definierte Behandlungsstandards und ein modernes Risiko- und Fehlermanagement sollen ebenfalls dazu beitragen.

Damit auch unsere medizinische Arbeit neue Impulse erhält, beschäftigen wir uns auch mit einigen wichtigen Problemkreisen wie der Kohlenmonoxid-Vergiftung, dem Vorhofflimmern und dem antikoagulierten Patienten, der blutet, ein ischämisches Ereignis erleidet oder notoperiert werden muss. Auch die massive traumatologische und nicht-traumatologische Blutung und ihre Behandlung wird von Experten verschiedener Fachbereiche behandelt, ebenso der Brustschmerz und die kardiopulmonale Reanimation. Wichtige Impulse sind auch von den Fallberichten aus den Notfallabteilungen und von der „Meet the expert“ Sitzung mit der Frage, ob vor der systemischen Thrombolysebehandlung eine Echokardiographie durchgeführt werden muss, zu erwarten.

Die 3. Jahrestagung der AAEM soll interessierten KollegInnen einen tieferen Einblick ins das weite Spektrum der klinischen Notfallmedizin geben. Besonders wichtig ist aber, dass auch andere notfallmedizinische Aspekte zur Sprache kommen. In diesem Sinne sollten auch die Pausen zum Besuche der Industrieausstellung, zur intensiven Diskussion und zum „Netzwerken“ mit „LeidensgenossInnen“ genutzt werden.

So laden wir alle interessierten KollegInnen ein, mit uns einen Schritt vorwärts zu tun. Wir müssen uns weiterentwickeln, damit wir die Anforderungen, mit denen wir täglich konfrontiert sind und die, die auf uns zukommen, im Sinne einer optimalen innerklinischen Notfallpatientenversorgung erfüllen können.

Wien, im August 2011

Univ.-Prof. Dr.W. Schreiber

Univ.-Prof. Dr.A. Laggner

## **ALLGEMEINE INFORMATIONEN**

### **Organisation**

Univ.-Prof. Dr. Anton N. Laggner, Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schreiber  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin Wien

### **Wissenschaftliches Sekretariat**

Univ.-Klinik für Notfallmedizin, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien  
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien  
Tel.: (+43/1) 40400-3953

### **Administratives Sekretariat**

Kuoni Destination Management Austria GmbH  
Lerchenfelder Gürtel 43, A-1160 Wien  
Tel.: (+43/1) 319 76 90-57, Fax: (+43/1) 319 11 80  
E-mail: AAEM2011@at.kuoni.com

### **Teilnahmegebühren**

Arzt in Ausbildung (Mitglied AAEM)	€ 50,00
Student, Pflege	€ 50,00
Arzt in Ausbildung	€ 80,00
Facharzt (Mitglied AAEM)	€ 70,00
Facharzt	€ 100,00

Anmeldung nur über Homepage [www.aaem.at](http://www.aaem.at) oder direkt vor Ort.

### **Registratur**

Freitag, 9. September 2011 08:00 – 18:00 Uhr

### **Tagungsort**

AKH – Allgemeines Krankenhaus Wien, Hörsaalzentrum – Ebene 07  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

## **AAEM-Vorstandssitzung**

Donnerstag, 8. September 2011, 16:00 Uhr

## **AAEM-Generalversammlung**

Donnerstag, 8. September 2011, 17:30 Uhr

AKH, Seminarraum, Univ.-Klinik für Notfallmedizin, Ebene 6 D



Der Besuch dieser Veranstaltung wird mit 8 fachspezifischen DFP-Punkten bewertet. Die Teilnahmebestätigung erhalten Sie vor Ort.

Im Rahmen der Tagung findet eine informative Firmenausstellung statt – wir bitten die Teilnehmer um regen Besuch.

Durchführung der Fachausstellung:

MAW – Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft

Freyung 6, A-1010 Wien

Tel.: (+43/1) 536 63-68, Fax: (+43/1) 535 60 16

E-mail: [maw@media.co.at](mailto:maw@media.co.at), [www.maw.co.at](http://www.maw.co.at)

## PROGRAMMÜBERSICHT

Uhrzeit	Hörsaal 3	Hörsaal 4
08:45 – 09:00	Eröffnung	
09:00 – 10:30	Zentrale Notaufnahmen in Deutschland	Meet the Expert „Echokardiographie vor systemischer Lyse?“
10:30 – 11:00	Pause	Pause
11:00 – 12:30	Kohlenmonoxid	Brustschmerz
12:30 – 13:30	Mittagspause	Mittagspause 
13:30 – 14:30	Symposium „Vorhofflimmern“	Erstbegutachtung und Triage an der Notfallabteilung
14:30 – 16:00	Der antikoagulierte Patient	Kardiopulmonale Reanimation
16:00 – 16:30	Pause	Pause
16:30 – 18:00	Die massive Blutung	EDIS (Emergency Department Information Systems)

## **PROGRAMM Freitag, 9. September 2011**

08:45 – 09:00 Uhr

**HS3**

### **ERÖFFNUNG**

Moderation: Anton Laggner, Wien

09:00 – 10:30 Uhr

**HS3**

### **Zentrale Notaufnahmen in Deutschland**

Vorsitz: Michael Lang, Oberpullendorf  
Anton Laggner, Wien

Die Interdisziplinäre Notfallstation in Hannover  
Andreas Tecklenburg, Hannover

Die Neuorganisation der Zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Aachen  
Peter-Friedrich Petersen, Aachen

Die neue Zentrale Notaufnahme im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf:  
Vom Plan bis zum Betrieb  
Ulrich Mayer, Hamburg

9:00 – 10:30 Uhr

**HS4**

### **Meet the Expert** „Echokardiographie vor systemischer Lyse?“

Moderation: Wolfgang Schreiber, Wien

Stellenwert der Echokardiographie beim ischaemischen Insult –  
Was sagen die Leitlinien?  
Wolfgang Serles, Wien

Stellenwert der Echokardiographie beim STEMI – Was sagen die Leitlinien?  
Christof Havel, Wien

Stellenwert der Echokardiographie bei der Pulmonalembolie –  
Was sagen die Leitlinien?  
Karin Janata, Wien

Relevante Echobefunde vor systemischer Lyse – Ventrikelthrombus,  
Perikarderguss, Aortendissektion  
Gottfried Sodeck, Wien

10:30 – 11:00 Uhr **Pause – Besuch der Fachaussstellung**

## **PROGRAMM Freitag, 9. September 2011**

11:00 – 12:30 Uhr

**HS3**

### **Kohlenmonoxid**

Vorsitz: Christof Havel, Wien und Harald Herkner, Wien

Pathophysiologie und Prävalenz

Christof Havel, Wien

„STEMI“ durch Kohlenmonoxid

Mario Krammel, Wien

Okkulte CO-Intoxikation

Domink Roth, Wien

Stellenwert der HBO-Therapie

Harald Herkner, Wien

11:00 – 12:30 Uhr

**HS4**

### **Brustschmerz**

Vorsitz: Friedrich Prischl, Wels und Karin Janata, Wien

DD anhand der Symptomatik

Friedrich Prischl, Wels

DD anhand des EKG

Jasmin Arrich, Wien

DD anhand biochemischer Marker

Peter Schratzberger, Innsbruck

DD anhand bildgebender Verfahren

Christian Löwe, Wien

12:30 – 13:30 Uhr **Mittagspause**

12:30 – 13:30 Uhr **PAD – Ein Modell für Wien?**

Public Access Defibrillation – ein neues Modell  
mit Zukunft in Wien?

Eine Gesprächsrunde zwischen Notfallmedizinern,  
Politik und Herstellern präsentiert von PULS – dem  
Verein zur Bekämpfung des plötzlichen Herztodes





## **PROGRAMM Freitag, 9. September 2011**

13:30 – 14:30 Uhr

**HS3**

### **Symposium „Vorhofflimmern“ \***

Vorsitz: Hans Domanovits, Wien  
Günther Stix, Wien

Pathophysiologie, Prävalenz und Präsentation  
Hans Domanovits, Wien

Therapie  
Günther Stix, Wien

Antikoagulation  
Sabine Eichinger, Wien

*\* Unterstützt durch ein unrestricted educational Grant der Firma BAYER Austria*

13:30 – 14:30 Uhr

**HS4**

### **Erstbegutachtung und Triage an der Notfallabteilung**

Vorsitz: Philip Eisenburger, Wien  
Roland Nöckler, Wien

Emergency Severity Index  
Florian Grossmann, Basel

Manchester Triage System  
Andreas Lueger, Graz

## **PROGRAMM Freitag, 9. September 2011**

14:30 – 16:00 Uhr

**HS3**

### **Der antikoagulierte (blutungsgefährdete) Patient**

Vorsitz: Günther Frank, Eisenstadt  
Peter Schratzberger, Innsbruck

mit einer bedrohlichen Blutung bzw. bevorstehender Notoperation  
Ingrid Pabinger, Wien

mit einem ischaemischen Insult  
Wolfgang Serles, Wien

mit einer perkutanen koronaren Intervention (PCI)  
Georg Delle-Karth, Wien

14:30 – 16:00 Uhr

**HS4**

### **Kardiopulmonale Reanimation**

Vorsitz: Reinhard Malzer, Wien  
Wilhelm Behringer, Wien

Autopuls/Lucas  
Reinhard Malzer, Wien

ECMO  
Gottfried Locker, Wien

Therapeutische Hypothermie  
Wilhelm Behringer, Wien

16:00 – 16:30 Uhr **Pause – Besuch der Fachaussstellung**

**PROGRAMM    Freitag, 9. September 2011**

16:30 – 18:00 Uhr

**HS3**

**Die massive Blutung**

Vorsitz:                    Helmut Trimmel, Wiener Neustadt  
                                 Reinhard Malzer, Wien

Im Rahmen eines (Poly)Traumas  
Christian Fialka, Wien

Management der akuten gastrointestinalen Blutung  
Andreas Püspök, Wien

Massivtransfusion – Ursachen und apparative Behandlungsmaßnahmen  
Michael Hüpfel, Wien

Massivtransfusion – gerinnungsphysiologische Aspekte und Interventionen  
Stephan Kettner, Wien

16:30 – 18:00 Uhr

**HS4**

**EDIS (Emergency Department Information Systems)**

Vorsitz:                    Christoph Havel, Wien  
                                 Anton Laggner, Wien

Qualität braucht Transparenz – Dashboards in der ZNA  
Thorsten Kehe, Remscheid

## VORSITZENDE UND REFERENTEN

Priv.-Doz. Dr. Jasmin Arrich  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Wilhelm Behringer  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Georg Delle-Karth  
Universitätsklinik für Innere Medizin II,  
Allgemeines Krankenhaus Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Hans Domanovits  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Sabine Eichinger  
Universitätsklinik für Innere Medizin I,  
Allgemeines Krankenhaus Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Philip Eisenburger  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Christian Fialka  
Univ.-Klinik für Unfallchirurgie, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prim. Dr. Günther Frank  
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin,  
KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt,  
Esterhazystraße 26, A-7000 Eisenstadt

Florian Grossmann, MSc, RN  
Notfallstation, Universitätsspital Basel,  
Petersgraben 2, CH-4031 Basel

Priv.-Doz. Dr. Christof Havel  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Harald Herkner  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

OA Dr. Michael Hüpfpl  
Universitätsklinik für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Karin Janata  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Dr. Thorsten Kehe  
Sana Klinikum Remscheid,  
Burger Straße 21 I, D-42859 Remscheid

Prof. Dr. Stephan Kettner  
Universitätsklinik für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Dr. Mario Krammel  
Universitätsklinik für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Anton N. Laggner  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Präsident Dr. Michael Lang  
Ärzttekammer für Burgenland,  
Chirurgische Abteilung, A.ö. Krankenhaus,  
7350 Oberpullendorf

Prof. Dr. Gottfried Locker  
Universitätsklinik für Innere Medizin I,  
Allgemeines Krankenhaus Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Christian Löwe  
Univ.-Klinik für Radiologie, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Dr. Andreas Lueger  
Medizinische Universitätsklinik,  
Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz

## **VORSITZENDE UND REFERENTEN**

OA Dr. Reinhard Malzer  
MA 70 Wiener Rettung,  
Radetzkystraße 1, 1030 Wien

Dr. Ulrich Mayer, Notfallkoordinator  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Zentrale Notaufnahme – ZNA-,  
Martinistraße 52, D-20251 Hamburg

DGKP Roland Nöckler, Pflegedienstleiter  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Ingrid Pabinger  
Universitätsklinik für Innere Medizin I,  
Allgemeines Krankenhaus Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Dr. Peter-Friedrich Petersen  
Leiter Notaufnahme, Universitätsklinikum,  
Pauwelsstraße 30, D-52074 Aachen

Univ.-Doz. Dr. Friedrich Prischl  
Leiter Akut Versorgung Aufnahme, mit  
Internistischer Aufnahmestation,  
Klinikum Wels – Grieskirchen GmbH,  
Grieskirchner Straße 42, 4600 Wels

Prof. Dr. Andreas Püspök  
Universitätsklinik für Innere Medizin III,  
Allgemeines Krankenhaus Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Dr. Dominik Roth  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Doz. Dr. Peter Schratzberger  
Notfallaufnahme MZA,  
Universitätsklinik für Innere Medizin I,  
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck

Prof. Dr. Wolfgang Schreiber  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Wolfgang Serles  
Universitätsklinik für Neurologie,  
Allgemeines Krankenhaus Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Priv.-Doz. Dr. Gottfried Sodeck  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Prof. Dr. Günther Stix  
Universitätsklinik für Innere Medizin II,  
Allgemeines Krankenhaus Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Dr. med. Andreas Tecklenburg  
Vorstand Krankenversorgung,  
Medizinische Hochschule Hannover,  
Carl-Neuberg-Straße 1, D-30625 Hannover

Prim. Dr. Helmut Trimmel  
Abteilung für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin,  
A.ö. Krankenhaus Wiener Neustadt,  
Corvinusring 3-5, 2700 Wiener Neustadt

## Fachkurzinformationen zur Umschlagseite 4

**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 (aus gelöst durch Hirntumor). – Schädel-Hirn-Trauma; – Intraokulare Blutung; – Neurochirurgische Eingriffe; – Hirnabszess; – Zerebraler Insult; – Enzephalitis oder Meningoenzephalitis; – Akute Schübe einer fortschreitend chronischen Polyarthritis; – Akuter Asthmaanfall; Status asthmaticus; – Anfangsbehandlung einer akuten Erythrodermie; – Anfangsbehandlung einer Pemphigus vulgaris; – Anfangsbehandlung akuter Allergien (Anaphylaktische Schock, anaphylaktischer Schock, anaphylaktischer Schock, anaphylaktischer Schock (Mischspritze)); – 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; – Höhreränderung Osteoporosen; – Schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis); Virosen (z.B. Herpes simplex und Herpes zoster (virämische Phase), Varizellen, Poliomyelitis [mit Ausnahme der bulbärencephalitischen 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, Mikrokrystalline 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. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Fortecortin® 4 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 0,5 mg Natriumdiacetat. **Dihydrat:** In stabilisierter wässriger Lösung. **Anwendungsgebiete:** 1. Systemische Anwendung: Fortecortin® 4 mg-Ampullen werden häufig im Anschluss an eine hochdosierte eingeleitete Notfalltherapie eingesetzt; 2. Subjektive Injektion z.B. bei Konjunktivitis, Skleritis, Irizidylitis, Callos Glaukom). **Gegenanzeigen:** – Überempfindlichkeit gegen Dexamethason oder einen der sonstigen Bestandteile von Fortecortin®-Systemische Mykosen. Die intraokuläre 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 Antikoagulation); – Peritartikuläre Kalkifiziation; – Nicht vaskularisierte Knochennekrose; – Sehnenruptur; – Charcot-Gelenk. Die Infiltration ohne kausale Zusetzung 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; – Höhreränderung Osteoporosen; – Schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis); – Virosen (z.B. Herpes simplex und Herpes zoster (virämische Phase), Varizellen, Poliomyelitis [mit Ausnahme der bulbärencephalitischen 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 zu erwartenden Nutzen abzuwägen.** **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Fluorierte Glukokortikoide, ATC-Code: H02AB02. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Dinatriumdiacetat Dihydrat, Kreatinin, Natriumtricitrat, Natriumgluconat, 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. Fortecortin® 100 mg-Ampulle: 1 Ampulle (10 ml) enthält 109,3 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 2,5 mg Dinatriumdiacetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. Fortecortin® 40 mg-Spritzampulle: 1 Spritzampulle (5 ml) enthält 43,72 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. Fortecortin® 100 mg-Spritzampulle: 1 Spritzampulle (10 ml) enthält 109,3 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 2,5 mg Dinatriumdiacetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. Fortecortin® 100 mg-Ampulle: 1 Ampulle (10 ml) enthält 109,3 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 2,5 mg Dinatriumdiacetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. Fortecortin® 100 mg-Spritzampulle: 1 Spritzampulle (10 ml) enthält 109,3 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat. **Sonstige Bestandteile:** 2,5 mg Dinatriumdiacetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. **Anwendungsgebiete:** 1. Pharmakodynamische Therapie von Noffällen. Eine Reihe akut lebensbedrohlicher 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 hochdosierten Kortikosteroiden; – Anaphylaktische Schockzustände (z.B. Kontrastmittelzweckfall) in Kombination mit Adrenalin, Antihistaminika und entsprechender Volumensubstitution (siehe Mischspritze); – Hypovolämischer und polytraumatischer Schock, der nicht allein auf Volumensubstitution, Sauerstoffzufuhr und Korrektur der Azidose anspricht (Prophylaxe der Schocklage); – Status asthmaticus (unbedingt simultan mit Sympathomimetika); – Glottisödem; – Quincke-Ödem; – Lungendämmerung (Inhalation oder Aufnahme toxischer Substanzen (z.B. Chlorgas, Paragrau, Isocyanid, Schwefelwasserstoff, Phosgen, Nitrosogase)). Wenn möglich, sollten außerdem frühzeitig hohe Dosen von Glukokortikoiden in Kombination mit Sauerstofftherapie 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 sich um ein möglicherweise rasches 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% 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; – Höhreränderung Osteoporosen; – Schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis); – Virosen (z.B. Herpes simplex und Herpes zoster (virämische Phase), Varizellen, Poliomyelitis [mit Ausnahme der bulbärencephalitischen 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 zu erwartenden Nutzen abzuwägen.** **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Fluorierte Glukokortikoide, ATC-Code: H02AB02. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Dinatriumdiacetat Dihydrat, Kreatinin, Natriumtricitrat, Natriumgluconat, 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-Trockenampullen 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 Lösungsmittelpulver 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 Lösungsmittelpulver enthält 1 ml Aqua ad injectionem. Solu-Dacortin® 250 mg-Trockenampullen mit Lösungsmittel: 1 Ampulle enthält 250 mg Prednisolon-21-hydrogensuccinat-Natrium (entsprechend 187,5 mg Prednisolon). 1 Lösungsmittelpulver enthält 1 ml Aqua ad injectionem. Solu-Dacortin® 1 g-Trockenampullen mit Lösungsmittel: 1 Durchschleifflasche enthält 1000 mg Prednisolon-21-hydrogensuccinat-Natrium (entsprechend 747,0 mg Prednisolon). 1 Lösungsmittelpulver enthält 10 ml Aqua ad injectionem. **Anwendungsgebiete:** – Anaphylaktischer Schock (nach primärer Epinephrininjektion); – Lungendämmerung durch Inhalation toxischer Substanzen wie Chlorgas, Isocyanat, Schwefelwasserstoff, Phosgen, Nitrogen, Ozon; ferner durch Magensaftsaure und durch Ertrinken; – Schwere akute Asthmaanfälle; – Hirnödem, ausgelöst durch Hirntumor, neurochirurgische Eingriffe, Hirnabszess, bakterielle Meningitis; – Abstoßungskrisen nach Nierentransplantation; – Parenterale Anfangsbehandlung ausgezeichneter akuter schwerer Hautkrankheiten (Pemphigus vulgaris, Erythrodermie; gilt nicht für Solu-Dacortin® 1 g); – Akute Blutkrankheiten: autoimmune hämolytische 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); – Akute Schübe von Krankheiten mit hoher entzündlicher oder immunologischer Aktivität können Indikationen für eine zeitlich begrenzte hochdosierte intravenöse Therapie darstellen, wenn es sich um ein möglicherweise rasches Wirkungseintritt ankommt oder eine perorale Applikation unmöglich ist. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Glukokortikoide, ATC-Code: H02AB06. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Wasser für Injektionszwecke. **Stand der Information:** Dezember 2006

**Prednisolon® 1 mg-Tabletten.** Prednisolon® 5 mg-Tabletten. Prednisolon® 25 mg-Tabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Prednisolon® 1 mg-Tabletten: 1 Tablette enthält 1 mg Prednisolon und 86,5 mg Lactose-Monohydrat. Prednisolon® 5 mg-Tabletten: Eine Tablette enthält 5 mg Prednisolon und 94,13 mg Lactose-Monohydrat. Prednisolon® 25 mg-Tabletten: Eine Tablette enthält 25 mg Prednisolon und 155,3 mg Lactose-Monohydrat. **Die vollständige Auflistung siehe Liste der sonstigen Bestandteile.** **Anwendungsgebiete:** Prednisolon® 1 mg-Tabletten: Erkrankungen, die einer systemischen Therapie mit Glukocorticoiden 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 (Erfahrungsdosis) und – zur langsamen Dosisreduktion beim Absetzen (Ausweichen der Behandlung) einer länger dauernden (Monate bis Jahre) höher dosierten Prednisolontherapie. Hierzu gehören insbesondere je nach Erscheinungsbild und Schweregrad: Substitutionstherapie – Morbus Addison; – Hypophysendrüsenunterfunktion (falls Hydrocortison und Cortison als Mittel der ersten Wahl nicht verfügbar sind). **Pharmakologische Therapie:** Rheumatische Krankheiten; – Rheumatoide Arthritis; – Juvenile chronische Arthritis; – Still-Syndrom; – RS3P-Syndrom (Remittierend Seronegative Symmetrische Synovitis mit Pitting Endema-Syndrom), Systemkrankheiten; – Systemischer Lupus erythematosus; – Polymyositis und Dermatomyositis; – Weitere; 2. Antisynthetische-Syndrom, Übererregungssyndrome (Sharp-Syndrom), Sjögren-Syndrom, Eosinophile Fasziitis, Polychondritis chronica atrophicans, Sarkoidose, Systemvaskulitiden; – Riesenzellarteriitis bzw. Polyomyalgie rheumatica; – Panarteritis nodosa (Hepatitis B-negativ). Immer in Kombination mit Immun suppressiva; – Wegenerische Granulomatose; Churg-Strass-Syndrom; Mikroskopische Polyangiitis; Prednisolon® 5 mg und 25 mg-Tabletten: Prednisolon® ist bei allen Krankheiten angezeigt, die auf eine systemische Glukocorticoidtherapie ansprechen. – Rheumatische Krankheiten: Rheumatisches Fieber, Rthritis rheumatica (Erdos-, Miett- und Pancharditis rheumatica), chronische Polyarthritis (rheumatoide Arthritis), einschließlich Sonderformen wie Felty-Syndrom, Still-Syndrom, akute idiopathische Arthritis, Durchschleifflasche enthält 1000 mg Prednisolon-21-hydrogensuccinat-Natrium (entsprechend 747,0 mg Prednisolon). 1 Lösungsmittelpulver enthält 10 ml Aqua ad injectionem. **Anwendungsgebiete:** – Anaphylaktischer Schock (nach primärer Epinephrininjektion); – Lungendämmerung durch Inhalation toxischer Substanzen wie Chlorgas, Isocyanat, Schwefelwasserstoff, Phosgen, Nitrogen, Ozon; ferner durch Magensaftsaure und durch Ertrinken; – Schwere akute Asthmaanfälle; – Hirnödem, ausgelöst durch Hirntumor, neurochirurgische Eingriffe, Hirnabszess, bakterielle Meningitis; – Abstoßungskrisen nach Nierentransplantation; – Parenterale Anfangsbehandlung ausgezeichneter akuter schwerer Hautkrankheiten (Pemphigus vulgaris, Erythrodermie, Lyell-Syndrom, schwere Blutkrankheiten wie akute idiopathische thrombozytopenische Purpura, hämolytische Anämien mit schwerer Hämolyse und HB-Werten unter 6% sowie die akute rheumatische Karditis). **Gegenanzeigen:** – Überempfindlichkeit gegen Dexamethason oder einen der sonstigen Bestandteile von Fortecortin®-Systemische Mykosen. Bei länger dauernder Anwendung, die über die Notfalltherapie hinausgeht, gelten die Gegenanzeigen einer systemischen Kortikoid-Therapie; – gastrointestinale Ulcera; – Höhreränderung Osteoporosen; – Schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis); – Virosen (z.B. Herpes simplex und Herpes zoster (virämische Phase), Varizellen, Poliomyelitis [mit Ausnahme der bulbärencephalitischen Form]); – HBsAg-positive chronisch aktive Hepatitis; – Rosazea; – Ca. 8 Wochen vor bis 2 Wochen nach Schutzimpfungen; – Lymphadenitis nach BCG-Impfung; Systemische Mykosen; Bei länger dauernder Therapie; – Ulcus duodenale; – Ulcus ventriculi; – Schwere Osteoporose; – Schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis); – Psychiatrische Anamnese; – Glaukom; – Poliomyelitis. Mit Totimpfstoffen (z.B. in Fluenza) kann auch während einer Corticoide Therapie geimpft werden, nicht dagegen mit Lebendimpfstoffen (Röteln, Masern, BCG, Polio, s.o.). Unter einer Substitutionstherapie können Patienten sowohl Lebend- wie Totimpfstoffe erhalten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Glukocortikoide, ATC-Code: H2AB06. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Prednisolon® 1 mg-Tabletten: Magnesiumstearat, Siliciumdioxid, Hypromellose, Carboxymethylstärke-Natrium, mikrokrystalline Cellulose, Talkum, Maisstärke, Lactose-Monohydrat. Prednisolon® 5 mg-Tabletten: Lactose-Monohydrat, Cellulose, Amylum Solani, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Croscarmellosecellulose, Povidon, Polyethylenglykol. Prednisolon® 25 mg-Tabletten: Lactose-Monohydrat, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Cellulose, Povidon, Polyethylenglykol. **Stand der Information:** April 2007. **Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen zu den Abschnitten Merck Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

## **AUSSTELLER und INSERENTEN**

ALERE GmbH, Linz

ASTRAZENECA Österreich GmbH, Wien

CSL BEHRING GmbH, Wien

DERMAPHARM GmbH, Wien

EMCOOLS – Emergency Medical Cooling Systems AG, Wien

FRESENIUS KABI Austria GmbH, Graz

HELLMUT HABEL GmbH, Wien

MAGRATHEA Informatik GmbH, Hannover, D

MASIMO Österreich GmbH, Wien

MERCK GmbH, Wien

DAIICHI SANKYO PHARMA (EUROPE) LIMITED, D

ÖSTERREICHISCHE AKADEMIE DER ÄRZTE, Wien

PFIZER Corporation Austria GmbH, Wien

PULS Verein zur Bekämpfung des plötzlichen Herztodes, Wien

RORACO GmbH, Wien

sanofi-aventis GmbH, Wien

SCHILLER Austria, Linz

SHIRE Deutschland GmbH, Berlin, D

SIEMENS Healthcare Diagnostics GmbH, Wien

WERFEN Austria GmbH, Wien

(Stand per Drucklegung)



Fortecortin

Das Dexamethason

Solu-Dacortin

Das Prednisolon

Aprednison

Das orale Prednisolon

Die 3 Säulen einer Cortison-Therapie

[www.medizinpartner.at](http://www.medizinpartner.at)