

# Inhalt

Vorwort	S54
Grußworte	
Begrüßung zur Eröffnungsveranstaltung	S55
Eröffnungsansprache des DGAI-Präsidenten	S56
Grußwort des BDA-Präsidenten	S58
Grußwort der DAAF-Präsidentin	S59
Ehrungen	
DGAI-Ehrennadel in Gold mit Brillanten	S60
Ehrenmitglieder der DGAI	S61
Korrespondierende Mitglieder der DGAI	S63
DGAI-Ehrennadel in Gold	S65
Franz-Kuhn-Medaille der DGAI	S67
Ehrenstatue des BDA für herausragende Verdienste	S68
Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Gold	S69
Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA	S70
Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Silber	S71
Wissenschaftliche Preise	
DGAI-Forschungsstipendium der Fresenius-Stiftung	S74
Karl-Thomas-Preis	S76
August-Bier-Preis	S77
Carl-Ludwig-Schleich-Preis	S79
Thieme Teaching Award	S80
Heinrich-Dräger-Preis für Intensivmedizin	S81
Rudolf-Frey-Preis für Notfallmedizin	S83
Klinisch-Wissenschaftlicher Forschungspreis der DGAI	S84
Wissenschaftlicher Vortragswettbewerb "Research-for-Safety"	S86
Hellmut-Weese-Gedächtnisvorlesung	
Kay Nehm: 30 Jahre „Deutscher Herbst“ – Ein Zeitzeuge berichtet –	S89

# Vorwort



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Deutschen Anästhesiecongresse (DAC) sind ohne Zweifel der jährliche Höhepunkt im wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Leben der deutschen Anästhesiologie. Diese Feststellung schmälert in keiner Weise die Bedeutung anderer Veranstaltungen im Fachgebiet, wie des „Hauptstadtkongresses Anästhesie und Intensivmedizin der DGAI“ (HAI), der Regionaltagungen von DGAI und BDA, der Symposien der Wissenschaftlichen Arbeitskreise oder nicht zuletzt der Würzburger Wissenschaftlichen Arbeitstage der DGAI.

Ein „Highlight“ der DACs ist wiederum die feierliche Eröffnungsveranstaltung mit der Ansprache des Präsidenten, der Hellmut-Weese-Gedächtnisvorlesung, den Ehrungen in- und ausländischer Persönlichkeiten, die sich in verschiedener Weise um die Anästhesiologie verdient gemacht haben, der Überreichung der wissenschaftlichen Preise der DGAI sowie der Verleihung der Preise für den wissenschaftlichen Vortragswettbewerb. Die wissenschaftlichen Preise und der Vortragswettbewerb sind im Übrigen dank der selbstauferlegten, großzügigen Verpflichtung der Pharmazeutischen- und Medizingeräteindustrie und eines namhaften Verlages, Forschung und Lehre im Fachgebiet zu fördern, mit insgesamt über 125.000 € dotiert. Hierfür auch an dieser Stelle unsernen herzlichen Dank.

Aus naheliegenden Gründen kann an den Kongresseröffnungen nur ein begrenzter Teil der 4.000-5.000 Kongressbesucher teilnehmen, die wiederum nur knapp ein Fünftel der im Fachgebiet tätigen Kolleginnen und Kollegen darstellen. Um der großen Mehrheit der Anästhesistinnen und Anästhesisten in Deutschland, also Ihnen als Mitglieder von DGAI und BDA und Leserinnen und Lesern der A&I die Möglichkeit zu geben, an den wesentlichen Inhalten dieser Eröffnungsveranstaltungen teilzuhaben, haben die Präsidien von DGAI und BDA beschlossen, diese in Zukunft in einer gesonderten Broschüre zu dokumentieren. Sie umfasst die jeweilige Ansprache der Präsidenten, die Abstracts der Arbeiten und Vorträge, auf die ein wissenschaftlicher Preis entfallen ist, sowie die Lebensläufe der Autoren, die Laudationes der Geehrten und die Hellmut-Weese-Gedächtnisvorlesung.

Damit ist die „publizistische Nacharbeit des DAC“, bestehend aus der zitierfähigen Veröffentlichung der Abstracts des DAC als Supplement dieser Zeitschrift und der vorliegenden Broschüre, abgerundet und komplettiert.

Wir wünschen Ihnen eine interessante und anregende Lektüre.

H. Van Aken  
– Präsident DGAI –

J. Biscoping  
– Kongresspräsident DAC 2008 –

# Begrüßung zur Eröffnungsveranstaltung

Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,  
liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ganz herzlich begrüße ich Sie zur feierlichen Eröffnung der 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Unser diesjähriger Kongress steht unter dem Motto „Vertrauen durch Kompetenz“ und umschreibt damit zentrale Anliegen ärztlichen Handelns, welche im Zusammenhang mit unserer Fachdisziplin nicht nur auf den Patienten ausgerichtet sind, sondern im gleichen Maße unserem chirurgischen Partner entgegengebracht werden – ja entgegengebracht werden müssen, um in der arbeitsteiligen Fürsorge und Verantwortung für den Patienten mit der gebotenen Sorgfalt und Hilfestellung einander so zu unterstützen, dass das Ziel – die Hilfe für Patienten in zum Teil schwierigsten Lebenssituationen – erreicht werden kann. Bei dieser gemeinsamen Arbeit am Patienten ist es die Kompetenz, die Sicherheit vermittelt und die eine vertrauliche Zusammenarbeit im Wissen um die Fähigkeit des jeweils anderen begründet. Der seit vielen Jahren etablierte Begriff des Vertrauensgrundsatzes beschreibt dies prägnant und ist untrennbar mit dem Namen von Professor Weißauer verbunden – doch dazu später mehr.

So freue ich mich besonders, Herrn Professor Steinau, 1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zu unserer Eröffnungsveranstaltung begrüßen zu können. Durch eine, im Vorjahr ebenso wie heute, zeitliche Überlagerung des Jahrestagesses Ihrer und unserer Fachgesellschaft mussten wir im Vorjahr auf Ihre Anwesenheit verzichten, aber wir konnten warten und so haben wir Sie heute bei uns.

Ganz herzlich begrüße ich die Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Herrn Professor Van Aken, und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, Herrn Professor Landauer. Die langjährige, exzellente Zusammenarbeit zwischen unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft und unserem Berufsverband macht es für Außenstehende nicht auf den ersten Blick erkennbar, dass zwei eigenständige Organisationen erfolgreich, weil mit vielen Gemeinsamkeiten ausgestattet, nicht nur am gleichen Strang, sondern auch in die gleiche Richtung ziehen.

Ebenso herzlich begrüße ich Sie, liebe Frau Professor Koch, als Präsidentin der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung. Nicht nur im Rahmen des jeweiligen Jahrestagesses, sondern mittlerweile bei einer Vielzahl von Fortbildungsveranstaltungen – über das Jahr und über das Land verteilt – sorgt die Deutsche Akademie für Anästhesiologische Fortbildung für eine qualifizierte Fort- und Weiterbildung und bringt sich in beachtlichem Umfang auch in diesen Kongress ein.

Als Präsidentin der Türkischen Gesellschaft für Anästhesiologie begrüße ich Sie, sehr verehrte Frau Professor Aypar, ganz herzlich. Mit der Ehre Ihrer Anwesenheit bekräftigen Sie das traditionell sehr gute Verhältnis unserer beiden Fachgesellschaften.

Mein ebenso herzlicher Gruß gilt Ihnen, Herr Professor Bubnianian, und Ihnen, Herr Professor Polushin, als präsidiale Vertreter der Russischen Fachgesellschaft. Auch mit Ihnen ver-

bindet uns eine langjährige, fruchtbare Zusammenarbeit, die sich dann zum jeweiligen Jahrestagung in gemeinsamen wissenschaftlichen Sitzungen widerspiegelt. Eine besondere Freude ist es mir, alle die herausragenden Persönlichkeiten zu begrüßen, denen in dieser Eröffnungsfeier durch unsere Wissenschaftliche Fachgesellschaft oder unseren Berufsverband heute Ehrungen und Preise zuteilwerden – sei es für hervorragende Leistungen in unserem oder für unser Fach. Dass ich Sie, lieber Herr Nehm, für die Hellmut-Weese-Gedächtnisvorlesung zum DAC 2008 gewinnen konnte, freut mich außerordentlich. Sie werden uns als Zeitzeuge und exponierter Repräsentant unseres Staates aus Ihrer Sicht über Ereignisse berichten, die mit ihrer Dramatik vielen der heute Anwesenden in immer noch bedrückender Erinnerung sind. Meine Begrüßung wäre nicht vollständig, würde ich nicht auch Sie, sehr geehrte Damen und Herren und Repräsentanten der Industrie, herzlich begrüßen, die es mit ihrem großen Engagement immer wieder möglich machen, so auch in diesem Jahr, dass wir uns in konzentriertester Form, aus erster Hand und vor Ort über die medizintechnische und pharmakologische Entwicklung informieren können, ohne die der heutige Stellenwert unseres Faches nicht denkbar wäre. Gerne berichte ich Ihnen an dieser Stelle auch von dem sehr erfolgreichen Verlauf eines Bürgerforums, welches heute Nachmittag im historischen Rathaussaal der Stadt Nürnberg zum Thema „Patientenverfügung“ stattgefunden hat. Ganz bewusst sind wir mit diesem und einem weiteren, morgen stattfindenden Bürgerforum aus dem Rahmen des eigentlichen Kongresses herausgetreten, um einerseits die Bevölkerung auf unseren Jahrestagess in Nürnberg aufmerksam zu machen und um andererseits zu Themenbereichen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen, zu denen wir aus der Erfahrung unserer täglichen Arbeit heraus etwas zu sagen haben.

Dem ersten deutschen Reichskanzler Otto Graf von Bismarck, dessen Geburtstag sich zu Beginn dieses Monats jährt, wird der Ausspruch zugeschrieben „Nichts verbindet Menschen so sehr, wie gemeinsame Arbeit an gemeinsamen Zielen.“ Wenn es uns gelingt, diese Maxime auch zukünftig zu einer Richtschnur unseres Handelns zu machen – sowohl innerhalb unseres Faches als auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit – dann muss uns um die Zukunft nicht bange sein! Uns allen wünsche ich einen interessanten, erfolgreichen Deutschen Anästhesiecongress 2008, bei dem wir unser Wissen vermehren, eigene Standpunkte überprüfen und neue Erkenntnisse für unsere tägliche Arbeit finden, um mit gestärkter Kompetenz weiterhin Vertrauen bei unserer täglichen Arbeit zu wecken.

Prof. Dr. J. Biscoping  
Kongresspräsident DAC 2008

# Eröffnungsansprache des DGAI-Präsidenten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
meine sehr verehrten Damen, meine Herren,

zur 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin heiße ich Sie als Präsident unserer Gesellschaft herzlich willkommen.

„Vertrauen“ und „Kompetenz“ sind die beiden Schlagworte, die das Motto unserer diesjährigen Jahrestagung prägen. Vertrauen müssen uns unsere Patienten, ihnen bleibt keine Wahl, wissen sie doch viel zu wenig von dem, was mit ihnen geschieht. Auf gegenseitigem Vertrauen basiert auch die Arbeitsteilung zwischen Chirurg und Anästhesist; beide müssen sich wechselseitig darauf verlassen, dass der ärztliche Partner seine Aufgaben fachkundig durchführt.

Vertrauen muss man sich verdienen. Die deutsche Anästhesie hat es sich in den zurückliegenden 55 Jahren verdient. Unsere Aufgabe ist es, die Grundlagen für dies Vertrauen weiter zu festigen. Das bedeutet manchmal nicht mehr und nicht weniger, als das Erreichte zu verteidigen. Aktuell muss vor allem den sog. „ökonomischen Zwängen“ hin und wieder die Stirn geboten werden. Rationalisierung, Streamlining und Prozessoptimierung haben dort ihre Grenzen, wo die Sicherheit der Patienten auf dem Spiel steht. Wenn der zunehmende Produktionsdruck im OP oder auf der Intensivstation die Grenze des ökonomisch Sinnvollen überschreitet und für den Patienten gefährlich wird, dann heißt es für jeden von uns, die Stimme zu erheben – Verantwortung zu übernehmen, für das Wohl des Patienten.

So wurde die deutsche Anästhesie vor kurzem damit konfrontiert, dass ein privater Klinikbetreiber ein Konzept für Medizinische Assistenten in der Anästhesie (MAfA) propagierte. Wir haben als DGAI unsere Stimme dagegen erhoben. Den fachlichen, sozialgesetzlichen und haftungsrechtlichen Bedenken musste sich schließlich auch der HELIOS-Konzern beugen und sein umstrittenes Konzept zurücknehmen. Das ist wohl jedem hier bekannt. Vielleicht nicht so bekannt ist die für unser Fachgebiet erfreuliche Tatsache, dass sich im Zusammenhang mit dieser Auseinandersetzung zeigte, auf welche Verbündete wir bei der Verteidigung der Patientensicherheit als oberstes Gebot zählen dürfen. Neben Juristen und Medizinrechtlern, für die es an unserer Position ohnehin nichts zu deuteln gibt, sind es inzwischen auch die Kollegen aus den anderen medizinischen Fachgebieten, die auf unsere ärztliche Kompetenz in Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallbehandlung und Schmerztherapie nicht mehr verzichten wollen. Und schließlich artikulieren auch die Patienten – dank entsprechender Veröffentlichungen in den Medien – immer entschiedener und deutlicher, dass sie vom Arzt anästhesiert und behandelt werden wollen.

Im Kontext der MAfA-Debatte haben uns unsere juristischen Berater deutlich gemacht, dass es die Ärzte und ihre Fachgesellschaften weitgehend selbst in der Hand haben, ihre Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche abzustecken. Dies haben wir, meine sehr verehrten Damen und Herren, in den letzten Monaten getan. In der Dezemberausgabe von „Anästhesiologie & Intensivmedizin“ ist die Thematik der ärztlichen Kernkompetenz und Delegation in der Anästhe-

sie ganz deutlich dargestellt. Aus dieser Entschließung geht genau hervor, welche Tätigkeiten Sie delegieren dürfen und welche nicht. In der Januarausgabe von A&I ist die Entschließung zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der Intensivmedizin erschienen.

Unser Erfolg in der MAfA-Frage darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Delegations-Thematik auch weiterhin einbrisantes Thema ist und auf absehbare Zeit bleiben wird – für alle ärztlichen Berufe, nicht nur für Anästhesisten. Dafür spricht schon das Sachverständigungsgutachten zur Entwicklung im Gesundheitswesen vom Juli 2007. Darin wurde dieses Thema pointiert herausgestellt und ausgerechnet das MAfA-Konzept als positives Exempel angeführt. Dafür spricht auch – ganz aktuell, vor zwei Wochen veröffentlicht – eine Studie im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Darin wird nach Lösungen für einen prognostizierten Ärzttemangel gesucht. Zwar wird klar formuliert, dass Prozeduren, die wegen

- ihrer Schwierigkeiten,
  - ihrer Gefährlichkeit oder wegen
  - der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen
- professionelles ärztliches Fachwissen voraussetzen, vom Arzt persönlich durchzuführen, und nicht delegationsfähig sind. All das trifft ohne Frage auf die Anästhesie zu und entspricht hundertprozentig unserem Standpunkt. Andererseits – und durchaus ein wenig inkonsistent – schließt dieses Gutachten – zumindest auf längere Sicht – auch für die Anästhesie eine Übernahme bisher ärztlicher Tätigkeiten durch Nichtärzte nicht aus. Voraussetzung sei allerdings die Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und eine entsprechende Qualifikation der Nichtärzte.

Unser Standpunkt dazu ist klar und unmissverständlich: Anästhesieführung ist eine ärztliche Tätigkeit. Wenn andere Heilberufe Anästhesien führen sollen, dann ist das keine Delegation mehr. Dann handelt es sich um Substitution ärztlicher Tätigkeit durch nicht-ärztliche Berufe.

Die Unterscheidung zwischen Delegation und Substitution ist umso wichtiger, als der Gesetzgeber – mittlerweile ganz konkret und hochaktuell – die Substitution gewisser ärztlicher Tätigkeiten durch Krankenpflegepersonal anstrebt. Gestern, meine Damen und Herren, hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – kurz Pflegeweiterentwicklungsgesetz – verabschiedet. Danach ist es nun möglich, dass Kranken- und Altenpflegepersonal selbstständig Verordnungen von Heil- und Pflegehilfsmitteln und die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege vornimmt, also therapeutische Entscheidungen trifft. Das Prinzip, dass Diagnose und Therapie dem Arzt vorbehalten sind, ist damit durchbrochen. Allerdings zunächst nur für den Bereich der Chronikerpflege und auch nur in Modellversuchen. Wichtig und für uns von Bedeutung ist eine Änderung, die durch eine Intervention des Bundesrates noch in das Gesetz eingebracht werden konnte: Danach wird der Gemeinsame Bundesausschuss (der

GemBA) festlegen, welche Tätigkeiten für die Übertragung auf Angehörige der Pflegeberufe in Frage kommen. Vor der Entscheidung des GemBA sind die Bundesärztekammer sowie die Pflegeverbände anzuhören und deren Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen.

Bei diesem Gesetz und den darin vorgesehenen Modellvorhaben geht es um die Substitution ärztlicher Kerntätigkeiten – hier therapeutischer Entscheidungen – durch Nichtärzte. Aus unserer Sicht eine Notlösung – „Not kennt kein Gebot“. Wenn die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung durch einen Ärztemangel gefährdet ist, dann ist doch der erste Schritt, zunächst die Ärzte von nichtärztlichen Tätigkeiten zu entlasten – und den ärztlichen Beruf wieder attraktiver zu machen. Mit nichtärztlichen Aufgaben sind die Ärzte in den zurückliegenden Jahren überhäuft worden. Eine Entrümpelung und Rückführung auf das Kerngeschäft des ärztlichen Berufs, Diagnose und Therapie, ist überfällig. Dies wird auch dazu beitragen, das Fach für den Nachwuchs attraktiv zu gestalten und unseren jungen Kollegen nahezubringen, diesen wunderbaren Beruf, als Arzt kranken Menschen zu helfen, auszuüben. Denn das liegt uns auch am Herzen: die nachlassende Attraktivität der praktisch klinischen Tätigkeit unter den Medizinstudenten, den frisch Approbierter und den jungen Kolleginnen und Kollegen. Es geht um die Nachwuchsförderung, die Sicherung der Weiterbildung genügend junger Ärztinnen und Ärzte, die Fachärzte für Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin oder andere Fachgebiete werden wollen.

In diesem Zusammenhang haben wir in diesem Frühjahr gemeinsam mit Herrn Prof. Bauer als Generalsekretär der DGCh, Herrn Prof. Encke, Präsident der AWMF, Herrn Prof. Hidemann, Vize-Präsident der DGIM, und Herrn Prof. Polonius, Präsident des BDC, einen wichtigen Teilerfolg erzielen können. Es ist uns – endlich – gelungen, die DKG davon zu überzeugen, dass die Weiterbildung innerhalb der DRG-Vergütung in Zukunft gesondert berücksichtigt werden muss, ähnlich wie die Notfallversorgung. Weiterbildung ist nicht zum Nulltarif zu haben. Für die Weiterbildung eines jeden neuen Facharztes ist in etwa ein Arbeitsjahr eines erfahrenen Facharztkollegen zu investieren. In der DRG-Konvergenzphase hat sich mittlerweile ein Ungleichgewicht zwischen Häusern, die nicht oder wenig weiterbilden, und Häusern, die umfangreich weiterbilden, entwickelt, denn die Erlöse sind für beide gleich. Dieses Ungleichgewicht bedarf der Korrektur. Mit der DKG haben wir nun einen gewichtigen Mitstreiter für unser Anliegen gewonnen. Wir müssen uns aber auch selbst etwas bewegen und umdenken. Zu häufig sind in der Vergangenheit Weiterbildungsärzte als billige Arbeitskräfte missbraucht worden, anstatt ihnen ein anspruchsvolles und anziehendes Weiterbildungsprogramm zu bieten. Andere Länder sind uns da voraus. Wen wundert es, wenn die Abwanderung junger Ärzte ins Ausland vor kurzem auf der Titelseite des Deutschen Ärzteblattes thematisiert wurde?

Nun noch einige Worte zu aktuellen Entwicklungen in der Intensivmedizin. Anfang des Jahres wurde eine eigenständige Gesellschaft für Intensivmedizin mit persönlicher Mitgliedschaft gegründet. Ohne Frage ist die Unterstützung einer solchen Gesellschaft der Einstieg in die Selbstständigkeit der Intensivmedizin, in die Schaffung eines eigenen medizinischen Fachgebiets. Die Verselbstständigung der Intensiv-

medizin ist in Deutschland bisher aus guten Gründen immer abgelehnt worden. Auch auf europäischer Ebene, in der Vereinigung der medizinischen Fachgesellschaften, UEMS, hat man gerade in der vergangenen Woche den Weg der „particular competence“ (unserer deutschen Zusatzweiterbildung) für die Intensivmedizin gewählt. Dies unterstreicht, dass die Intensivmedizin weiterhin eine Spezialisierung innerhalb einiger bestehender Fachgebiete bleibt.

In den vergangenen Monaten hat sich die DIVI gründlich dieser neuen Herausforderung angenommen. Die DIVI als Zusammenschluss derjenigen medizinischen Fachgesellschaften, die Intensivmedizin betreiben, hat sich klar und eindeutig für die Beibehaltung der bestehenden Struktur ausgesprochen. Intensivmedizin soll integraler Bestandteil der Mutterdisziplinen bleiben und nicht selbstständig werden. Um die Anliegen der Intensivmedizin nach innen und außen besser vertreten zu können und dem berechtigten Wunsch vieler in der Intensivmedizin tätiger Kolleginnen und Kollegen auf Schaffung eines interdisziplinären Forums mit Individualmitgliedschaft zu entsprechen, musste die schon seit längerem diskutierte Satzungsänderung der DIVI mit Vorrang umgesetzt werden. Diese scheint mittlerweile dank der Einsicht aller Beteiligten unter Dach und Fach zu sein. Die DIVI, seit 1977 als interdisziplinäre Vereinigung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände in der Intensivmedizin erfolgreich, wird damit zu einer echten wissenschaftlichen Fachgesellschaft mit persönlicher Mitgliedschaft weiterentwickelt. Sie wird sowohl die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände der Intensiv- und Notfallmedizin betreibenden Fachgebiete als auch Ärztinnen und Ärzte, die in der Intensiv- und Notfallmedizin tätig sind, als Einzelmitglieder vertreten. Zudem wird sie sich auch nichtärztlichen Personen aus diesen Bereichen öffnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, Henry Ford hat formuliert:

- Zusammenkunft ist ein Anfang
- Zusammenhalt ist Fortschritt
- Zusammenarbeit ist der Erfolg.

Die Zusammenkünfte, der Zusammenhalt und die Zusammenarbeit mit vielen von Ihnen waren in den eineinhalb Jahren meiner Amtszeit als DGAI-Präsident sehr positiv und dadurch auch erfolgreich. Dies wollen wir beibehalten, und hierfür danke ich Ihnen und wünsche Ihnen allen einen ebenso erfolgreichen Kongress!

Prof. Dr. Dr. h.c. Hugo Van Aken

# Grußwort des BDA-Präsidenten

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

wieder einmal darf ich Sie im Namen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten ganz herzlich zur Jahrestagung unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, diesmal der 55., in Nürnberg - seit mehr als einem Vierteljahrhundert Heimatstadt der deutschen Anästhesie - begrüßen.

Hier befindet sich nicht nur seit eh und je die Geschäftsstelle unserer Verbände, sondern auch der Ort, wo vor allem von Walter Weißauer und Wolfgang Opderbecke berufspolitisch Anästhesiegeschichte geschrieben wurde. Außerdem fand in der Metropolregion Nürnberg, nämlich in Erlangen - dem Sitz unseres nächsten Präsidenten, Prof. J. Schüttler -, kurz nach der ersten öffentlichen Demonstration der Schwefeläthernarkose im MGH in Boston, eine der ersten klinischen Anwendungen dieses neuen Anästhesiemittels in Deutschland durch den Chirurgen Heyfelder statt.

Gerade heute von besonderer Aktualität ist, dass, fußend auf diesen Erfahrungen, sehr schnell eine Verordnung im „Intelligenzblatt für Oberbayern“ verfügte, dass die Anwendung des Schwefeläthers nur „unter Aufsicht und Leitung praktischer Ärzte vorgenommen werden dürfe, keineswegs aber von dem untergeordneten wundärztlichen Personal alleine“! So viel, meine Damen und Herren, zum Kongressort.

Die Veranstaltung steht unter dem Motto „Vertrauen durch Kompetenz“, wobei nicht nur Vertrauen, sondern, ich erinnere an das Leitmotiv des DAC 2004, auch „Qualität durch Kompetenz“ erwachsen soll. Vertrauen ist gerade in dem heutigen, von I. Eibl-Eibesfeldt als „bindungslose Misstrauengesellschaft“ apostrophierten Gemeinwesen ein hohes Gut, das unachtsam behandelt, schnell verspielt ist. Dabei ist Vertrauen nach N. Luhmann ganz generell ein notwendiger „Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität“. Gibt es doch im zwischenmenschlichen Miteinander kaum etwas, welches das Gegenüber mehr verpflichtet als geschenktes Vertrauen. In der Arzt-Patienten-Beziehung ist jedoch zu berücksichtigen, dass „Urmisstrauen“ nach H. Küng „eine normale menschliche Reaktion in der Krankheitssituation“ ist. Vertrauen ist gerade für uns Anästhesisten kein Fremdwort; wurde es uns doch von unseren operativen Partnern als eine Grundvoraussetzung der endgültigen Eigenständigkeit unseres Faches erst spät „geschenkt“. Erinnern wir uns, dass die Anästhesie, von dem bekannten Breslauer Chirurgen J. von Mikulicz-Radecki bereits 1901 als „eine der feinsten ärztlichen Kunstleistungen“ bezeichnet, auf Grund ihrer Kompetenz erst durch den Beschluss des 56. Deutschen Ärztetages 1953 in die Facharztordnung aufgenommen und damit „hoffähig“ wurde. Trotz so verbriefter fachlicher Kompetenz „litt“ sie noch ein Jahrzehnt als Weisungsempfängerin des Chirurgen an mangelndem Vertrauen. Der Chirurg nämlich bestimmte, bestärkt durch das bis dato herrschende Dogma „ärztliche Verantwortung ist unteilbar“ als „Captain of the Ship“ über unsere Köpfe hinweg, was im Operationssaal geschah bzw. zu geschehen hatte. Erst 1962 wurde unsere nun wirklich nicht mehr zu übersehende Kompetenz durch

das nötige, institutionalisierte Vertrauen belohnt. In diesem Jahr nämlich setzte sich Walther Weißauer mit seinem viel beachteten Gutachten „Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur“ mit dieser Problematik auseinander und gegen K. Engisch, einem bekannten Strafrechtler aus München, der die Anästhesie noch als eine bloße „Hilfstätigkeit“ betrachtete, durch. Weißauer setzte mit seiner schlüssigen Argumentation einen Meilenstein, der die Verhältnisse nicht nur in dem damals noch jungen Fach Anästhesie, sondern zukünftig auch in der gesamten Medizin revolutionieren sollte. Eine der Kernaussagen seines im wahrsten Sinne des Wortes „bahnbrechenden“ Gutachtens war der Vertrauensgrundsatz basierend auf einer strikten horizontalen Arbeitsteilung. Dieses, von nun an die interdisziplinäre Zusammenarbeit tragende, Leitprinzip legt fest, jeder an der Behandlung eines Patienten Beteiligte kann sich, solange nicht durch besondere Umstände das Gegen teil erkennbar wird, darauf verlassen, dass sein jeweiliger Partner die ihm zufallenden Aufgaben „lege artis“ erfüllt, d.h., dass ihm vertraut werden kann und er damit vertrauenswürdig ist. Dieser kurze Exkurs in die Geschichte zeigt, welche fundamentale Bedeutung das in diesem Jahr gewählte Kongressmotto „Vertrauen durch Kompetenz“ - vielleicht auch im Umgang mit den derzeitigen Veränderungsbestrebungen im eigenen Fach - für uns besitzt. Er zeigt außerdem die unschätzbaren Verdienste von Walther Weißauer, die in der Eröffnungsveranstaltung explizit noch einmal gewürdigt werden. Dass wir Ärzte trotz aller Horrormeldungen in den Medien - „only bad news is good news“ - in der Bevölkerung immer noch großes Vertrauen genießen, ist unstrittig. Dieses gilt es als hohes Gut zu erhalten und zu mehren. Vergessen wir nicht, „Vertrauen stellt keine Bedingungen. Es ist aber die Bedingung für jeden Erfolg“ (G. Höhler). Misstrauen dagegen legt dem, dem es entgegenschlägt bereits unbewusst nahe, sich so zu verhalten, wie es von ihm unterschwellig erwartet wird. So läuft beispielsweise der misstrauische Patient große Gefahr, den Behandlungsmisserfolg als Selbstbestätigung geradezu unwillkürlich herauszufordern. Ökonomisch gesehen, erfordert Misstrauen einen kontraproduktiv hohen Kontrollaufwand, der anderweitig besser eingesetzt wäre. Die Gesundheitspolitik führt uns dies bei ihren Entscheidungen nahezu täglich vor Augen. Überhaupt leiden wir alle, die sich uns anvertrauenden Patienten nicht ausgenommen, politisch unter einem solchen Vertrauensdefizit, fast ist man versucht, von „Vertrauensnotstand“ zu sprechen, das auch durch noch so hohe Kompetenz kaum kompensierbar scheint. Vollends missbraucht wird das Vertrauen der Bevölkerung - unserer potentiellen Patienten - durch die Bestrebungen der Politik, ärztliche Behandlung wie etwa die Narkose, Nicht-Ärzten zu übertragen, um nur ein Beispiel zu nennen. Kompetenz ist aber nur ein Faktor, der uns des Vertrauens unserer Patienten und Partner würdig macht. Ein anderer ist die ärztliche Grundeinstellung, nämlich das Problem des anderen mit der erworbenen und sicher auch auf diesem DAC gemeinsamen Kompetenz, wie sein eigenes zu behandeln! Wir sind

dankbar für das Vertrauensverhältnis, das uns mittlerweile mit unseren Operateuren, insbesondere aber den Chirurgen verbindet. Da Vertrauen auch immer etwas mit Personen zu tun hat, freuen wir uns besonders Herrn Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, den Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, mit der Ernst-von-der-Porten-Medaille des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten auszeichnen zu können.

Mit diesen Gedanken, vor allem zum Thema Vertrauen, darf ich Sie auf unsere Jahrestagung hier in Nürnberg einstimmen und hoffen, dass Sie sich von dem wissenschaftlich, aber auch berufspolitisch ebenso vielseitigen wie attraktiven Programm überraschen und inspirieren lassen. Dass der DAC 2008 zu einem weiteren Kompetenzzuwachs und damit mittelbar

zu einem entsprechenden Anstieg unserer Vertrauenswürdigkeit führt, wünsche ich uns allen. Schlussendlich möchte ich diesen Augenblick nicht ungenutzt lassen, mich auch in Ihrem Namen beim diesjährigen Kongresspräsidenten, aber auch beim Präsidenten der DGAI für ihr offensichtliches Engagement für unser Fach zu bedanken. Vor allem „König Hugo“ hat auch im zweiten Jahr seiner „Regentschaft“ ein Tempo vorgelegt, das nicht nur seiner Entourage, sondern auch uns einiges abforderte. Aber das so Erreichte, sie werden es auf diesem Kongress noch erfahren, kann sich sehen lassen!

Prof. Dr. med. Bernd Landauer

## Grußwort der DAAF-Präsidentin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF) begrüße ich Sie zur 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin in Nürnberg.

Unter dem Motto des diesjährigen Kongresses „Vertrauen durch Kompetenz“ freue ich mich besonders, dass die DAAF durch ein deutlich erweitertes Angebot mit erstmalig zehn Refresher-Kurs-Sitzungen zur Stärkung der Kompetenz unserer Kolleginnen und Kollegen beitragen kann.

Unser ärztliches Handeln in immer komplexeren Behandlungsabläufen, unter dem gleichzeitig zunehmenden ökonomischen Druck, stellt eine große Herausforderung dar. Durch größte Sorgfalt und Kompetenz müssen wir in unserer täglichen Arbeit die Sicherheit der uns anvertrauten Patienten gewährleisten und uns das Vertrauen der Patienten und unserer operativen Partner erwerben. Dies erfordert bei dem schnellen Wissenszuwachs in der Medizin die kontinuierliche Fortbildung in unserem Fachgebiet.

Die DAAF hat sich schon lange bevor „Continuing Medical Education“ (CME) zur gesetzlichen Pflicht wurde, die Aufgabe gestellt, qualitativ hochwertige und praxisrelevante

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zur Förderung und Erhaltung der fachärztlichen Kompetenz anzubieten. Die jährlichen Refresher-Kurse auf dem DAC haben sich als fester Bestandteil zur kompetenten Wissensvermittlung in der klinischen Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin etablieren können. Neben der direkten Teilnahme am Refresher-Kurs haben Sie auch die Möglichkeit, auf die Inhalte der Referate, die in Buchform publizierten werden, zurückzugreifen. Ergänzt wird das Spektrum der Fortbildungsmöglichkeiten durch die bundesweit unter der Schirmherrschaft der DAAF angebotenen Veranstaltungen, die für das Jahr 2008 auf einem Flyer und auf der Homepage ([www.daa.de](http://www.daa.de)) zusammengestellt sind, sowie durch das gemeinsame e-Learning Portal von DGAI, BDA und DAAF ([www.my-bda.com](http://www.my-bda.com)).

Nur durch die ständige Aktualisierung unseres Fachwissens ist es möglich, den hohen Standard im klinischen Alltag zu gewährleisten, auf den unsere Patienten Anspruch haben. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen interessanten und lehrreichen Kongress und einen schönen Aufenthalt in Nürnberg.

Prof. Dr. med. Thea Koch



## DGAI-Ehrennadel in Gold mit Brillanten

**Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer  
Panicale/Italien**

Mit der Überreichung der DGAI-Ehrennadel in Gold mit Brillanten als eine besondere Ehrung durch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) soll ein Lebenswerk gewürdigt werden, das nicht nur der heutigen Generation von Anästhesistinnen und Anästhesisten von unschätzbarem Nutzen ist, sondern in seinen Auswirkungen weit in die Zukunft und über das Fachgebiet hinaus reicht. Ohne den weisen Rat und die Initiativen Walther Weißauers hätten die DGAI und die deutsche Anästhesiologie insgesamt ihr heutiges Profil und Ansehen niemals erreichen können. Die vielfältigen Verdienste Walther Weißauers im Einzelnen darzustellen, würde ebenso den Rahmen jeder Laudatio sprengen wie ein – wenn auch kurz gefasster – Blick auf sein ebenso erfülltes wie erfolgreiches Leben. Die Wertschätzung und Dankbarkeit der anästhesiologischen Verbände gegenüber Walther Weißauer hat bereits in zahlreichen Ehrungen ihren Ausdruck gefunden: Sie reichen von der Ehrenmitgliedschaft im Berufsverband Deutscher Anästhesisten sowie der DGAI über die Verleihung der Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA und der Heinrich-Braun-Medaille der DGAI bis hin zur Ehrenstatue des BDA für herausragende Leistungen (Hypnos). Die Bundesärztekammer verlieh ihm die Ernst-von-Bergmann-Plakette und der Bundespräsident das Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Die Laudationes zu all diesen Ehrungen sind im Schrifttum dokumentiert.

Walther Weißauer hat 1963 eine Arbeit in „Der Anaesthesis“ zum Thema „Zur Problematik der Schwesternnarkose und die Ausbildung von Anästhesieschwestern“ publiziert. Dieses Dokument, das 2008 45 Jahre alt wird, aber nicht im Geringsten an Bedeutung verloren hat, soll an dieser Stelle exemplarisch für die beneidenswerte Kombination von Scharfsinn und Weitblick sein, die Walther Weißauer wie kaum einen Anderen auszeichnet. Sie ist das Fundament, auf dem in über vier Jahrzehnten alle weiteren Entschließungen zum derzeit bedauerlicherweise wieder hochaktuellen Thema „Parallelnarkose“ aufgebaut haben. Diese Arbeit steht nahezu gleichberechtigt neben seinem bahnbrechenden Gutachten aus dem Jahre 1961, mit

dem der sogenannte „Vertrauensgrundsatz“ bei der „horizontalen“ Arbeitsteilung von Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete formuliert und so die fachliche Selbständigkeit des Anästhesisten gegenüber dem bis dato nahezu omnipotenten Operateur rechtlich gesichert wurde. Erst dieses Gutachten verhalf der Eigenständigkeit unseres Fachgebietes zum praktischen Durchbruch. Die Aufarbeitung der rechtlichen Stellung des Anästhesisten ist einer der vier großen Themenkreise, denen Walther Weißauer mit über 500 Publikationen und unzähligen Vorträgen wichtige Impulse gab und in denen er bleibende Standards setzte. Die drei anderen Hauptthemenkreise betreffen die Problematik der ärztlichen Aufklärung, die Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht und nicht zuletzt das immer komplizierter werdende Liquidationsrecht. Als Justitiar von DGAI und BDA war W. Weißauer überdies lange Jahre verlässlicher Rat- und Ideengeber der Verbände und sorgte mit der Gründung der Medizinischen Congressorganisation Nürnberg (MCN) nachhaltig für eine professionelle und wirtschaftlich sichere Organisation der Fachtagungen und Kongresse. Nicht zuletzt war Professor Weißauer, auch bedingt durch seine Funktion als Justitiar des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, stets der ehrliche Makler zwischen den Fachgebieten, der durch die Formulierung vieler gemeinsamer Vereinbarungen zu der stabilen und bemerkenswert guten Partnerschaft zwischen Chirurgen und Anästhesisten entscheidend beigetragen hat.

Es ist der DGAI ein großes Bedürfnis, Herrn Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer für dieses langjährige, außergewöhnliche Engagement zu danken und ihm mit der Überreichung der Ehrennadel in Gold mit Brillanten eine Ehrung zuteil werden zu lassen, die noch niemals vergeben wurde.



## Ehrenmitglied der DGAI

### Prof. Dr. med. Pierre Coriat Paris/Frankreich

Pierre Coriat wurde am 6. August 1951 in Frankreich geboren. Nach Studium und Promotion am Département d'Anesthésie du Centre Hôpitaux-Universitaires Pitié-Salpêtrière in Paris erlangte er 1981 zunächst seine Facharztanerkennung als Kardiologe. Anschließend wechselte er in das Fachgebiet Anästhesiologie und erhielt zwei Jahre später die Facharztanerkennung als Anästhesist.

Seit 1988 ist Pierre Coriat Professor für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Paris und Direktor des Département d'Anesthésie am Pitié-Salpêtrière-Hospital Paris (seit 1994), eines der größten medizinischen Zentren Europas. Zusätzlich ist Pierre Coriat seit Mai 2007 Vorsitzender des Medical Council of Assistance Publique Hôpitaux de Paris, eines Zusammenschlusses aller öffentlichen akademischen Krankenhäuser in Paris. Pierre Coriat ist ein herausragender Wissenschaftler, dessen Werk in über zweihundert Originalartikeln, zehn Büchern und über einhundert Lehrbuchbeiträgen und Abstracts dokumentiert ist. Auf seinem primären Forschungsgebiet, der Anästhesie in der Kardio- und Thoraxchirurgie gilt er als intimer Kenner der neuesten klinischen und wissenschaftlichen Entwicklungen.

Pierre Coriat ist Gutachter zahlreicher internationaler medizinischer Zeitschriften und war Mitglied des Editorial Board von *Anesthesia & Analgesia* (1999 - 2006). Über dies gilt er als ausgewiesener Experte in mediko-legalen Fragen.

Neben seiner umfangreichen klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit widmete sich Professor Coriat mit Hingabe der Zusammenführung der europäischen Anästhesiegesellschaften, der alten ESA (European Society of Anaesthesiologists), der Confederation of European National Societies of Anaesthesiology (CENSA) und der European Academy of Anaesthesiology (EAA) zur European Society of Anaesthesiology (ESA), zu deren Gründungsvätern er zählt. Er war von 1998 bis 2004 Präsident der ESA und wurde aufgrund seiner großen Verdienste um die europäische Anästhesiologie 2004 zum Ehrenmitglied dieses Zusammenschlusses der europäischen Anästhesisten ernannt. Ferner gehört Pierre Coriat der Société

Française d'Anesthésie et Réanimation und der American Society of Cardiovascular Anesthesiologists an. Er ist gewähltes Mitglied des Australian and New Zealand College of Anaesthetists, des Royal-College RCSE und des Royal College of Anaesthetists und nicht zuletzt Ritter der Ehrenlegion.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin ernannte Pierre Coriat im Rahmen des Europäischen Anästhesiekongresses 1998 in Frankfurt/Main zu ihrem korrespondierenden Mitglied und ist stolz darauf, Prof. Dr. Pierre Coriat zehn Jahre später in Würdigung seines Einsatzes um die europäische Zusammenarbeit in der Anästhesiologie zu ihrem Ehrenmitglied ernennen zu dürfen.



## Ehrenmitglied der DGAI

### Prof. Dr. med. Bernd Landauer Ottobrunn

Geboren am 18.11.1940 in München, studierte Bernd Landauer Humanmedizin in seiner Heimatstadt München und in Wien. Nach seinem Staatsexamen (1966) und der zeitnahen Promotion erfolgte 1968 die Approbation als Arzt. Seine Facharztweiterbildung im Fachgebiet Anästhesiologie absolvierte Dr. Landauer am damaligen Städtischen Krankenhaus rechts der Isar unter der Leitung von Frau Dr. Charlotte Lehmann. Nach Erhalt der Facharztnerkennung (1972) wurde er 1973 Oberarzt der Anästhesieabteilung seines inzwischen zum Universitätsklinikum rechts der Isar umbenannten Krankenhauses. Nach seiner Habilitation und Ernennung zum Privat-Dozenten (1977) wurde er 1978 zum Leitenden Oberarzt und C3-Professor berufen und schuf zielstrebig das fachliche und organisatorische Fundament für die Übernahme der Chefarztposition am neu entstandenen Städtischen Krankenhaus in München-Bogenhausen im Jahr 1984, die er bis zum Eintritt in den Ruhestand (2007) innehatte. Neben seinen Aufgaben als Chefarzt war er von 1985 bis 1993 auch Ärztlicher Direktor seiner Klinik und 1995 bis 2002 dessen Stellvertreter.

Wissenschaftlich befasste sich B. Landauer in über 200 Publikationen und mehr als 200 Vorträgen mit den verschiedensten Themen des Fachgebietes unter besonderer Berücksichtigung ihrer praktischen Relevanz für die Klinik. Bereits seit seinem Beitritt zum Berufsverband Deutscher Anästhesisten im Jahre 1970 übernahm Bernd Landauer zusätzlich zu seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit mit Hingabe berufs- und gesundheitspolitische Aufgaben. Es war sein außergewöhnliches Gespür für dieses Metier, das ihn nahezu zwangsläufig 1986 in der Nachfolge von Dr. Othmar Zierl in den Vorsitz des BDA-Landesverbandes Bayern führte. Bereits drei Jahre später wurde er von den Mitgliedern des BDA zum Vizepräsidenten (1989 – 1993) und im Anschluss ab 1994 zum Präsidenten des Berufsverbandes gewählt. In dieser Funktion hat Professor Landauer seit nunmehr 14 Jahren Sitz und Stimme auch im Engeren Präsidium der DGAI. Diese „Doppelfunktion“ prädestinierte ihn u.a. für die Gesamtschriftleitung der Verbandszeitschrift „Anästhesiologie & Intensivmedizin“ (1994 – 2001). Darüber hinaus bekleidete B.

Landauer zahlreiche weitere ehrenamtliche Funktionen, u. a. in der Bayerischen Landesärztekammer sowie lange Jahre als Vorstandsmitglied im ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München.

Ausgestattet mit einem unbestechlichen Blick für das Wesentliche, einer hohen sozialen Kompetenz, Intelligenz und Empathie sowie Mut zu Veränderungen, ohne jedoch dem Zeitgeist hinterherzulaufen, hat Bernd Landauer die Geschicklichkeit seines Berufsverbandes und seiner wissenschaftlichen Fachgesellschaft wie kaum ein Anderer davor geprägt. Er verstand und versteht es beispielgebend, die naturgemäß in manchen Fällen unterschiedlichen Sichtweisen eines Berufsverbandes und einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft in bestverstandener aristotelischer Dialektik „auf den Punkt zu bringen“, um sie dann zusammen – und zu einem Ziel zu führen. Ein ähnliches Geschick offenbart Landauer auch in manches Mal etwas stürmischeren Zeiten als Mittler in der Partnerschaft mit anderen Fachgebieten.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin ehrt mit Herrn Prof. Dr. med. Bernd Landauer einen ärztlichen Berufspolitiker par excellence, eine herausragende Arztpersönlichkeit und einen hochverdienten Repräsentanten des Fachgebietes Anästhesiologie anlässlich des DAC 2008 mit der Verleihung der Ehrenmitgliedschaft.



## Korrespondierendes Mitglied der DGAI

### Dr. med. René Heylen Genk/Belgien

René Heylen wurde am 13. Oktober 1956 in Genk (Belgien) geboren. Nach Erlangung der Hochschulreife am College von St. Jan Berchmans, Genk, studierte er ab 1974 zunächst an der Katholischen Universität Leuven, Belgien, Medizin und erhielt seine Approbation 1981. Anschließend begann er die Weiterbildung zur Erlangung des Facharztes Anästhesie am Universitätskrankenhaus Antwerpen, die er 1985 beendete. Zeitgleich schloss er ein Jurastudium und ein Studium in „Health Policy Management“ ebenfalls in Leuven erfolgreich mit dem Mastergrad ab. Nach seinem Militärdienst begann er eine Tätigkeit als Anästhesist am Sint Jans Ziekenhuis in Genk (1986). Gleichzeitig war er wissenschaftlicher Assistent an der medizinischen Fakultät der Katholischen Universität Leuven und Dozent an verschiedenen medizinischen Einrichtungen und Pflegeschulen. 1995 erhielt er sein PhD an der Medizinischen Fakultät der Katholischen Universität Leuven.

Derzeit ist R. Heylen „Stagemeester Anesthesie – Reanimatie“ und Chefarzt der Afdeling Kritische Diensten des Ziekenhuis Oost-Limburg, Belgien (Anästhesie, Notfallmedizin, Intensivmedizin und Schmerztherapie).

Dr. Heylen ist Mitglied zahlreicher Komitees des belgischen Gesundheitsministeriums, der Editorial Boards verschiedener nationaler und internationaler Zeitschriften und Präsident des belgischen anästhesiologischen Berufsverbandes (Belgian Professional Association of Medical Doctors, Specialists in Anaesthesia-Reanimation (BSAR-APSAR)), Vizepräsident der flämischen Vereinigung für Gesundheitsrecht sowie Sekretär der „Professional Association of Medical Doctors in Datamanagement“. Darüber hinaus vertritt er sein Land in der europäischen Facharztorganisation „European Union of Medical Specialists“ (UEMS). R. Heylen war an der Durchführung von zahlreichen nationalen und internationalen Kongressen beteiligt, u.a. an den „Euro-Neuro“-Kongressen (1998 - 2005), und ist Mitglied der Organisationskomitees von über 17 nationalen und internationalen Kongressen, Symposien und Workshops. Seine Publikationsliste umfasst über 35 Aufsätze in gelisteten medizinischen Zeitschriften, 37 Beiträge in juristischen Zeitschriften, zahlreiche

Buchbeiträge und 173 Abstracts sowie 24 Poster. Er hielt über 170 Vorträge auf nationalen und internationalen Veranstaltungen, deren Guest er war.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin nimmt mit Dr. med. René Heylen einen aktiven und geschätzten Kollegen, der sich um die europäische Zusammenarbeit in der Anästhesiologie verdient gemacht hat, als korrespondierendes Mitglied in ihre Reihen auf.



## Korrespondierendes Mitglied der DGAI

### Prof. Dr. med. M. J. Yuke Tian Wuhan/VR China

Frau Yuke Tian studierte von 1971 bis 1976 Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Tongji/Wuhan in der VR China. Nach ihrer Weiterbildung in Anästhesiologie am Universitätsklinikum Tongji erhielt sie 1981 die Facharztanerkennung und wurde 1986 zur Oberärztin der Abteilung für Anästhesiologie am Tongji-Hospital ernannt. Anschließend absolvierte sie einen Gastaufenthalt am Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf, an dem sie 1988 bei Prof. Dr. Martin Zindler zum Dr. med. promoviert wurde.

Zurückgekehrt nach China, wurde sie 1990 zur außерplanmäßigen Professorin für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Tongji-Hospital ernannt und kehrte als Visiting-Scholar an die Universitätsklinik Düsseldorf zurück (1992-1994). Ein weiterer Studienaufenthalt an der anästhesiologischen Klinik der Universität Gießen wurde vom Deutschen Akademischen Auslandsdienst (DAAD) unterstützt (1998).

Frau Professor Tian wurde 1993 zur Professorin für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Tongji-Hospital berufen und zur Direktorin der Abteilung für Anästhesiologie am Universitätsklinikum der Universität Hust, Wuhan/VR China (1994) ernannt.

Yuke Tian ist Vizepräsidentin der Chinesisch-Deutschen Gesellschaft für Medizin (seit 1998) und seit 2003 Vizepräsidentin der chinesischen Gesellschaft für Anästhesiologie. 2006 wurde sie zur Vizepräsidentin des Akademischen Komitees der Universität Hust ernannt. 2005 - 2006 war sie Dekanin der medizinischen Fakultät der Universität Hust und hat dank ihrer Position die Zusammenarbeit mit der deutschen Anästhesiologie weiter ausgebaut und enge wissenschaftliche Kooperationen auf den Weg gebracht. Darüber hinaus ist sie Mitglied des Standing Committees des Nationalen Volkskongresses der VR China.

Sie unterhält enge Kontakte mit den Universitäten Heidelberg und Würzburg und mit verschiedenen deutschen Lehrkrankenhäusern. Sie tritt dafür ein, dass deutsche Gastdozenten an ihrer Klinik Vorlesungen in deutscher Sprache halten, da viele Ärzte aus der medizinischen Fakultät die deutsche Sprache ausgezeichnet verstehen,

deren Kenntnisse sie als Austauschwissenschaftler an den verschiedenen Standorten Deutschlands vertiefen können.

Mit der Ernennung von Frau Prof. Dr. Yuke Tian zum korrespondierenden Mitglied der DGAI würdigt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin eine hervorragende Klinikerin und ausgezeichnete Wissenschaftlerin, die sich um die zunehmend wichtiger werdende Kooperation zwischen chinesischen und deutschen Anästhesisten ausgesprochen verdient gemacht hat.

(Die Urkunde über die Ernennung zum korrespondierenden Mitglied wird Frau Prof. Dr. Y. Tian im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des DAC 2009 in Leipzig überreicht).



## DGAI-Ehrennadel in Gold

### Prof. Dr. med. Joachim Radke Halle

Joachim Radke wurde am 21.09.1942 in Stolp (Pommern) geboren. Nach seinem Magister (Philosophicum) in Germanistik, Geschichte und Philosophie studierte er in Göttingen 1969 - 1973 Humanmedizin. Nach seiner Promotion zum Dr. med. (1974) und Approbation war er zwei Jahre wissenschaftlicher Assistent am physiologischen Institut in Göttingen bei Prof. A. J. Brettschneider. 1980 erhielt Dr. Radke seine Facharztanerkennung als Anästhesist und wurde 1985 Oberarzt am Zentrum Anästhesie, Rettungs- und Intensivmedizin der Universitätsklinik Göttingen. Nach seiner Habilitation (1987) wurde er als geschäftsführender Oberarzt des Zentrums zum außerplanmäßigen Professor ernannt (1991). Nach der Wiedervereinigung wechselte er zunächst als kommissarischer Leiter der Universitätsklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin an die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (1992) und folgte ein Jahr später der Berufung auf den Lehrstuhl für Anästhesiologie seiner Universität und zum Direktor dieser Klinik.

Neben seinen vielfältigen Verpflichtungen als Klinikarzt, Wissenschaftler und Hochschullehrer hat Joachim Radke sich seit über 30 Jahren um die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) verdient gemacht. Er war zunächst (1979 - 1988) Vertreter der außerordentlichen Mitglieder im Erweiterten Präsidium, später (2001 - 2005) Vertreter der Landesvorsitzenden im Engeren Präsidium der DGAI und 2005 - 2006 Präsident seiner Fachgesellschaft. Er hat die norddeutschen Anästhesietage (NAT) mitbegründet, war Landesvorsitzender der DGAI in Sachsen-Anhalt und wirkte über lange Zeit, zuletzt als Schriftführer, in der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF). J. Radke war weiterhin der erste Sprecher des gemeinsamen DGAI/BDA-Arbeitskreises Anästhesie und Recht nach dessen Gründung (1997 - 2002) und ist seit 1999 Mitglied der Schriftleitung der Zeitschrift „Anästhesiologie & Intensivmedizin“. Während seiner Präsidentschaft hat sich Joachim Radke vehement für die „Junge Anästhesie“ eingesetzt, die ihm ebenso am Herzen liegt wie die Interessen der Anästhesistinnen und Anästhesisten in den neuen Bundesländern.

Ohne zumindest nach außen sichtbaren „großen Aufhebens“ gestaltete er als Kongresspräsident den erfolgreichen DAC 2005 in Leipzig und den 1. Hauptstadtkongress für Anästhesiologie und Intensivmedizin (HAI 2006) unter der Schirmherrschaft der DGAI in Berlin. All dieses gelang J. Radke, der seine wissenschaftliche Tätigkeit überdies in über 200 Publikationen dokumentierte, mit der ihm eigenen Zielstrebigkeit, Beharrlichkeit und dem Mut, auch unbequeme Wahrheiten auszusprechen.

Sein Einsatz für die Partnerschaft mit den Anästhesisten in den ehemaligen Ostblockstaaten wurde von der tschechischen und polnischen Anästhesiegesellschaft mit der Ernennung zum Ehrenmitglied gewürdigt. Der Bundespräsident verlieh ihm im Jahre 2004 das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. In seiner Laudatio hob der Ministerpräsident Sachsen-Anhalts das außerordentliche Geschick Professor Radkes bei der Überbrückung von Gegensätzen hervor, ein Wesenzug, für den ihn auch seine Mitstreiter in der DGAI schätzen.

In Würdigung seiner großen Verdienste und seines langjährigen Engagements um die Fachgesellschaft und das Fachgebiet verleiht die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin Herrn Prof. Dr. med. Joachim Radke im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung 2008 die Ehrennadel in Gold der DGAI.



## DGAI-Ehrennadel in Gold

### Prof. Dr. med. Konrad Reinhart Jena

Geboren am 26.10.1947 in Bamberg, studierte Konrad Reinhart von 1969 bis 1975 Humanmedizin an den Universitäten München und Berlin und promovierte 1978 zum Dr. med. 1975 begann er als Assistenzarzt zunächst in den Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie und Neurologie der Freien Universität Berlin, um dann seine Weiterbildung an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Klinikum Steglitz der FU Berlin (Direktor: Prof. Dr. K. Eyrich), dem heutigen Universitätsklinikum Charité Campus Benjamin Franklin, fortzusetzen. Nach Erlangung der Facharztanerkennung war Dr. Reinhart bis 1985 Oberarzt der gleichnamigen Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der FU Berlin und weitere zwei Jahre Leitender Oberarzt der operativen Intensivstation dieser Klinik. Nach einem Aufenthalt am Department of Physiology and Biophysics der University of Alabama at Birmingham (USA) wurde Reinhart 1989 zum außerplanmäßigen Professor der FU Berlin und zum Leitenden Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der FU Berlin ernannt. Es folgte 1993 die Ernennung zum C3-Professor an dieser Universität und anschließend die Berufung auf den Lehrstuhl für Anästhesiologie und Intensivtherapie und Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Diese Klinik erhielt unter seiner Leitung das erste Qualitätssiegel der KTQ.

Professor Reinhart hat nicht nur in Deutschland wichtige Akzente in der Intensivmedizin gesetzt. Er ist Leiter verschiedener nationaler und internationaler Forschungsprojekte, Inhaber verschiedener Patente, die Diagnose Sepsis und Inflammation betreffend, und war im Jahr 2006 der meistzitierte deutsche Autor der DGAI. Insbesondere seine Initiative zur Gründung des Kompetenznetzwerkes „SepNet“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, dessen Sprecher er seit 2002 ist, kann für unser Fach nicht hoch genug gewürdigt werden. K. Reinhart ist überdies Präsident der deutschen Sepsisgesellschaft, Mitglied des Führungskomitees für das internationale Sepsisregister PROGRESS, Beiratsmitglied der internationalen Serving Sepsis Campaign (SSC), des International Sepsis Forums und seit 2006 Vorsitzender der Sektion Sepsis und Inflam-

mation der European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). 2005 wurde Professor Reinhart auf Empfehlung der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in das Leitungsgremium der Weltorganisation der Gesellschaften für Intensivmedizin (WFSICCM) gewählt und gehört damit für acht Jahre zum vierzehnköpfigen Council dieser Organisation, in der mehr als fünfzig nationale Gesellschaften vereint sind. Innerhalb des Councils ist K. Reinhart für die Beziehungen zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) und den Gesundheitsbehörden der EU verantwortlich. Zusätzlich leitet Reinhart das „Steering Committee“, das die industrieunabhängige Forschung im Bereich der Intensivmedizin weiter voranbringen soll. K. Reinhart war jahrelang Sprecher des wissenschaftlichen Arbeitskreises Intensivmedizin der DGAI, beratendes Mitglied des Engeren Präsidiums der DGAI und Landesvorsitzender der DGAI in Thüringen (2002 - 2005).

Die DGAI zeichnet Prof. Dr. med. Konrad Reinhart aufgrund seines hervorragenden Engagements für das Fachgebiet, insbesondere für die deutsche und internationale Intensivmedizin mit der Ehrennadel in Gold der DGAI im Rahmen der Eröffnungszeremonie des Deutschen Anästhesiekongresses 2008 in Nürnberg aus.



## Franz-Kuhn-Medaille der DGAI

### Prof. Dr. med. Rolf Zander Mainz

Rolf Zander wurde am 07.01.1942 in Braunschweig geboren und promovierte nach erfolgreichem Abschluss seines Medizinstudiums in Mainz und Wien zum Dr. med. (1968). Nach seiner Approbation (1970) nahm Rolf Zander am Physiologischen Institut der Universität Mainz seine wissenschaftliche Tätigkeit auf und wurde zum Assistentenprofessor ernannt. Er habilitierte in Physiologie (1975) und wurde 1978 zum Universitätsprofessor auf Lebenszeit am Institut für Physiologie und Pathophysiologie der Universität Mainz berufen.

In den knapp 40 Jahren seiner wissenschaftlichen Tätigkeit entstanden über 150 wissenschaftliche Publikationen als Originalmitteilungen, Buchbeiträge und Briefe an die Herausgeber; er hielt rund 150 wissenschaftliche Kongress- und Fortbildungsbeiträge u.a. an fast allen deutschen Universitätskliniken für Anästhesiologie und war gern gesehener Guest auf den Kongressen der DGAI und Referent bei den Refresher-Kursen der DAAF. Folgerichtig ist Professor Zander bereits seit 1989 Mitglied der DGAI. Unter Beteiligung von Rolf Zander wurden ca. 20.000 Ärztinnen und Ärzte ausgebildet; von seinen über 30 Doktoranden konnte ein hoher Anteil für die Anästhesiologie gewonnen werden.

Als Leiter der Arbeitsgruppe „klinische Physiologie“ am Institut für Physiologie und Pathophysiologie des Fachbereiches Medizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz hat R. Zander sich über Jahrzehnte anhaltend und außerordentlich nachhaltig zu grundlegenden, anästhesiologischen und intensivmedizinischen Fragestellungen verdient gemacht. Im Mittelpunkt seines Wirkens standen und stehen Fragen des Sauerstofftransports, der Chemotherapie, des Flüssigkeits- und Volumenersatzes sowie des Säure-Basen-Haushalts. Er hat die physiologischen und pathophysiologischen Prinzipien dieser für die tägliche Arbeit des Anästhesisten so wichtigen, ja lebensnotwendigen Aspekte nicht nur theoretisch dargelegt, sondern immer wieder die Brücke zum praktischen, klinischen Einsatz geschlagen. Professor Zander zählt damit zu den selten gewordenen Physiologen, denen es gelingt, die wissenschaftlichen Grundlagen ihres Faches unmittelbar

mit der klinischen Nutzanwendung zu verknüpfen.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin ehrt Herrn Prof. Dr. med. Rolf Zander mit der Verleihung der Franz-Kuhn-Medaille im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des DAC 2008 für seine nachhaltigen Verdienste um das Fach Anästhesiologie.



## Ehrenstatue des BDA für herausragende Verdienste

### Prof. Dr. med. Klaus Fischer Bremen

Mit der Überreichung der Ehrenstatue des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten für herausragende Verdienste an Herrn Prof. Dr. med. Klaus Fischer würdigt der BDA das Lebenswerk eines Mannes, dessen Bedeutung für die berufspolitische Arbeit des BDA und damit für die Anästhesiologie in Deutschland und ihre Verbände nicht hoch genug einzuschätzen ist. Prof. Fischer gehört zu den „anästhesiologischen Urgesteinen“, die im Berufsverband Deutscher Anästhesisten und in der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin über Jahrzehnte den Beweis dafür erbrachten, dass das Festhalten an Bewährtem und das Entwickeln und Durchsetzen von Innovationen keine Gegensätze sein müssen, sondern durchaus zwei Seiten ein und derselben Medaille darstellen können.

Das Lebenswerk Professor Fischers im Rahmen dieser Laudatio ausführlich darzustellen, würde den vorgegebenen Rahmen sprengen und letztlich auch nicht seinem Naturrell entsprechen. Klaus Fischer ist kein Mann großer Worte, der das Rampenlicht der Aufmerksamkeit sucht, sondern eher „Graue Eminenz“ im Hintergrund. Es sind nicht die großen, singulären Erfolge, die es natürlich auch gegeben hat, die ihn für die Anästhesiologie so wertvoll machen. Es ist vielmehr der Ernst und die Sorgfalt, mit der K. Fischer die von ihm bereitwillig übernommenen oder selbstgestellten Aufgaben erfüllt. Es ist sein analytischer Verstand, der vieles auf den ersten Blick Selbstverständliches, vielfach beiläufig und zwischen zwei hastigen Zigarettenzügen, kritisch hinterfragt und dabei überraschend häufig und treffsicher auf Schwachstellen stößt. Dazu kommt, dass auch seiner Ansicht nach, „die Wahrheit nichts zu tun hat mit der Zahl der Leute, die von ihr überzeugt sind“ (Paul Claudel). Es ist sein profundes Wissen und, als langjähriger Schriftführer beider Verbände, sein enzyklopädisches „Verbandsgedächtnis“, verbunden mit einer beneidenswerten Fähigkeit zum „Querdenken“, die oft erfolgreich verhindert hat, dass man sich in den Gremien bei komplexen und unübersichtlichen Problemen im Kreise drehte. All diese Eigenschaften sind gepaart mit einer von ihm oft selbstironisierend ins Feld geführten norddeutschen Unaufgeregtheit und seiner von Manchem häufig – sicher zu

Unrecht – als zu unterkühlt empfundenen Gradlinigkeit. Mit diesen Eigenschaften ausgestattet, löste der 1936 in Berlin geborene, durch Ausbildung und Berufstätigkeit zu einem typischen „Nordlicht“ gereifte Klaus Fischer die sich ihm stellenden Aufgaben mit beachtlichem Erfolg: 26 Jahre Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Operative Intensivmedizin der heutigen Evangelischen Diakonie Krankenhaus gGmbH Bremen; 20 Jahre Landesvorsitz von BDA und DGAI in Bremen; Vertreter der Landesvorsitzenden im Präsidium der DGAI; Präsident der DGAI (1989/1990); anschließend 10 Jahre Schriftführer der DGAI; 1994 - 2007 Schriftführer im Präsidium des BDA und damit lange Zeit wertvolle „Schnittstelle“ zwischen beiden Verbänden sowie Vertreter der deutschen Anästhesiologie in der Europäischen Vereinigung der Fachärzte (UEMS). Fischer war überdies Vorsitzender zahlreicher BDA-Kommissionen, Federführender des Forums Krankenhausökonomie und Qualitätssicherung und nicht zuletzt Organisator und Mitgestalter vieler gemeinsamer Landestagungen sowie der Deutschen Anästhesiekongresse bis hin zum Europäischen Anästhesiekongress 1998.

Prof. Dr. med. Klaus Fischer ist bereits seit langem Ehrenmitglied sowohl des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten als auch der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie, Träger der Anästhesieehrennadeln in Gold von BDA und DGAI sowie vieler anderer Auszeichnungen.

Sein Lebensmotto könnte unter anderen lauten: „Der eine fragt: Was kommt danach. Der andere fragt nur: Ist es recht? Und also unterscheiden sich der Freie von dem Knecht!“ (Theodor Storm). Professor Fischer war stets ein „Freier“, und das hat ihn für unsere Verbände und die deutsche Anästhesie so wertvoll gemacht!

Als Ausdruck tief empfundener Dankbarkeit und Hochachtung vor seiner Person und seinem Lebenswerk erhält Herr Prof. Dr. med. Klaus Fischer als vierter Laureat die anlässlich des 40. Jubiläums des BDA 2001 gestiftete Ehrenstatue des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten für herausragende Verdienste, den „Hypnos“.



## Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Gold

### Prof. Dr. med. Bernd Freitag Stralsund

Bernd Freitag wurde am 06.01.1942 in Chemnitz geboren. Nach dem Besuch des altsprachlichen Zweiges der Ober schule in Chemnitz (zwischenzeitlich Karl-Marx-Stadt) studierte er Humanmedizin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald, promovierte dort auf dem Ge biet Pharmakologie und Toxikologie zum Dr. med. und absolvierte dann seine Pflichtassistenz am Küchenwald Krankenhaus in seiner Heimatstadt. Als wissenschaftlicher Assistent am Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald schloss er seine Weiterbildung zum Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie 1972 ab und begann anschließend an der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie der gleichen Universität seine Weiterbildung zum Anästhesisten. 1977 avancierte er dort zum Oberarzt, habilitierte 1984 und erhielt 1986 die „Facultas docendi“ für das Fachgebiet Anästhesiologie. 1987 wurde er zum Hochschuldozenten an die Medizinische Akademie Magdeburg sowie zum Leiter der dortigen Abteilung für klinische Anästhesie mit Stell vertretung des Direktors der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie berufen. Drei Jahre später wechselte er an die Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie des Klinikums Südstadt in Rostock, um die dortige Chefarzt position zu übernehmen. Zeitgleich hierzu wurde er zum Honorandozenten der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR berufen.

Im Zuge seiner Umhabilitierung an die medizinische Fa kultät der Universität Rostock wurde er zum Privatdozen ten ernannt und erhielt die Lehrbefugnis für das Gebiet „Anästhesiologie und Intensivtherapie“. Nach der Verleihung der außerplanmäßigen Professur (1996) war Bernd Freitag bis 2007 zudem Leitender Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Südstadt Rostock.

Nach der Wende war Professor Bernd Freitag wie kaum ein anderer geeignet, im Berufsverband Deutscher Anästhe sisten Verantwortung zu übernehmen. Er prägte von 1991 bis 2007 zunächst regional als Vorsitzender des neu ge gründeten Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern des BDA die dortige anästhesiologische Szene. Außerdem vertrat er, obwohl es ihm häufig lange Wege auferlegte,

von 2002 bis 2004 als Repräsentant der deutschen Kran kenhausanästhesisten diese im Präsidium des BDA und wurde anschließend mit der Aufgabe des Vizepräsidenten des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten betraut, ein Amt, das er bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand, Ende 2007, prägte. Seit 1998 ist Bernd Freitag, entspre chend seinem ebenso langjährigen wie überzeugten Engagement für die Weiter- und Fortbildung in unserem Fach, Präsidiumsmitglied der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF) und wirkte ferner in zahlreichen, wichtigen berufspolitischen Kommissio nen und Arbeitsgruppen mit Erfolg mit.

Prof. Dr. med. Bernd Freitag ist nicht nur ein exzeller ter Arzt, sondern, auf diesen Qualitäten basierend, auch ein Berufspolitiker, wie man sich ihn wünscht. So zeichnet er sich durch eine für sein Gegenüber jedweder Couleur wohl tuende Bescheidenheit, gepaart mit einer sachlich orientierten Zielstrebigkeit aus. Er verfügt über den berühmten „langen Atem“, der heute notwendig ist, um berufspolitisch nachhaltige Erfolge zu erzielen. Diese Eigenschaften kamen ihm, vor allem aber den von ihm vertretenen Anästhesisten, insbesondere in den schwieri gen Jahren nach der Wende in seinem Bundesland zugute und begründeten seinen berufspolitischen Erfolg. Daneben war und ist Professor Freitag in zahlreichen Fachfragen ein geschätzter Ansprechpartner, vor allem – auf Grund seiner fachlichen Expertise – bei Grenzproblemen von Anästhesie, Pharmakologie und Toxikologie. „Last but not least“ schätzen ihn alle als ebenso kunstsinnigen wie liebenswürdigen Gastgeber, nicht nur im Rahmen der mecklenburg-vorpommerschen Fortbildungsveranstal tungen.

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten würdigt Herrn Prof. Dr. med. Bernd Freitag für seine berufspoli tischen Verdienste um die deutsche Anästhesiologie, nicht nur in den schwierigen Jahren nach der Wende, mit der Verleihung der BDA-Ehrennadel in Gold im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des DAC 2008 in Nürnberg.



## Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA

### Prof. Dr. med. Hartwig Bauer Berlin

Hartwig Bauer wurde am 12.06.1942 in Eichstätt, im Herzen Bayerns, geboren und studierte in München Humanmedizin. Nach seiner Promotion 1967 war Hartwig Bauer Medizinalassistent und begann 1969 seine klinische Weiterbildung und wissenschaftliche Tätigkeit an der chirurgischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München unter Prof. Dr. F. Holle. Nach seinem Wehrdienst als Stabsarzt an der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München erhielt er 1975 die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie, 1979 für das Teilgebiet Unfallchirurgie und 1993 für den Schwerpunkt Viszeralchirurgie. 1977 an der Ludwig-Maximilians-Universität München habilitiert, wurde Hartwig Bauer dort 1980 zum Professor ernannt. Professor Bauer war von 1981 bis 2002 Chefarzt der chirurgischen Abteilung und Ärztlicher Direktor der Kreisklinik Altötting, eines akademisches Lehrkrankenhauses der TU München. Dort trug er bereits früh durch ein innovatives Krankenhausmanagement wesentlich zum überregionalen Ruf dieses Krankenhauses bei.

Neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit, die in über 200 Publikationen auf dem Gebiet der gastroenterologischen Chirurgie, der Unfallchirurgie und Notfallmedizin ihren Niederschlag fand, hat sich Professor Bauer durch Arbeiten auf dem Gebiet der Krankenhausökonomie, des Klinikmanagements und der Qualitätssicherung, aber auch der ärztlichen Fort- und Weiterbildung Ansehen erworben und sich nicht nur in Fachkreisen einen hervorragenden Namen gemacht. Getreu des Leitthemas des von ihm als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1996 - 1997) ausgerichteten 114. Deutschen Chirurgenkongresses 1997, „Effizienz und Ökonomie in der Chirurgie“, war sein stetiges Bestreben, Wirtschaftlichkeit und Humanität in der Krankenversorgung nicht als Gegensatz, sondern als ständige ärztliche Herausforderung zu begreifen. Diese Grundüberzeugung wird flankiert durch ein beispielhaftes soziales Engagement: So wirkt H. Bauer u.a. bei der Versorgung kriegsverletzter Kinder aus Krisengebieten mit, u.a. in Zusammenarbeit mit der Friedensdorf-Initiative und der Kosovo-Stiftung. Der Bundespräsident würdigte dieses Engagement 2007 mit der Verleihung des Verdienstkreuzes am Bande des

Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, einer Ehre für Verdienste, die er bescheiden als „wirklich nicht weiter erwähnenswert“ fand.

Professor H. Bauer ist Ehrenmitglied und Funktionsträger verschiedener chirurgisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften und berufsständischer Vereinigungen. Sein Lebensmotto könnte lauten „Ich bitte nicht um Wunder und Visionen, Herr, sondern um die Kraft für den Alltag. Lehre mich die Kunst der kleinen Schritte“ (A. de Saint-Exupéry).

Seit dem Jahr 2003 widmet sich Professor Bauer nun hauptberuflich als Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie den Geschicken der sich unter dem Dach des Langenbeck-Virchow-Hauses in Berlin mittlerweile wieder zusammengefundenen chirurgischen Fachgesellschaften. Diese, vor allem angesichts des rasanten Strukturwandels mehr als anspruchsvolle Aufgabe erfordert viel Standvermögen, Fingerspitzengefühl und ein feines politisches Gespür. In diesem Zusammenhang kam es zu zahlreichen Begegnungen zwischen den Repräsentanten des BDA und der DGAI mit Professor Bauer. Diese stets von gegenseitigem Respekt und Vertrauen gleichermaßen getragenen Kontakte ermöglichten es, die - wie Hartwig Bauer es formuliert - „Erfolgspartnerschaft Chirurgie-Anästhesie“ zu formen und zum Wohle aller Beteiligten weiter zu entwickeln. Auch in berufspolitisch zunächst kontrovers diskutierten Fragen der Zusammenarbeit beider Fachgebiete vermochte es Hartwig Bauer, nicht zuletzt auf Grund seines bajuwarischen Pragmatismus, zu Lösungen und Kompromissen zu führen, die sich letztlich für beide Seiten als annehmbar und zukunftsweisend erwiesen haben.

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten dankt Herrn Prof. Dr. med. Hartwig Bauer für seine Verdienste um die Erfolgspartnerschaft zwischen Anästhesie und Chirurgie mit der Verleihung der Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des DAC 2008 in Nürnberg.



## Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Silber

### Dr. med. Wolf-Dieter Oberwetter Beckum

Wolf-Dieter Oberwetter wurde am 29.04.1948 in Bielefeld geboren. Nach Schulbesuch und Abitur nahm er in Münster das Studium der Humanmedizin auf, das er 1972 erfolgreich abschloss. Nach Promotion zum „Dr. med.“ und Wehrdienst begann er an den Krankenanstalten Sarepta in Bielefeld-Bethel (heute Evangelisches Krankenhaus Bielefeld) unter Dr. Armin Opitz seine Weiterbildung für das Gebiet Anästhesiologie und erhielt 1979 die Facharzterkennung. Noch im November desselben Jahres wurde Dr. Wolf-Dieter Oberwetter zum Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am St. Elisabeth-Hospital in Beckum/Westfalen ernannt, eine Position, die er bis zum heutigen Tage mit Leben erfüllt.

Etwa zur gleichen Zeit zog die Berufspolitik Dr. Oberwetter in ihren Bann: Er wurde für die Amtsperiode 1979/1980 zum stellvertretenden Landesvorsitzenden des BDA-Landesverbandes Westfalen-Lippe gewählt und ist seit 1981 in der Nachfolge des verstorbenen Dr. Christian Hentschel, Gütersloh, Vorsitzender dieses großen Landesverbandes und in dieser Funktion langjähriges Mitglied des BDA-Ausschusses. Daneben ist Dr. Oberwetter u.a. Fachvertreter im Prüfungsausschuss der Ärztekammer Westfalen-Lippe, in der er – seiner unprätentiösen, pragmatischen Art entsprechend – häufig „auf dem kleinen Dienstweg“ viel für die BDA-Mitglieder in Westfalen-Lippe erreicht hat. Er ist ein verlässlicher Funktionsträger im BDA, auf den man stets bauen kann und der nunmehr seit fast 30 Jahren mit beachtlichem Erfolg für die berufspolitischen Belange seiner Kolleginnen und Kollegen „kämpft“. Sein strukturiertes Herangehen, auch an komplexe Sachverhalte, verbunden mit einem klaren Blick fürs Wesentliche, gepaart mit einer guten Portion Schlagfertigkeit und Humor, machen ihn zu einem geschätzten Gesprächspartner. Als Mitglied der Gebührenkommission des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten steht sein Name ebenso für Kontinuität wie für Augenmaß und damit für manch gute Lösung. Last but not least darf seine erfolgreiche Rolle als Wahlleiter zahlreichen Mitgliederversammlungen von BDA und DGAI nicht unerwähnt bleiben.

In Anerkennung seiner Verdienste für den Berufsverband Deutscher Anästhesisten wird Herrn Dr. med. Wolf-Dieter Oberwetter im Rahmen der Mitgliederversammlung des BDA auf dem DAC 2008 in Nürnberg, einen Tag vor seinem 60. Geburtstag, die Anästhesie-Ehrennadel in Silber des BDA verliehen.

# NEU • NEU • NEU

## Vertrauen durch Kompetenz Refresher Course Nr. 34 · 2008



Deutsche Akademie für  
Anästhesiologische Fortbildung

### Refresher Course Aktuelles Wissen für Anästhesisten

Herausgegeben  
von der Deutschen Akademie  
für Anästhesiologische Fortbildung

Nr. 34  
April 2008 · Nürnberg

Aktiv  
Druck & Verlag GmbH

ISSN 1431-1437  
ISBN 978-3-932653-25-4



Namhafte Referenten haben erneut einen Überblick über den aktuellen Wissensstand in unserem Fachgebiet geboten und damit wesentlich zur Qualitätssicherung unserer täglichen Arbeit beigetragen.

### Refresher Course Aktuelles Wissen für Anästhesisten

Hrsg.: Deutsche Akademie für Anästhesiologische Fortbildung

Nr. 34 · April 2008 · ISBN: 978-3-932653-25-4

Preis: 25,- € Bruttopreis inkl. gesetzl. MwSt. / zzgl. Versandkosten

Aktiv  
Druck & Verlag GmbH

### Bestellung:

Exemplare Refresher Course - Aktuelles Wissen für Anästhesisten · Nr. 34 · April 2008

per Fax an:  
09522/943567

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

oder per Post an:  
Aktiv Druck & Verlag GmbH  
An der Lohwiese 36  
97500 Ebelsbach

\_\_\_\_\_  
Straße

PLZ / Ort

oder online unter: [www.aktiv-druck.de](http://www.aktiv-druck.de)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Refresher Course DAAF · Nr. 34 · April 2008 · Nürnberg



22. - 24. Oktober 2008,  
Stadthalle Göttingen

# Interdisziplinäres Forum für Intensivmedizin und Intensivpflege

## Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. **M. Quintel**, Göttingen • Prof. Dr. **B. Schönhöfer**, Hannover

## Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. **J. Briegel**, München • Prof. Dr. **H. Gerlach**, Berlin • Prof. Dr. **U. Janssens**, Eschweiler • Prof. Dr. **K.G. Kreymann**, Hamburg • Prof. Dr. **R. Kuhlen**, Berlin • Prof. Dr. **A. Meier-Hellmann**, Erfurt • PD Dr. **J. Martin**, Göppingen • Prof. Dr. **E. Muhl**, Lübeck • Prof. Dr. **C. Putensen**, Bonn • Prof. Dr. **M. Quintel**, Göttingen • Prof. Dr. **B. Schönhöfer**, Hannover • Prof. Dr. **N. Weiler**, Kiel • Prof. Dr. **K. Werdan**, Halle

## Gemeinsame Veranstaltungen

### Intensivmedizin & Intensivpflege

Teamarbeit auf der Intensivstation

Kontroversen in der Intensivmedizin

Update Neuro

Update Lunge

Was ist sinnvoll und was ist machbar auf der Intensivstation?

Aus- oder Einbildung?

Leitlinienorientierte Sepsistherapie I

Update terminale Erkrankung und "End of life care"

Was ist sinnvoll und was ist machbar auf der Intensivstation?

Was bedeutet "End of Life Care" im Team?

Leitlinienorientierte Sepsistherapie II

Lunch-Symposien

## Workshops

Transportmanagement auf der Intensivstation

Umsetzung der Sepsisleitlinie für Pflege

Der schwierige Atemweg

Ziele und Endpunkte für die hämodynamisch Therapie

Weaning – durch die Pflege anhand von Protokollen?

Praxis der Antibiotikatherapie

PICCO – Aufgaben der Pflege

Schmerztherapie beim Intensivpatienten

## Information und Auskunft:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg  
Tel. 0911-3931640, Fax 0911-3931666, E-Mail: ifii@mcnag.info, Internet: [www.mcn-nuernberg.de](http://www.mcn-nuernberg.de)



## Dr. med. Peter Rosenberger

Universitätsklinik für Anästhesiologie und  
Zentrum für Medizinische Forschung Intensivmedizin Tübingen

# DGAI-Forschungsstipendium der Fresenius-Stiftung

Fresenius-Stiftung  
Bad Homburg

## Kurzfassung des Forschungsprojektes

**Netrin-1 wird unter Hypoxie durch HIF-1 $\alpha$  induziert und beeinflusst die Migration neutrophiler Granulozyten durch den A2B-Adenosin-Rezeptor (WAT 2008)**

- The Influence of Epiaortic Ultrasonography on Intraoperative Surgical Management in 6051 Cardiac Surgical Patients (Ann Thorac Surg 2007)
- Decreased Proopiomelanocortin mRNA in Lymphocytes of Chronic Alcoholics After Intravenous Human Corticotropin Releasing Factor Injection (Alcohol Clin Exp Res 2003)
- Identification of vasodilator-stimulated phosphoprotein (VASP) as an HIF-regulated tissue permeability factor during hypoxia (The FASEB Journal 2007)

Fragestellung: Während einer Minderversorgung mit Sauerstoff (Hypoxie) kommt es zur Infiltration neutrophiler Granulozyten (PMN) in das betroffene Gewebsareal. Endogene Proteine, wie Netrin-1 kontrollieren dabei eine überschießende Immunantwort. Die Regulation von Netrin-1 unter Hypoxie und der Signalmechanismus der Netrin-1-induzierten Wirkung auf PMN sind dabei noch weitgehend unbekannt. Methodik: Die Netrin-1-Expression wurde *in vitro* mittels Echtzeit-PCR und Protein Analyse untersucht. Der Netrin-1-Promoter wurde in einen PGL4-Luziferase-Vektor kloniert, die Bindungssequenz für HIF-1 $\alpha$  mutiert und danach Hypoxie (24h, 2%O<sub>2</sub>, 98%N<sub>2</sub>) ausgesetzt. Die CaCo-Zelllinie mit induzierter Überexpression (HIF+) und Repression (HIF-) von HIF-1 $\alpha$  wurden Hypoxie ausgesetzt. Die Netrin-1-Expression wurde bei Wildtyp (WT) und Mäusen mit einer Deletion der intestinalen HIF1 $\alpha$  (cHIF-1 $\alpha$ -/-) Expression unter Hypoxie (4h, 8%O<sub>2</sub>, 92%N<sub>2</sub>) untersucht. Die Netrin-1-Wirkung auf PMN wurde unter Blockade der Adenosinrezeptoren untersucht, und die spezifische Rezeptorantwort zusätzlich mittels intrazellulärer cAMP-Messungen beurteilt. Die funktionelle Auswirkungen von Netrin-1 unter Hypoxie (4h, 8%O<sub>2</sub>, 92%N<sub>2</sub>) wurde *in vivo* in WT, Adenosin-Rezeptor-Knockout-Mäusen für den A2A- (A2AAR-/- Mäuse) und den A2B-Rezeptor (A2BAR-/- Mäuse) sowie in entsprechenden Knochenmarks-Chimären-Mäusen untersucht (WT->A2BAR-/-). Die statistischen Analysen wurden mittels ANOVA und Student's t-test durchgeführt. Ergebnisse: Netrin-1-mRNA wurden in epithelialen Zellen unter Hypoxie verstärkt exprimiert ( $6,3 \pm 0,93$ fach, 48h Hx, p<0,01). Westernblot- und Immunhistochemische Färbungen bestätigten diese Induktion. Der Netrin-1-PGL4-Reporter zeigte verstärkte Luziferase-Aktivität unter Hypoxie, die durch Mutation der HIF-1 $\alpha$ -Bindestelle aufgehoben werden konnte. Studien in den HIF+ und HIF- CaCo bestätigten die HIF-1 $\alpha$ -Abhängigkeit der Netrin-1-Expression. Netrin-1-mRNA war zudem *in vivo* HIF-1 $\alpha$ -abhängig induziert. Die *In-vitro*-Transmigrationsstudien zeigten nach Blockade des A2B-Adenosin-Rezeptors eine Aufhebung der Netrin-1-Wirkung (Kontrolle  $1 \pm 0,18$ -fach; Netrin-1 500ng/ml  $0,51 \pm 0,12$ -fach, Netrin-1 und PSB1115  $1,06 \pm 0,17$ -fach; n=6, p<0,05). Die intrazelluläre PMN-cAMP Messung nach Netrin-1-Stimulation bestätigte dies. In WT-Mäusen reduzierte Netrin-1 die hypoxieinduzierte MPO-Aktivität in der Lunge, Kolon und der Niere signifikant. Dieser Effekt konnte in den A2BAR-/- Mäusen nicht beobachtet werden, war aber in A2AAR-/- Mäusen vorhanden. In der Gruppe der chimären Mäuse zeigten die A2BAR-/- auf WT transplantierten Mäuse keine signifikante Reduktion der MPO-Aktivität in der Lunge (Nx  $1 \pm 0,1$ -fach; Hx  $2,6 \pm 0,5$ fach, Hx+Netrin-1  $2,4 \pm 0,2$ fach), der intestinalen Mukosa (Nx  $1 \pm 0,2$ -fach; Hx  $1,8 \pm 0,3$ fach, Hx+Netrin-1  $1,84 \pm 0,1$ fach) und der Niere (Nx  $1 \pm 0,1$ fach; Hx  $1,6 \pm 0,1$ fach, Hx+Netrin-1  $1,6 \pm 0,1$ fach) durch Netrin-1. In der Gruppe der WT auf A2BAR-/- transplantierten Tiere konnte eine eindeutige Reduktion der hypoxieinduzierten MPO-Aktivität in der Lunge (Nx  $1 \pm 0,1$ -fach; Hx  $1,7 \pm 0,1$ fach, Hx+Netrin-1  $1,1 \pm 0,1$ fach), intestinaler Mukosa (Nx  $1 \pm 0,2$ -fach; Hx  $1,64 \pm 0,3$ fach, Hx+Netrin-1  $0,83 \pm 0,3$ fach) und der Niere (Nx  $1 \pm 0,2$ fach; Hx  $1,54 \pm 0,1$ fach, Hx+Netrin-1  $0,89 \pm 0,1$ fach) durch Netrin-1 gemessen werden. Interpretation: Hypoxie induziert die Netrin-1-Expression durch einen HIF-1 $\alpha$ -abhängigen Mechanismus. Netrin-1 hemmt die Infiltration von PMN in hypoxisches Gewebe durch einen A2BAR-abhängigen Mechanismus an PMN.

## Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

1994	Physikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
1997	Auslandsstudium an der Charing Cross & Westminster Medical School / Imperial College-London / UK
1999	Ernennung zum Dr. med., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
10/1999 - 07/2001	AiP und Assistenzarzt in der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin-Universitätsklinik Charité, Humboldt-Universität Berlin
07/2001 - 09/2006	Chirurgisches Internship, Resident in Anesthesia, Forschungs-Fellowship, Department of Anesthesiology, Perioperative and Pain Medicine, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School
09/2006	Oberarzt, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Tübingen
05/2006	Anerkennung in perioperativer Transösophagealer Echokardiographie
10/2006	Amerikanischer Facharzt Anästhesie - American Board of Anesthesiologists
10/2006	Facharztanerkennung Anästhesie, Ärztekammer Südwürttemberg
11/2006	Zusatzezeichnung Intensivmedizin
04/2007	Zusatzezeichnung Perioperative Echokardiographie / DGAI
1996	Stipendium des Böhringer Ingelheim Fonds für Medizinische Grundlagenforschung



## Dr. med. Andreas Leffler

Anästhesiologische Klinik  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

# DGAI-Forschungsstipendium der Fresenius-Stiftung

Fresenius-Stiftung  
Bad Homburg

## Kurzfassung des Forschungsprojektes

**Propofol aktiviert nozizeptor-spezifische Membranrezeptoren der „Transient Receptor Potential“-Familie (WAT 2008)**

- The vanilloid receptor TRPV1 is activated and sensitized by local anesthetics in rodent sensory neurons (J. Clin. Invest 2008)
- Use-Dependent Block by Lidocaine but Not Amitriptyline Is More Pronounced in Tetrodotoxin (TTX)-Resistant Nav1.8 Than in TTX-Sensitive Na<sup>+</sup> Channels (JPET 2007)
- Sensory neuron sodium channel Nav1.8 is essential for pain at low temperatures (Nature 2007)

Die hypnotische Wirkung von Propofol (2,6-diisopropylphenol) wird nach derzeitigem Kenntnisstand hauptsächlich über eine direkte Aktivierung oder eine Co-Aktivierung zentraler, hemmender GABA-A-Rezeptoren und Glycin-Rezeptoren vermittelt. Eine klinisch relevante Nebenwirkung von Propofol ist der ausgeprägte Injektionsschmerz bei intravenöser Applikation. Diese Wirkung von Propofol ist vermutlich auf eine Aktivierung nozizeptiver Nervenendigungen in der Venenwand zurückzuführen, der molekulare Mechanismus war bislang jedoch unbekannt. Mit der Arbeit „Propofol aktiviert nozizeptor-spezifische Membranrezeptoren der „Transient Receptor Potential“-Familie“ konnten Leffler und Mitarbeiter zwei Membranrezeptoren in sensorischen Neuronen identifizieren, die durch Propofol aktiviert werden. Hierbei handelt es sich um TRPV1 und TRPA1, die bedeutende Rollen für die Polymodalität nozizeptiver Neurone und für die periphere Sensibilisierung bei Gewebeverletzung und Entzündung spielen. TRPV1 wird durch Hitze sowie durch zahlreiche Substanzen wie z.B. Capsaicin, der scharfe Inhaltsstoff in Chilipfeffer, aktiviert. Im Rahmen einer Entzündung ist TRPV1 entscheidend für die Ausbildung einer thermischen Hyperalgesie. TRPA1 wird durch Kälte aktiviert, gilt aber vor allem als Detektor multipler algogener Substanzen wie Senföl und Bradykinin. TRPA1 ist entscheidend für die Bradykinin-induzierte Hyperalgesie aber auch für die Kälte-Hyperalgesie im Rahmen einer Entzündung oder einer Neuropathie. Durch Untersuchungen an kultivierten Spinalganglionzellen transgener Mäuse sowie an heterolog exprimierten TRPV1- und TRPA1-Kanälen konnte jetzt nachgewiesen werden, dass eine direkte Aktivierung von sensorischen Neuronen durch Propofol massgeblich von diesen Membranrezeptoren vermittelt wird. Propofol zeigte sich als ein potenter Agonist von TRPV1 und TRPA1 und aktivierte beide Rezeptoren bereits in Konzentrationen, die dem Plasmaspiegel während einer Vollnarkose entsprechen. Die Aktivierung von TRPV1 und TRPA1 könnte dem Injektionsschmerz von Propofol zu Grunde liegen und zu einer relevanten Modulation des peripheren nozizeptiven Systems bei Anästhesien mit Propofol beitragen.

## Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

1995 - 1997

1997 - 2002

05/2000 - 10/2000

11/2002 - 06/2003

07/2003 - 04/2004

seit 05/2004

11/2004

01. 05. 1975, Lerum, Schweden

Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Lübeck

Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Forschungsaufenthalt an der Yale University, Department of Neurology, New Haven, USA

Arzt im Praktikum, Institut für Klinische Pharmakologie,

Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt a. M.

Arzt im Praktikum, Klinik für Anästhesiologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Assistenzarzt, Klinik für Anästhesiologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Promotion an der Neurologische Klinik der Universität Würzburg

Titel: „TRPV1 ist ein polymodaler Rezeptor von nozizeptiven Spinalganglionzellen“

(Promotionspreis der medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg)



## Priv.-Doz. Dr. med. Pascal Knüfermann

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Bonn der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

## Karl-Thomas-Preis

**B|BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

## Kurzfassung des Forschungsprojektes

**CD14-deficient mice are protected against lipopolysaccharide-induced cardiac inflammation and left ventricular dysfunction**  
(Circulation 2002)

(kumulative Habilitationsschrift  
– 4 Publikationen)

Die dieser Habilitationsschrift zugrunde liegenden Originalarbeiten zeigen, dass Rezeptoren des angeborenen Immunsystems (CD14, TLR2) wesentlich für die Vermittlung der inflammatorischen Antwort bei der septischen Kardiomyopathie verantwortlich sind. Über TLR-abhängige Signaltransduktionskaskaden werden proinflammatorische Mediatoren (TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6) induziert, welche eine negativ inotrope Wirkung besitzen. Pathogene Liganden können sowohl die Myokardfunktion in vivo als auch die Kontraktilität von Kardiomyozyten in vitro vermindern.

Eine linksventrikuläre Drucküberlastung durch eine transverse aortale Konstriktion führt nach 3 Tagen zu einer signifikanten Erhöhung von CD14 im Herzen. Diese erhöhte Rezeptorexpression entspricht einer Modulation des angeborenen Immunsystems und führt zu einer gesteigerten Empfindlichkeit des Herzens gegenüber einer LPS-Stimulation. Somit ist ein primär nicht immunologisches Ereignis (transverse aortale Konstriktion) für eine gesteigerte Immunantwort verantwortlich.

Abschließend konnte gezeigt werden, dass die Zusammensetzung der Untereinheiten des Transkriptionsfaktor NF- $\kappa$ B durch das Protein Myotrophin reguliert wird. Diese regulatorischen Mechanismen sind bei inflammatorischen Krankheitsbildern von großer Wichtigkeit, da NF- $\kappa$ B eine zentrale Rolle bei der transkriptionellen Regulation der Genexpression durch das angeborene Immunsystem spielt.

## Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

07.12.1969, Binghamton, New York, USA

15.04.1991 - 25.11.1997

Studium der Humanmedizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn

01.10.1994 - 15.04.1995

Studium an der Universität Rennes, Frankreich

01.01.1998 - 31.12.1998

Arzt im Praktikum, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Bonn

28.07.1999

Promotion an der Medizinischen Klinik II, Universitätsklinikum Bonn

03.01.1999 - 31.12.2001

Arzt im Praktikum und Postdoctoral Fellowship, Winter's Center for Heart Failure Research, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA

01.08.2000 - 31.12.2001

Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Thema: „Gram-positive Sepsis: Bedeutung des Toll-like Rezeptors 2 für die Entstehung der septischen Kardiomyopathie“

01.01.1998 - 04.05.2006

Facharztausbildung an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Bonn

04.05.2006

Facharztanerkennung

28.09.2006

Ernennung zum Oberarzt, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Bonn

28.11.2007

Habilitation



## Priv-Doz. Dr. med. Wiebke Gogarten

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Münster

## August-Bier-Preis



## Kurzfassung des Forschungsprojektes

### Rückenmarksnahe Regionalanästhesien und Thromboembolieprophylaxe, antithrombotische Medikation.

#### 2. überarbeitete Empfehlung der DGAI

Die Durchführung von rückenmarksnahen Regionalanästhesien bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmern erhöht potentiell das Risiko eines spinalen epiduralen Hämatoms. Im internationalen Vergleich haben die Erfahrungen der vergangenen Jahre gezeigt, dass das Risiko schwerwiegender Blutungen durch das Einhalten von entsprechenden Zeitintervallen zwischen der Gabe von Antikoagulantien zur perioperativen Thromboembolieprophylaxe und der rückenmarksnahen Punktation sowie durch die Etablierung von Leitlinien reduziert werden kann. Die neu verfügbaren antithrombotischen Substanzen sowie die aktuellen Daten zu akuten kardiovaskulären Ereignissen bei pausierter plättchenfunktionshemmender Medikation haben eine Überarbeitung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin von 2003 erforderlich gemacht.

Die Leitlinie Rückenmarksnahe Regionalanästhesie und Thromboembolieprophylaxe der DGAI besteht seit 10 Jahren und ist 2007 in der 2. aktualisierten Fassung erschienen. Sie gehört damit international zu den ersten Leitlinien, welche zu diesem Thema erschienen sind.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass die inhaltlichen Empfehlungen solcher Leitlinien erheblich zur Sicherheit von rückenmarksnahen Regionalanästhesien und zur Vermeidung von spinalen epiduralen Hämatomen und damit zur Patientensicherheit beigetragen haben.

## Curriculum Vitae

Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin  
Facharztweiterbildung an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Münster sowie an der Katholischen Universität Leuven, Belgien

1999 - 2000

Forschungsaufenthalt an der Columbia Universität in New York, USA

2004

Habilitation mit dem Thema:

Anästhesieverfahren in der Schwangerschaft, Grundlagen und Strategien zur Verbesserung des kindlichen Wohlbefindens

2001

Oberärztin der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Münster

seit 2005

Leitende Oberärztin, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Münster

Schriftführerin des Arbeitskreises Regionalanästhesie sowie  
Vorsitzende des Subkomitees Geburtshilfe der DGAI  
Mitglied des Subkomitees Geburtshilfe der European Society of Anaesthesiology



## Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Schwemmer

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie  
Universitätsklinikum Würzburg

## August-Bier-Preis



## Kurzfassung des Forschungsprojektes

### Einsatz der transkutanen Ultraschallbildgebung in der Anästhesiologie: Nutzen für periphere Nervenblockaden und Gefäßpunktionen

(kumulative Habilitationsschrift – 7 Publikationen)

Die in der kumulativen Habilitation mündende Forschungsarbeit hatte das Ziel, die Sonographie als neue Methode für die Identifikation von Nerven zu validieren und ihren Nutzen für die klinische Anwendung bei peripheren Nervenblockaden zu überprüfen. Die Ergebnisse der Forschungsarbeit sind in 7 Orginalarbeiten in international hoch renommierten Fachzeitschriften publiziert. Sie dokumentieren eine aktive, innovative und kontinuierliche klinische Forschung auf einem wichtigen Gebiet der Regionalanästhesie. Mit der üblicherweise bei peripheren Nervenblockaden zur Nervendetektion verwendeten elektrischen Stimulation gelingt die Identifikation der Zielstrukturen durch die reizsynchrone motorische Antwort des jeweiligen Kennmuskels des Nervs. Voraussetzung der Methode ist die Notwendigkeit der unversehrten Nervenfunktion. Die Sonographie hat sich in den letzten Jahrzehnten für die Diagnostik zu einem hocheffizienten und reliablen Verfahren entwickelt. Mit der Verwendung von hochauflösenden Schallfrequenzen können auch feine Strukturen wie beispielsweise Nerven dargestellt werden, so dass die Nutzung der Methode auch für die peripheren Nervenblockaden möglich schien. Im ersten Untersuchungsschritt wurde die sonographische Identifizierbarkeit der Nerven nachgewiesen, wobei exemplarisch der N. ischiadicus und die Topographie seiner Teilungsstelle an einem großen Patientenkollektiv sonographisch evaluiert wurde. Es konnte nachgewiesen werden, dass der Nerv bei allen Patienten in seinem Verlauf sowie die Lokalisation der Teilungsstelle in die beiden Endäste N. tibialis und N. fibularis sicher identifiziert werden können. Die klinische Nutzbarkeit der Sonographie wurde überprüft, indem prospektiv die rein sonographisch geführten Nervenblockaden bei verschiedenen Patientenkollektiven und Eingriffen untersucht wurden. Dabei wurden sowohl Single-deposit-Injektionen als auch Multiple-deposit-Injektionen bei verschiedenen Nervenblockaden untersucht.

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die hochauflösende Sonographie stellt ein effektives Verfahren zur Detektion von Nerven dar
- Im Gegensatz zur Elektrostimulation gelingt die Darstellung aller relevanten Begleitstrukturen, die durch die Punktionsverletzung werden können
- Die Ausbreitung des Lokalanästhetikums kann während der gesamten Injektion verfolgt werden
- Fehlinjektionen können erkannt und durch visuell gesteuerte Korrektur der Kanülenlage verhindert werden
- Sonographisch geführte Nervenblockaden haben eine sehr hohe Erfolgsrate
- Die Anschlagszeit sonographisch geführter Nervenblockaden ist im Vergleich zu den mit Elektrostimulation durchgeföhrten Blockaden verkürzt.

## Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

10.03.1964, Nürnberg

1985 - 1991

13.07.1992

15.01.1993

07/1991 - 01/1993

01/1993 - 02/1993

03/1993 - 02/1996

03/1996 - dato

05.03.1996

04/2000

23.04.2007

Studium der Humanmedizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Promotion: „Kombination von Intercostalnervenvereisung und interpleuraler

Regionalanästhesie zur postoperativen Schmerztherapie nach lateraler Thorakotomie“

Approbation als Arzt

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, ZKH St-Jürgen-Straße, Bremen

Klinik für Chirurgie der Medizinischen Universität zu Lübeck

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, ZKH St-Jürgen-Straße, Bremen

Klinik und Poliklinik für Anaesthesiologie, Universitätsklinikum Würzburg

Facharzt (Landesärztekammer Bremen)

Oberarzt; aktuelle Position Geschäftsführender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für

Anästhesiologie, Universitätsklinikum Würzburg

Habilitation (Medizinische Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg):

„Einsatz der transkutanen Ultraschallbildgebung in der Anästhesiologie: Nutzen für periphere Nervenblockaden und Gefäßpunktionen“



## Benjamin Storek

Universitätsklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin  
Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte

## Carl-Ludwig-Schleich-Preis



## Kurzfassung des Forschungsprojektes

**Sensory neuron targeting by self-complementary AAV8 via lumbar puncture for chronic pain**  
(PNAS 2008)

Chronic pain is common and often not relieved by available treatments. Opioid drugs like morphine are the mainstay for the treatment of most severe pain states. While their increased use has generally improved outcomes they fail in a significant number of patients, e.g. studies in cancer pain report failure rates of 12 to 66%. Pure opioid agonists have no ceiling effect; however, associated toxicity is commonly dose-limiting. One strategy for reducing unwanted effects of a drug is to limit its site of action to regions that mediate the desired action and not those that are problematic. Spinal opioid targeting by intrathecal (IT) administration is such a strategy. It is highly effective because  $\mu$ -opioid receptors localized at the spinal level induce profound analgesia. The approach minimizes untoward effects by reducing the exposure of the brain and the internal organs, where the CNS and peripheral side-effects are mediated.

Gene therapy holds considerable promise as new treatment principle for nervous system disorders. At its core, the goal of nervous system gene therapy, i.e. *in vivo* gene transfer is to improve upon traditional forms of drug delivery, e.g. reaching the brain-side of the blood-brain barrier; providing a prolonged drug/gene effect; targeting drug/gene activity to a desired anatomical site; reducing side effects; and freeing patients from repeat injections, external pumps, and hazardous procedures. In addition, gene therapy can turn every candidate therapeutic gene into a drug (without the need to identify small molecule equivalents).

Lumbar puncture (LP) is an attractive route to deliver drugs to the nervous system because it is a safe bedside procedure. Its use for gene therapy has been complicated by poor vector performance and failure to target neurons. Here we report highly effective gene transfer to the primary sensory neurons of the dorsal root ganglia (DRGs) with self-complementary recombinant adeno-associated virus serotype 8 (sc-rAAV8) modeling a LP. Transgene expression was selective for these neurons outlining their cell bodies in the DRGs and their axons projecting into the spinal cord. Immunohistochemical studies demonstrated transduction of cells positive for the nociceptive-neuron marker vanilloid receptor subtype 1 (TRPV1); for the small peptidergic-neuron markers substance P and calcitonin gene related peptide (CGRP); and the non peptidergic-neuron marker griffonia simplicifolia isolectin B4 (IB4). We tested the efficacy of the approach in a rat model of chronic neuropathic pain. A single administration of sc-rAAV8 expressing the analgesic gene prepro- $\beta$ -endorphin (ppbEP) led to significant ( $p<0.0001$ ) reversal of mechanical allodynia for  $\geq 3$  mo. The anti-allodynic effect could be reversed by the  $\mu$ -opioid antagonist naloxone 4 mo after gene transfer ( $p<0.001$ ). Testing of an alternative non-opioid analgesic gene, IL-10, alone or in combination with ppbEP was equally effective ( $p<0.0001$ ). All aspects of the procedure like the use of an atraumatic injection technique; isotonic diluent; a low infusion pressure; and a small injection volume are consistent with clinical practice of intrathecal drug use. Gene transfer via LP may therefore be suitable for developing gene therapy-based treatments for chronic pain.

## Curriculum Vitae

Date of Birth

September 6th, 1977, Magdeburg

1999 - 2007

Medical School, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

2003 - 2006

Research Exchange Student, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA

1998 - 1999

Economic studies, Berlin School of Economics, Berlin, Germany

2006

Winner in Neurology of the 17th European Students' Conference

2003 - 2005

Academic Year in America Fellowship, German Academic Exchange Service

2003 - 2006

Student Research Assistant at the division of Hematology / Oncology,

2001 - 2003

Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA

Student Research Assistant at the division of Hematology / Oncology,

2007

Charité-Campus Benjamin Franklin, Berlin

2007 - 2008

Approbation

Anesthesiology / Intensive care: Residency

04/2008 - present

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

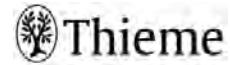
Hematology / Oncology: Post Doctorate Fellow, Mount Sinai School of Medicine,  
New York, NY, USA



## Dr. med. Jan Breckwoldt

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin

## Thieme Teaching Award



## Kurzfassung des Forschungsprojektes

**Medical students teaching basic life support to school children as a required element of medical education: A randomised controlled study comparing three different approaches to fifth year medical training in emergency medicine**  
(Resuscitation 2007)

### Methodik:

Studierende im 6. klinischen Semester wurden in einem randomisierten Studiendesign 3 verschiedenen Unterrichtsmodellen für das Praktikum Notfallmedizin zugeteilt: Gruppe 1 unterrichtete Schüler der 9.-11. Klasse in Reanimation, Gruppe 2 begleitete eine RTW-Besatzung für einen Arbeitstag und Gruppe 3 erhielt für die gleiche Zeitspanne universitären Unterricht in praktischen Megacode-Szenarien. Nach Abschluss des Kurses wurden alle Studierenden praktisch und theoretisch durch verblindete Prüfer geprüft.

### Ergebnisse:

Studierende im Unterrichtsprojekt zeigten im Vergleich zu den Kontrollgruppen

1. Bessere praktische Fertigkeiten in Reanimation (besonders bei der Alarmierung, Herzdruckmassage) sowie
2. Vergleichbar gute theoretische Kenntnisse (trotz verringerten Unterrichtsinhalten)

73 Studierende trainierten darüber hinaus didaktische Fertigkeiten und bildeten ca. 1400 Schüler in BLS/AED aus. Schüler und Schullehrer beurteilten das Projekt überragend gut. Die Arztrolle wurde als gesellschaftlich aktive edukative Kraft sichtbar gemacht und lebenslanges Lernen wurde unterstützt.

Bemerkenswert ist, dass dieses Projekt (falls eine Wahlmöglichkeit bestanden hätte) von einem Drittel der Studierenden nicht ausgewählt worden wäre. Trotzdem gaben auch diese Studierenden eine positive Bewertung ab und hätten mehrheitlich einen zweiten Unterrichtstermin durchführen wollen.

### Schlussfolgerung:

Das beschriebene Modell (Lernen durch Lehren) ist für die medizinische Ausbildung gut geeignet. Die unterrichtenden Studierenden zeigen signifikant bessere Leistungen als beide Vergleichsgruppen in relevanten praktischen Fertigkeiten. Darüber hinaus wird eine generationenübergreifende Lernkaskade initiiert, die das Arztbild in der Gesellschaft stärken kann.

## Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

06.06.1961

1987 - 1989

Studium der Philosophie an der LMU München

Studium der Humanmedizin in München, Freiburg, Berlin und London

Institut für Klinische Pharmakologie der FU Berlin und Institut für Physiologie in Marburg

1997  
seit 1998

Facharztausbildung in der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin,

Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin

Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie der Philipps-Universität Marburg

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Klinikum Benjamin Franklin der

FU Berlin und der Charité. Abteilungsleitung Rettungsmedizin; Lehrkoordinator Notfallmedizin

ALS und GIC Instructor des European Resuscitation Council



## Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Eckle

Klinik für Anaesthesiologie und Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Tübingen

## Heinrich-Dräger-Preis für Intensivmedizin

**Dräger**  
MEDICAL

## Kurzfassung des Forschungsprojektes

### **Cardioprotection by Ecto-5'-Nucleotidase (CD73) and A2B Adenosine Receptors** (Circulation 2007)

In der Arbeit „Cardioprotection by ecto-5'-nucleotidase (CD73) and A2B adenosine receptors“ wurde der Beitrag der extrazellulären Adenosin-Bildung und Signalübertragung zur Kardioprotektion bei myokardialem Ischämie-Reperfusions-Schaden sowie zur Vermittlung der kardioprotektiven Wirkung von ischämischer Präkonditionierung (IP) untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass der CD73-abhängigen Adenosin-Bildung und der Signalübertragung über den A AR 2B eine kardioprotektive Rolle bei akuter Myokardischämie sowie für die kardioprotektiven Effekte von IP zukommt. Außerdem ergaben diese Studien erstmalig, dass durch den therapeutischen Einsatz löslicher Substanzen, die zu einer vermehrten extrazellulären Adenosinbildung (5'-Nukleotidase) oder einer selektiven Aktivierung des A AR (BAY 60-6583) 2B führen, eine deutliche Erhöhung der myokardialen Resistenz gegenüber akuter Myokardischämie erzielt werden kann.

## Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

24.01.1974, Tübingen

2001

Promotion zum Dr. med.

Thema: „Phäno- und genotypische Analyse Virostatikaresistenter humaner Cytomegalovirus-stämme bei Kindern und Erwachsenen nach peripherer Blutstammzelltransplantation“

Arzt im Praktikum, Abteilung für Anaesthesiologie und Intensivmedizin Tübingen

2001 - 2003

Postdoc (6 Monate) im Institut für Virologie

2003 - 2004

Postdoc im Labor von PD Dr. med. Holger Eltzschig, Tübingen

2004 - 2006

Leiter einer IZKF-Nachwuchsgruppe am Universitätsklinikum Tübingen

2006 - 2007

Facharzt für Anästhesiologie

2007

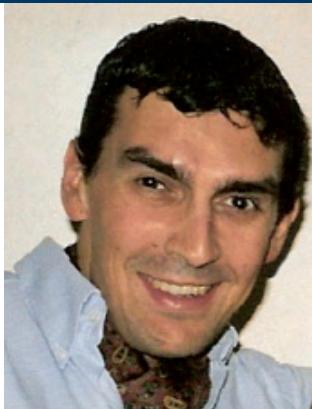
Medical License, Colorado, USA

2008

Assistant Professor in Anesthesiology, University of Colorado  
at Denver and Health Science Center

2008

Habilitation im Fach Anästhesiologie, Universität Tübingen



## Dr. med. Rainer Kieffmann

Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## Heinrich-Dräger-Preis für Intensivmedizin

**Dräger**  
MEDICAL

### Kurzfassung des Forschungsprojektes

#### RBC induce hypoxic lung inflammation (Blood 2007)

Hypoxia, which commonly associates with respiratory and cardiovascular diseases, provokes an acute inflammatory response. However, underlying mechanisms are not well understood. Here we report that red blood cells (RBC) induce hypoxic inflammation by producing reactive oxygen species (ROS) that diffuse to endothelial cells of adjoining blood vessels. Real-time fluorescence imaging of rat and mouse lungs revealed that in the presence of RBC-containing vascular perfusion, hypoxia increased microvascular ROS and cytosolic Ca(2+), leading to P-selectin-dependent leukocyte recruitment. However, in the presence of RBC-free perfusion all hypoxia-induced responses were completely inhibited. Since hemoglobin (Hb) autoxidation causes RBC superoxide formation that readily dismutates to H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, hypoxia-induced responses were lost when we inhibited Hb autoxidation with CO or nitrite, or when the H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> inhibitor, catalase was added to the infusion to neutralize the RBC-derived ROS. By contrast, perfusion with RBC from BERK-trait mice that are more susceptible to Hb autoxidation and to hypoxia-induced superoxide production, enhanced the hypoxia-induced responses. We conclude that in hypoxia, increased Hb autoxidation augments superoxide production in RBC. Consequently, RBC release H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> that diffuses to the lung microvascular endothelium, thereby initiating Ca(2+)-dependent leukocyte recruitment. These findings are the first evidence that RBC contribute to hypoxia-induced inflammation.

### Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

19.07.1970, München

09/1990 - 11/1996

01/1997

19/02/1998

07/1998 - 05/2004

18/02/2004

06/2004 - 05/2006

seit 06/2006

seit 29/08/2007

Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Arzt im Praktikum, Institut für Anaesthesiologie, Technische Universität München

Promotion an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Wissenschaftlicher Assistent, Klinik für Anaesthesiologie, Klinikum der Universität München

Facharzt für Anästhesiologie

Experimentelle Tätigkeit am Lung Biology Laboratory, Department of Physiology and Cellular Biophysics Columbia University, SLRHC, New York, NY

Oberarzt, Klinik für Anaesthesiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Weiterbildung Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin

Förderungsprogramm für Sachmittel zur Forschung und Lehre (FöFoLe)  
der Medizinischen Fakultät der LMU München

Forschungsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Forschungsförderungsfond Medizin des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf

Traveller award und award for the best oral presentation der

European Respiratory Society (ERS), März 2006

Traveller award der National Institutes of Health (NIH), Dezember 2006



## Dr. med. Markus Zimmermann

Klinik für Anästhesiologie  
Klinikum der Universität Regensburg

## Rudolf-Frey-Preis für Notfallmedizin

DeltaSelect

## Kurzfassung des Forschungsprojektes

### **Luftrettung in der Nacht – Untersuchung von nächtlichen Primäreinsätzen in der Luftrettung**

(Notfall Rettungsmed 2008)

Die vorliegende Arbeit ist ein Auszug aus der Studie „LUNA“ (Luftrettung in der Nacht) und umfasst die Analyse und medizinische Bewertung von nächtlichen Primäreinsätzen der Luftrettung und korreliert diese mit vergleichbaren Einsatzdaten des bodengebundenen Rettungsdienstes im Großraum Regensburg bzw. Ostbayern.

#### Material und Methoden:

Über einen Zeitraum von 3 Jahren wurden alle Patienten in eine prospektive Kohortenstudie eingeschlossen, welche nachts arztbegleitet mit definierten Leitdiagnosen bodengebunden oder mit dem Rettungshubschrauber (RTH) in eines der beiden großen Regensburger Krankenhäuser transportiert wurden. Die nächtliche Alarmierung zu Primäreinsätzen der Luftrettung geschah dabei ausschließlich subsidiär zum bodengebundenen Rettungsdienst und nur nach professioneller Sichtung der Lage vor Ort. Die Bewertung der Rettungseinsätze erfolgte durch eine Peer-review-Gruppe anhand aller zur Verfügung stehender Dokumente. Unter Berücksichtigung sowohl medizinischer als auch einsatztaktischer Überlegungen wurde das am besten geeignete Transportmittel festgelegt.

#### Ergebnisse:

Von den 160 in die Studie aufgenommenen Primäreinsätzen entfielen 59 (37%) auf die Luftrettung. Die häufigste Diagnose (36%) waren Polytraumata, welche zu 64% luftgestützt transportiert wurden. Bodengebunden waren nicht-traumatologische Erkrankungen führend (75%). Luftrettungseinsätze erfolgten meist in Entfernungsbereichen >60 km, bodengebundene Einsätze zu 98% in Entfernungen <60 km. Nach Ankunft des bodengebundenen Notarztes bis zur Ankunft des Rettungshubschraubers vergingen im Median 39 min (Min. 12min, Max. 101 min). Die Nachalarmierungszeit für den RTH betrug im Median 22 min mit einer erheblichen Spannbreite und schien optimierungsbedürftig. Die Gesamteinsatzdauer betrug im Median 63 min (bodengebunden) vs. 99 min (Luftrettung). Die Rettungsmittel wurden von der Peer-review-Gruppe weitgehend als notwendig erachtet (bodengebunden 100%, Luftrettung 92%).

#### Schlussfolgerungen:

Indikationen für nächtliche luftgestützte Primäreinsätze ergaben sich überwiegend bei traumatologischen Notfällen mit Transporten über längere Distanzen und als ergänzender Notarztzubringer bei mehreren Notfallpatienten. Um eine Verzögerung in der definitiven Versorgung zu vermeiden, ist die rasche Nachalarmierung des Rettungshubschraubers essenziell.

## Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

16.12.1966, Wangen im Allgäu

1995 - 2001

Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg,  
University of Birmingham Medical School GB und University of California Davis Medical Center USA  
Promotion an der Medizinischen Klinik III der Universität Heidelberg

1997 - 1998

Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie, Klinik für Anästhesiologie der Universität Regensburg

2005 - 2006

Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Pharmakologie der Universität Regensburg

seit 2001

Zusatzbezeichnung Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin

seit 2004

Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Berufsbegleitendes Studium „BWL im Krankenhaus“ am Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Universität Erlangen-Nürnberg

Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie der Universität Regensburg

Ärztlicher Leiter Luftrettungszentrum Regensburg



## Dr. med. Klaus Ulrich Klein

Klinik für Anästhesiologie  
Universitätsklinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

### Klinisch-wissenschaftlicher Forschungspreis der DGAI



GE Healthcare

### Kurzfassung des Forschungsprojektes

#### **Monitoring of cerebral perfusion oxygenation and metabolism during neuroanaesthesia**

Regulatory mechanisms of cerebral blood flow (CBF) and metabolism (CMRO<sub>2</sub>) are of major clinical importance to anaesthesiologists and intensivists. In particular, patients with neuronal injury (e.g. trauma, tumor, aneurysm, surgery) are at risk for cerebral tissue ischaemia and hypoxia. However, monitoring of CBF and CMRO<sub>2</sub> remains a technological challenge. Using a recently developed neuromonitoring device (O2C „oxygen-to-see“, LEA Medizintechnik, Giessen, Germany) real-time intraoperative measurements of regional CBF (rCBF), haemoglobin levels, and oxygen saturation at the capillary-venous level (representing regional oxygen extraction fraction, rOEF) are provided. Therefore, regional CMRO<sub>2</sub> can be approximated due to the discrimination of rCBF and rOEF. The anaesthetic agents sevoflurane and propofol are most suitable for neuroanaesthesia due to their favourable pharmacokinetic and pharmacodynamic effects. Thus it is of great importance to exactly characterize their intraoperative effect on brain physiology in normal and pathologic cerebral tissue. This multidisciplinary study aims on the clinical application of a continuous monitoring method to investigate a) the impact of anaesthetics on regulatory mechanisms in healthy and injured brain tissue, and b) the intraoperative detection of critical rCBF or rOEF in brain tissue at risk of ischaemia.

### Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	24.02.1975, Frankfurt am Main
1996 - 1998	Vorklinisches Studium, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
1999 - 2002	Klinisches Studium, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg-Mannheim
22.11.2002	Promotion an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
02/2003 - 08/2003	Arzt im Praktikum, Allgemeinchirurgie, The Royal London Hospital, London, UK
08/2003 - 02/2004	Arzt im Praktikum, Innere Medizin, Derriford Hospital, Plymouth, UK
02/2004 - 08/2004	Arzt im Praktikum, Allgemeinchirurgie, Torbay General Hospital, Torquay, UK
seit 10/2004	Assistenzarzt, Klinik für Anästhesiologie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Forschungsförderung: Hannelore-Kohl-Stiftung, Bonn 2007



## Dr. med. Steffen Weber-Carstens

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin  
Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum

### Klinisch-wissenschaftlicher Forschungspreis der DGAI



GE Healthcare

### Kurzfassung des Forschungsprojektes

#### **Diagnosis of ICU acquired paresis during early course of systemic inflammation with electricophysiological treshold tracking technique (TROND) at the bedside**

Critical illness myopathy (CIM) and critical illness polyneuropathy (CIP) are devastating syndromes featuring paresis or muscle fatigue in intensive care unit (ICU) patients. The clinical impact is significant with prolonged duration of ICU care and increased morbidity and mortality. The pathogenesis is associated to systemic inflammation, although the mechanisms of disease are unclear. An impaired membrane excitability of nerve and/or muscle tissue seems to be involved. Indeed an early diagnosis might facilitate preventative or therapeutic strategies. However conventional electrophysiological studies fail to reliably predict the development of paresis in sedated patients and to distinguish between CIP and / or CIM. We aim to establish the threshold tracking technique (TROND) to assess membrane excitability of skeletal muscle tissue in critically ill patients during early systemic inflammation. We will correlate electrophysiological findings of muscle membrane excitability with histomorphological pathology of muscle biopsies, molecular markers of tissue-specific and whole-body inflammation, insulin sensitivity and metabolic dysfunction of skeletal muscle tissue. We speculate to develop new electrophysiological bedside methods, that allow the diagnosis and prediction of ICU-acquired paresis prior patients' emergence from sedation and reliably differentiates CIP from CIM.

### Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	16.03.1960, Kassel
1980 - 1981	Studium der Biologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
1981 - 1990	Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum und an der Freien Universität Berlin
1991 - 1993	Arzt im Praktikum, Anästhesie, Krankenhaus Neukölln
1993	Approbation
1993 - 1995	Assistenzarzt in der Abteilung für Anästhesie im Deutschen Herzzentrum Berlin
1995	Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum
2002	Promotion: Einfluss von Hydrokortison auf Hämodynamik und Nitrat / Nitrit-Plasmaspiegel im septischen Schock
04/2002 - 2007	Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum
seit 04/2008	Oberarzt der interdisziplinären Neuro-Intensivstation, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum

#### DFG-Förderung:

Skeletal muscle metabolism and critical illness myopathy during early course of systemic inflammation (in Kooperation mit Prof. Joachim Spranger, Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Ernährungsmedizin Charité, Campus Benjamin Franklin)  
Teilprojekt klinische Forschergruppe 192: Regulation und Fehlregulation von Skelettmuskelwachstum



## Dr. med. Ragnar Huhn

Klinik für Anästhesiologie  
 Labor für Experimentelle Intensivmedizin und Anästhesiologie  
 Universitätsklinikum Amsterdam

## Wissenschaftlicher Vortragswettbewerb 1. Preis



### Kurzfassung des Forschungsprojektes

#### **Helium induziert späte Präkonditionierung in Rattenherzen in vivo**

Cardioprotection by preconditioning (PC) consists of two phases, an early phase (EPC), disappearing between 2 and 3 hours after the PC stimulus, and a late phase (LPC), reappearing 24 hours after the initial stimulus and lasting for 2-3 days. Both, EPC and LPC can be induced by various stimuli, e.g. brief ischemia or volatile anesthetics. A recent study showed that the noble gas helium (He) induces EPC and that prevention of mitochondrial permeability transition pore (mPTP) opening is involved in He-EPC. Involvement of mPTP in LPC has yet not been determined. Furthermore, it has been demonstrated that cyclooxygenase-2 (COX-2) plays a central role as mediator of LPC. A possible mechanism by which mPTP opening is prevented is regulation of mitochondrial respiration, e.g. mild mitochondrial uncoupling. We investigated, 1) if helium induces LPC, 2) if the cardioprotective effect is concentration-dependent, 3) if repeated administration on various days will result in an increased cardioprotection and 4) if He-LPC is mediated by COX-2 and/or mitochondrial uncoupling.

### Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

11.01.1975, Düsseldorf

10/1996 - 06/2005

08/2005

06/2005 - 05/2006

seit 05/2006

Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Promotion an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Klinik für Anästhesiologie, Labor für Experimentelle Intensivmedizin und

Anästhesiologie (L.E.I.C.A.), Universitätsklinikum Amsterdam

2006

2007

Wissenschaftliche Stipendien:

European Society of Anaesthesiology (ESA)

Society of Cardiovascular Anesthesiologists (SCA)



## Dr. med. Oliver C. Radke

San Francisco General Hospital, Dpt. of Anesthesia and Perioperative Care,  
University of California in San Francisco, USA  
Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Universität Göttingen

## Wissenschaftlicher Vortragswettbewerb 2. Preis



### Kurzfassung des Forschungsprojektes

#### **Ein pulmonales Recruitmentmanöver vermindert die Inzidenz postoperativer Schulterschmerzen nach laparoskopischen Eingriffen**

Schulterschmerzen nach laparoskopischen Eingriffen sind mit einer Inzidenz von 30-80% ein relevantes klinisches Problem, dessen Pathogenese noch nicht vollständig geklärt ist. Am wahrscheinlichsten erscheint die Theorie, dass im Bauchraum verbleibendes CO<sub>2</sub> durch eine Reizung des N. phrenicus über das C4-Segment projizierte Schmerzen hervorruft. Wir untersuchten, ob die abdominelle Drucksteigerung durch ein pulmonales Recruitmentmanöver die verbleibende Menge an CO<sub>2</sub> so weit reduziert, dass die Inzidenz der Schulterschmerzen signifikant vermindert wird.

Es handelte sich um eine randomisierte, doppelblinde klinische Studie. Nach positivem Votum der zuständigen Ethikkommission wurden 100 ambulante ASA I/II-Patientinnen eingeschlossen, die sich einem laparoskopischen gynäkologischen Eingriff unterziehen mussten. Die Patientinnen wurden am Ende der Operation randomisiert und entweder der Kontrollgruppe (das CO<sub>2</sub> entwich passiv durch die Trocar) oder der Interventionsgruppe zugeordnet. In der Interventionsgruppe wurden die Patienten in 30° Trendelenburgposition gelagert und bei geöffnetem Trocar 5 manuelle pulmonale Recruitmentmanöver durchgeführt. Die Stärke des Schulterschmerzes wurde per VAS bei Entlassung aus dem Aufwachraum sowie nach 12, 24, 36 und 48h erhoben, ebenso das Auftreten von PONV.

Die Schmerzscores in der Kontroll- und der Interventionsgruppe betrugen zu den Zeitpunkten 12, 24 und 36h nach Entlassung 30.3±4.5 vs. 15.6±3.0, 25.7±4.7 vs. 10.8±2.4, und 21.7±4.3 vs. 9.1±2.5 (alle p < 0.05). Die Intervention reduzierte die Inzidenz von positionsabhängigem Schmerz von 63% auf 32% (p<0.05) und das Auftreten von PONV von 57% auf 20% (p<0.001).

### Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	01.02.1973
1992 - 1999	Medizinstudium an der Georg-August-Universität Göttingen
1998 - 1999	Praktisches Jahr: Evangelisches Krankenhaus Weende, Göttingen
seit 1992	Selbstständig als IT-Berater
seit 1999	Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Georg-August-Universität Göttingen (zur Zeit beurlaubt)
2001	Promotion: „Effects of Remifentanil and Remifentanil/Propofol on systemic hemodynamics, myocardial perfusion and metabolism in patients with coronary artery disease“ Vollapprobation: Landesärztekammer Niedersachsen
2001	Facharzt für Anästhesie: Landesärztekammer Niedersachsen
2004	Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“: Landesärztekammer Niedersachsen
2005	European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care (DEAA)
2005	Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“: Landesärztekammer Niedersachsen
2007	Visiting Assistant Professor an der University of California in San Francisco
seit 2007	Wissenschaftliche Tätigkeit im „Perioperative Clinical Research Core“, University of California San Francisco, UCSF Medical Center at Mt Zion
seit 2007	Stipendiat der „Studienstiftung des Deutschen Volkes“ Grant-in-Kind der Ischemia Research and Education Foundation



## Dr. med. Andreas P. Wehrfritz

Anästhesiologische Klinik  
Universitätsklinikum der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

# Wissenschaftlicher Vortagswettbewerb 3. Preis



## Kurzfassung des Forschungsprojektes

### **Analgetische und antihyperalgetische Effekte von Physostigmin und Alfentanil in einem experimentellen Schmerzmodell am Menschen**

Aus einer Vielzahl präklinischer basiswissenschaftlicher Untersuchungen ist bekannt, dass das cholinerge System eine zentrale Bedeutung für die Modulation von Schmerzen im menschlichen Körper einnimmt.

Dies scheint insbesondere für den postoperativen Schmerz von großer Bedeutung zu sein. Verschiedene präklinische Untersuchungen weisen auf eine effektive antihyperalgetische Wirkung nikotinererger und muscarinerger Agonisten bzw. von Acetylcholinesterasehemmern hin. Zusätzlich dazu konnten verschiedene klinische Untersuchungen bei postoperativen Patienten eine verbesserte Schmerzfreiheit bzw. einen verminderten Schmerzmittelverbrauch durch perioperative Cholinergikagabe zeigen.

Da für den Cholinesteraseinhibitoren Physostigmin zentrale Effekte diskutiert werden, erscheinen insbesondere Schmerzmodelle, bei denen zentrale Sensibilisierungsvorgänge ausgelöst werden, für eine Quantifizierung analgetischer und antihyperalgetischer Effekte gut geeignet. Dafür wurde in der geplanten Untersuchung die Continuous Electrical Stimulation (CES) angewandt. Dieses Schmerzmodell beruht auf einer intradermalen, bis zu drei Stunden andauernden alternierend elektrischen Stimulation, die als scharfer Brennschmerz wahrgenommen wird. CES aktiviert dabei die primären Schmerzafferrenzen einschließlich einer Untergruppe von A-delta- und C-Fasern. Durch dieses Modell können so pathophysiologische Zustände nachgeahmt werden, die auch zum Schmerzgeschehen nach operativen Eingriffen wesentlich beitragen.

Ziel dieser Studie war es, den analgetischen und antihyperalgetischen Effekt des Cholinesterase inhibtors Physostigmin alleine und in Kombination mit dem Opioid Alfentanil in einem experimentellen Schmerzmodell am Menschen zu untersuchen und die Interaktion beider Substanzen zu charakterisieren.

## Curriculum Vitae

Geburtsdatum:

03.03.1976, Nürnberg

1997 - 2004  
15.02.2005

Studium der Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Promotion an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Thema: „Die Cyclooxygenase-Inhibitoren Parecoxib und Paracetamol reduzieren die zentrale Hyperalgesie im Menschen“

seit 01/2005  
seit 01/2006

Assistenzarzt, Anästhesiologische Klinik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Mitarbeit und Betreuung von sechs Phase I-Studien in der klinischen Schmerzforschung  
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

## Hellmut-Weese-Gedächtnisvorlesung\*

# 30 Jahre „Deutscher Herbst“

– Ein Zeitzeuge berichtet –

Generalbundesanwalt a. D. Kay Nehm



Das Gedenken an den sogenannten Deutschen Herbst anlässlich des 30. Jahrestages der blutigen Ereignisse des Jahres 1977 hat unsere Gesellschaft nochmals tief verstört. Ich danke der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und ihrem Tagungspräsidenten Professor Biscoping für die Gelegenheit, in der traditionellen Hellmut-Weese-Gedächtnisvorlesung das Gedenken vor dem Hinterrund eigenen Erlebens und eigenen Gestaltens zu reflektieren.

Die 1977 von der RAF gelegten blutigen Spuren, vom Anschlag auf Generalbundesanwalt Buback bis zur Entführung und Ermordung des Arbeitgeberpräsidenten Schleyer, verhinderten eine Fixierung des Gedenkens auf ein Ereignis und auf eine Person. Die Vielfalt der Stimmen, darunter vermehrt auch die der Angehörigen der Opfer, vereitelte den Erfolg einer Kampagne des Verdrängens und der Exkulpation von Tat und Tätern. Die Breite dieser Diskussion war überfällig. Denn die Zahl derjenigen, die auf Seiten der Exekutive und der Justiz authentisch über die damaligen Ereignisse berichten können, wird zunehmend kleiner.

Mich hat die RAF ein ganzes Berufsleben begleitet. 1973 kam ich, 32-jähriger Richter auf Probe, als wissenschaftlicher Mitarbeiter zur Bundesanwaltschaft. In den fünf Jahren als „Hiwi“ war ich unter anderem Ermittlungsführer, Anklageverfasser und Sitzungsvertreter im Verfahren gegen die überlebenden Besetzer der Deutschen Botschaft in Stockholm. In der Revisionsabteilung bearbeitete ich die Rechtsmittel der Angeklagten gegen das RAF-Urteil des Landgerichts Kaiserslautern. Später, als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Bundesverfassungsgerichts und nach meiner Rückkehr als Planbeamter der Bundesanwaltschaft, beschäftigten mich verfassungsrechtliche und strafprozessuale Fragen aus zahlreichen RAF-Verfahren. Als ich 1994 zum Generalbundesanwalt ernannt wurde, waren zunächst die Ereignisse von Bad Kleinen aufzuarbeiten. Zunehmend war ich aber auch mit Haft- und Gnadenfragen befasst. Mit drei Bundespräsidenten durfte ich mich über Anträge auf Begnadigung austauschen. Auch heute hat mich die RAF nicht losgelassen. So stehe ich immer noch im engen Kontakt mit mehreren Angehörigen der Opfer.

Meine Erinnerung an die 70er Jahre ist vor allem durch zwei Faktoren geprägt: Erstens, Personalprobleme der Behörde. Wir standen, wie es Siegfried Buback kurz vor seinem Tode in einem Schreiben ausdrückte, personell mit dem Rücken zur Wand, eine Situation, die uns junge wissenschaftliche Mitarbeiter früh in die Verantwortung brachte. Zweitens, die ständige Konfrontation mit dem Tod, auch dem eigenen. Hier haben sich zwei Daten eingebrennt: Der 7. April 1977, das Attentat auf Siegfried Buback und seine beiden Begleiter, und der 25. August 1977, der gescheiterte Raketenwerferanschlag auf das Bürogebäude der Bundesanwaltschaft.

Trotz aller Schwierigkeiten und Gefährdungen fühlten sich alle Angehörigen der Bundesanwaltschaft einem streng rechtsstaatlichen Verfahren verpflichtet. Wie hätte es auch anders sein können. Die Terrorismusabteilung bildete nur eine von drei Abteilungen. Die Revisionsabteilung war zusammen mit dem Bundesgerichtshof zur Wahrung der Rechtseinheit, zur Fortbildung des Rechts und zur Gewährleistung der Einzelfallgerechtigkeit berufen. Schon deshalb kam ein gespaltenes Recht nicht in Betracht. Zudem hätten uns Bundesgerichtshof und Bundesverfassungsgericht in die Schranken gewiesen, wenn wir mit zweierlei Maß gemessen hätten. Doch galt es, der Bevölkerung das Bewusstsein zu vermitteln, der Staat sei zwar bedroht, aber mit rechtsstaatlichen Mitteln in der Lage, dieser Bedrohung Herr zu werden. Deshalb setzten die Sympathisantenszene und vor allem die Verteidiger mit Unterstützung notorischer Gutmenschen aus vielen Bereichen der Gesellschaft alles daran, Gesetzgebung und Justiz in Misskredit zu bringen. Die Mär von Isolationsfolter, von Vernichtungshaft und staatlich initiiertem Mord führte der RAF immer wieder neue Sympathisanten zu, von denen sich nicht wenige der Vereinigung als Mitglieder anschlossen.

Zum Zwecke der Desinformation war jedes Mittel recht. Ein Beispiel: Als es Rechtsanwalt Croissant gelungen war, Sartre zu einem Besuch Baaders nach Stammheim zu bringen, berichtete der damals schon fast erblindete Philosoph auf einer Pressekonferenz, er sei in einen Raum geführt worden, in dem alles weiss und kahl gewesen sei. Dort müssten die Gefangenen leben. Das sei doch wirklich Folter. Tatsächlich fand das Gespräch in einem Besucherzimmer der Justizvollzugsanstalt statt. Die Anwälte saßen mit Leichenbittermine dabei. Tatsächlich waren die Haftbedingungen einmalig, aber zugunsten der Beschuldigten – sicher ein Kardinalfehler der Justiz! Das Sündenregister der Verteidiger lässt sich noch erweitern. Es reicht von planmäßiger Prozessverschleppung über den Aufbau eines Informationssystems bis zum Waffenschmuggel in die Anstalt.

Da mochten auch angesehene Literaten nicht zurückstehen. Heinrich Böll etwa mit seiner schamlos aufgebauschten Schilderung einer polizeilichen Nachschau. Der verdachtsgrundete unspektakuläre Besuch von zwei Polizeibeamten wurde in der Lesart Bölls zur Schilderung eines weiträumigen Belagerungszustandes. Oder Erich Fried. Er, der selbst unter dem Nationalsozialismus gelitten hatte, verstieg sich zu Versen wie „Dieses Stück Fleisch glaubte Recht zu tun und tat unrecht“ (Auf den Tod des Generalbundesanwalts Siegfried Buback).

Über derartige Provokationen und Belege geistiger Armut könnte man zur Tagesordnung übergehen, wären sie nicht zugleich Anzeichen für einen bösen Geist: Den Versuch, eine Mördertbande als eine Bewegung für Demokratie und Grundrechte zu glorifizieren. Der Kampf gegen die bürgerliche Gesellschaft als

notwendige Folge humanistischen Denkens legitimiert nicht nur den Sympathisanten. Er exkulpert zugleich die Mörder, indem er die in Kulturstaaten unverrückbare Grenze zwischen politischem Irrtum und gnadenlosem Morden nivelliert. Über 30 Menschen verloren für den so definierten Humanismus ihr Leben: Neben den Zielpersonen, den Repräsentanten von Staat und Wirtschaft, zehn Polizeibeamte, sechs US-Soldaten, zwei Zollbeamte, drei Kraftfahrer, zwei Diplomaten, ein Fahrdienstleiter, eine Hausfrau und ein Zivilangestellter der Army. Kollateralschäden nennt man das wohl heute. Fünf Morde sind noch immer nicht aufgeklärt. Die Hoffnungen auf eine intensive Nachbearbeitung der Ermittlungen, auf die Fortschritte der DNA und auf aussagebereite Tatzeugen haben sich nicht erfüllt. Das Schweigekartell ist ungebrochen.

Unbeantwortet ist auch die Frage, wie es dazu kommen konnte, dass die RAF und ihre Verbrechen bei einem Teil der Bevölkerung nicht nur heimliche Zustimmung fanden. Was gab eigentlich den Ausschlag, dass die Republik wenige Jahre nach dem demokratischen Neubeginn und der wirtschaftlichen Morgenröte derart aus den Fugen gerieten zu sein schien? Von einer drohenden Wiederkehr des Faschismus konnte doch nun wirklich nicht die Rede sein. Eher war es die herbe Enttäuschung darüber, dass das Pendel der Politik nach dem Untergang des Nationalsozialismus nicht wie erwartet nach links ausschlug. Manchen der Älteren, die es für richtig befanden, die RAF und ihre Untaten wohlwollend zur Kenntnis zu nehmen, wenn nicht gar zu entschuldigen, trieb auch das Unbehagen, dem Nationalsozialismus nicht den Widerstand entgegengesetzt zu haben, der Anderen einen Ehrenplatz in der deutschen Geschichte gesichert hatte. Nun galt es jedenfalls diesem Staat keine Fehler durchgehen zu lassen.

Eigentliche Ursache des Aufbegehrens war die lähmende Stagnation des Denkens, die in Zusammenhang mit innen- und außenpolitischen Entwicklungen den Eindruck vermittelte, das Establishment habe aus den Fehlern der Vergangenheit nichts gelernt. Die Elterngeneration, durch Wirtschaftskrisen, politische Instabilität der Weimarer Republik sowie durch Nationalsozialismus und Krieg gebeutelt, war froh, mit dem Leben davongekommen zu sein. Entnazifizierung sowie demokratische Nachhilfe und materielle Unterstützung der ehemaligen westlichen Kriegsgegner erleichterten das Vergessen und Verdrängen. Stattdessen machte sich ein Nachholbedarf an Lebensfreude breit, der im populären Schlager „Wir sind die Eingeborenen von Trizonesien“ seinen Ausdruck fand. Gewiss, vom Nationalsozialismus war man kuriert. Aber die Wurzeln der antidemokratischen Entwicklungen blieben weitgehend unreflektiert.

In diesem Klima des Verschweigens, in diesem Kollektiv der Davongekommenen fand auch mancher NS-Belastete Platz, Duldung und Anerkennung. Wo hätten auch sonst die zum Neuanfang benötigten leistungsstarken Experten herkommen sollen? So wurden die großen und kleinen Globkes mit mehr oder weniger Nachsicht behandelt. Nur keine Fragen bitte! Obwohl der Jugend kritisches Hinterfragen anstelle von Wissen eingebläut wurde, blieben die Antworten aus. Autorität statt Diskurs, das konnte nicht funktionieren, zumal auch von der Schule wenig zu erwarten war. Auch die Schule befand sich in einem Prozess der Neuorientierung. Erfahrene Pädagogen waren im Felde geblieben, aus Altersgründen oder als politisch belastet ausgeschieden.

Dies alles blieb nicht ohne Folgen: Eine Gesellschaft, die sich ausschließlich dem Wiederaufbau widmet und von Reformen nichts wissen will (keine Experimente lautete ein erfolgreicher Wahlslogan jener Zeit), eine solche Gesellschaft provoziert Widerspruch und Protest. Dass der Protest nicht nach demokratischen Spielregeln ablief, lag nicht zuletzt daran, dass der Vietnamkrieg die von den USA verkörperten Werte der westlichen Demokratie zunehmend fragwürdig erscheinen ließ.

Aber, was hatte die Protestgeneration dem entgegenzusetzen? An die Stelle fundierter Kritik trat, neben der aggressiven Ablehnung jeglicher Autoritäten, eine Ansammlung politischer Utopien. Die Dritte-Welt-Ideologie und das als wissenschaftlich ausgegebene Soziologendeutsch (die FAZ nannte es Kauderwelsch revolutionärer Triebträger) blieben dem Bürgertum ebenso fremd wie die als Heilsbringer gepriesenen neuen Ikonen des Humanismus: Che Guevara, Ho Chi Min und Mao Tse Tung.

Weigert sich die Gesellschaft, überfällige Reformen auch nur in Erwägung zu ziehen, muss der Versuch scheitern, sie frühzeitig auf demokratisch legitimem Wege, das heißt über die politischen Parteien, in praktische Politik umzusetzen. An die Stelle beharrlichen Werbens tritt vielfach eine abschätzige resignative Haltung, verbunden mit einem Rückzug in politikferne Idyllen am Rande der bürgerlichen Gesellschaft. Wer sich dagegen mit der Immobilität der Gesellschaft nicht abfinden möchte, selbst aber den beschwerlichen Marsch durch die Institutionen scheute, begann sich zu radikalisieren. Bürgerschreckartiges Gehabe lieferte dem beharrnden Bürgertum aber gerade die Argumente, die ihm bislang zur sachlichen Auseinandersetzung gefehlt hatten.

Das Entstehen terroristischer Vereinigungen (RAF, 2. Juni und Revolutionäre Zellen) liefert den Beleg: Von der Radikalität zum Extremismus und von dort zum Terrorismus ist es bei entsprechenden Randbedingungen kein allzu großer Schritt. Häufig war das kollektive Gefühl der demokratischen Ausweglosigkeit und die Bereitschaft, vom Angebot wohlfeiler radikaler Konzepte Gebrauch zu machen, von persönlichen unverarbeiteten Erlebnissen und Enttäuschungen begleitet. Die Gleichsetzung gesellschaftspolitischer und persönlicher Defizite ließ Manchem den Weg in die Illegalität unausweichlich erscheinen. Der Terrorist hat, wie es eine meiner Beschuldigten einmal zum Ausdruck brachte, sein persönliches Leiden vergesellschaftet. Heimito von Doderer drückte es in den Dämonen ähnlich aus: „Revolutionär wird, wer es mit sich selbst nicht ausgehalten hat.“

So machte eine kleine, skrupellos gewaltbereite Gruppe, legitimiert von den Rattenfängern der Studentenbewegung und getragen von der Sympathie frustrierter Reformer die gewaltsame Auflehnung gegen die etablierte staatliche Ordnung salonfähig. Wenn der Staat den Fortschritt mit Gewalt verhindert, muss dieser Staat eben mit revolutionärer Gewalt verändert werden. Die feinsinnige Unterscheidung von Gewalt gegen Sachen und Gewalt gegen Personen erwies sich schnell als brüchig. Macht kaputt, was euch kaputt macht, lautete die eingängigere Parole. Der Staat des Grundgesetzes wurde als Schweinesystem verunglimpft, dessen Repräsentanten es, unter klammheimlicher zustimmender Anteilnahme, zu vernichten galt. Nein, Heinrich Böll irrite; es war nicht der Krieg der sechs gegen sechzig Millionen. Es war die Auseinandersetzung eines nicht unerheblichen Teils der jüngeren Generation mit der Rechts- und Gesellschaftsordnung

unseres Landes. In dieser Auseinandersetzung waren die sechs nur die Propagandisten der Tat. Ihre sogenannten Bekenner-schreiben enthielten gerade kein Bekenntnis zur Tat. Daran fehlt es bis heute. Sie verbreiteten lediglich politische Botschaften. Deren Kern lautete immer wiederkehrend: Das fünfte Gebot, du darfst nicht töten, und Artikel 2, Absatz 2 Grundgesetz, jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, wird von uns suspendiert, wenn wir es aus politischen Gründen für opportun halten.

Wie war es wenige Jahre nach dem menschenverachtenden NS-System möglich, fremde, allenfalls nach ihrer beruflichen Funktion bekannte Menschen zu Todfeinden zu erklären und ohne Skrupel umzubringen? Neben sogenannten kleinen Leuten, Menschen, die in ihrem Amtsverständnis und in ihrer gelebten Verantwortung für die res publica meilenweit von dem Zerrbild entfernt waren, das ihren Tod legitimieren sollte. Wie war es möglich, dass die Nachfolgegeneration der RAF-Gründer trotz der Gewissheit, der wehrhafte Staat des Grundgesetzes werde sich durch Mordtaten nicht in die Knie zwingen lassen, ihr verbrecherisches Tun fortsetzte? Der Preis für dieses immer irrationaler werdende Beharrungsvermögen war hoch: Die RAF mutierte von einer politisch-terroristischen Vereinigung zu einer Mörderbande, deren Tun nahezu ausschließlich darauf gerichtet war, inhaftierte Gesinnungsgenossen zu befreien und die eigene Existenz vor staatlicher Verfolgung zu sichern.

Diese Wende ins bodenlose und unmenschlich Kriminelle spiegelte sich auch in den Taten: Der Militärrattaché von Mirbach und der Wirtschaftsattaché Hillegaart wurden kaltblütig erschossen, um den Forderungen der Botschaftsbesetzer Nachdruck zu verleihen. Schäbig, der Kinderwagen als Anhaltemittel bei der Schleyer-Entführung. Schäbig, die Ermordung des US-Soldaten Pimental, der in Vorspiegelung eines sexuellen Abenteuers in den Wald gelockt wurde, um in den Besitz seiner Ausweispapiere zu gelangen. Schäbig, der Blumenstrauß als Türöffner in den Fällen Zimmermann und Ponto. Schäbig, die Niedertracht, mit der Susanne Albrecht, Tochter eines Studienfreundes von Jürgen Ponto und auf Bitten ihrer Eltern Gast im Hause Ponto, den Mörtern ihres Gastgebers Zugang zum Haus verschaffte. Konnte Otto Schily die Anschläge auf US-Dienststellen noch durch Parallelen zum Reichssicherheitshauptamt der Nazis zu rechtfertigen suchen, die Wende ins bodenlos Kriminelle war mit Hilfe von Notwehr, Nothilfe und Kriegsvölkerrecht nicht mehr zu legitimieren. Die Sympathisanten begannen Fragen zu stellen und den Tätern die bedingungslose Gefolgschaft zu versagen. Damit verlor das Morden als Mittel der Befreiung wie als Propaganda der Tat seinen eigentlichen Sinn. Der Beginn vom Ende der RAF.

30 Jahre nach den schrecklichen Ereignissen des Jahres 1977 ist Vieles geschrieben und Vieles gesprochen worden. Das Re-gelhafte jener Entwicklung scheint mir jedoch von Vielen noch immer nicht zur Kenntnis genommen zu werden. Die jüngste Diskussion über die Vollstreckung lebenslanger Freiheitsstrafen und über die Begnadigung von RAF-Mördern liefert den Beleg, dass die Gesellschaft bei der Aufarbeitung dieses düsteren Abschnitts der deutschen Vergangenheit und der Einordnung ihrer Ungeheuerlichkeiten mit sich selbst noch immer nicht im Reinen ist. Dass sich die Mörder von gestern angesichts ihres selbstverschuldet verpfuschten Lebens in geradezu demonstrativ zur Schau gestellter Reuelosigkeit mit dem Bekenntnis

einer falschen Politik zu salvieren suchen, mag psychologisch nachvollziehbar sein. Äußerungen dieser Art sollten deshalb im Kontext fortdauernder Gefährlichkeit nicht überbewertet werden. Die von außen reklamierte Versöhnung und die Forderung nach einem Schlussstrich erweisen sich jedoch als verfrüht. Sie scheinen mir vielfach vom schlechten Gewissen derer inspiriert, die ihre Irrtümer hinter der Fassade eines verklärten 68er Mythen zu verbergen suchen und die die sogenannte bleierne Zeit ausschließlich als eine vom Staat verschuldete Episode abzutun gedenken.

Wer Versöhnung fordert, muss sich doch wohl zunächst ernsthaft mit dem Geschehenen auseinandersetzen. Der Staat hat dazu mit der in seinen Kräften stehenden juristischen Aufarbeitung seinen Beitrag geleistet. Die Irrtümer der RAF sind in zahlreichen Zeugnissen der Beschuldigten, der Verteidiger und der Sympathisanten dokumentiert. Nun ist es an der Zeit, dass auch die andere Seite an der Aufklärung und Aufarbeitung mitwirkt. Stattdessen erleben wir allenthalben Verdrängen, Schuldzuweisungen und Geschichtskitterung. Es ist schon paradox, ausgerechnet diejenigen, die seinerzeit ausgezogen waren, die Gleichgültigkeit und Sprachlosigkeit der Elterngeneration und den Mangel an Reflexion und Schuldbekenntnis mit Gewalt zu überwinden, verweigern sich jeder Aufklärung. Damit nicht genug, sie versuchen, die einst mit allen Mitteln der Desinformation und Propaganda öffentlich gemachte Geschichte der RAF durch Namensänderung und Pressezensur zu repräsentieren. Im kollektiven Gedächtnis wird nur der Vorwurf geduldet, der Staat habe durch Überreaktion das Grundgesetz verunreinigt. Dabei hatte jede Änderung insbesondere im Prozessrecht ihre Ursache nachweislich in Ankündigungen und im Verhalten der Beschuldigten und ihrer Anwälte. Keine Änderung ist vom Bundesverfassungsgericht aufgehoben worden, kein Urteil wurde vom Bundesverfassungsgericht oder vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte beanstandet.

Der angeblich so gnadenlose Staat hat sich keineswegs als derart gnadenlos erwiesen, wie dies von den Befürwortern des Vergessens behauptet wird. Allein acht Verurteilte wurden begnadigt. Die Haftzeiten beim Lebenslang liegen unter denen, die Verurteilte der Allgemeinkriminalität zu verbüßen haben. Derzeit befinden sich noch zwei zu lebenslanger Freiheitsstrafe Verurteilte in Haft. Ob Strafaussetzung zur Bewährung oder Gnade, niemals ging es um die Brechung des Willens oder um den Nachweis von Schuldeinsicht und Reue. Maßstab war ausschließlich die fortbestehende Gefährlichkeit.

Für die Angehörigen der Opfer ist diese Praxis oft schwer zu ertragen. Ihre Verluste sind nicht wieder gutzumachen. Surrogate bleiben wegen des Verdachts, es handele sich um bloße Lippenbekenntnisse, eher unerwünscht. Immer wieder erleben wir, wie schwer es den Angehörigen fällt, das strafrechtliche Lebenslang vom lebenslangen Schmerz über ihren Verlust zu abstrahieren. Aber der Staat hat nun einmal das Gewaltmonopol. Dazu gehört auch ein an den Grundentscheidungen unserer Verfassung ausgerichtetes Vollstreckungsrecht. Das heißt, Angehörige sollen zwar nicht über Gnade und Strafaussetzung mitentscheiden. Aber sie haben Anspruch darauf, ernst genommen zu werden. Und sie haben Anspruch darauf, dass ihre Gefühle respektiert werden.

Ernst zu nehmen ist auch ihr tief greifendes Bedürfnis, jenseits

strafrechtlicher, nach juristischen Kriterien festgestellter Schuld Gewissheit über die Umstände der Taten und über deren Urheber zu erlangen, wenn sie es denn wünschen. Auch wenn Straf- aussetzung und Gnade die Erfüllung dieser Anliegen nicht vor- aussetzen, es wäre ein später Akt der Wiedergutmachung und der Rückkehr zur Menschlichkeit. Bei allem Verständnis für das Bestreben der Täter, auch noch nach 30 Jahren nicht von ihrer Lebenslüge zu lassen, der Deckel-Drauf-Mentalität irregelmäßigter Humanisten und dem Vergessen unter dem Deckmantel der Ver- sönhung ist ebenso nachdrücklich zu widersprechen, wie jeder Verfälschung des kollektiven Gedächtnisses. Auch der Versuch, im Wege literarischer Auseinandersetzung Geschichtsschrei- bung durch Geschichten zu ersetzen, wird weder den Opfern noch der Gesellschaft gerecht.

So bleibt die Hoffnung auf ein Abklingen der kollektiven Be- täubung. Und es bleibt die Hoffnung, dass die späte Besinnung des einen oder anderen Mitverantwortlichen und Zeugen doch noch Licht in das Dunkel unaufgeklärter Taten wirft, im Interesse der Opfer, im Interesse der Gesellschaft und im Interesse der geschichtlichen Wahrheit.

\*) Zur Eröffnung einer jeden nationalen Jahrestagung der DGAI wird eine von Karl- Heinz Weis, Würzburg, 1978 inaugurierte Gedächtnisvorlesung zur Erinnerung an den Pharmakologen Hellmut Weese, mit dessen Namen die Einführung der intrave- nösen Evipannarkose Anfang der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts verbunden ist, gehalten. Vortragende sind hervorragende Repräsentanten aus Wissenschaft, Kunst und Politik.