

Inhalt

Grußworte

Eröffnungsansprache des Kongresspräsidenten	S510
Eröffnungsansprache des DGAI-Präsidenten	S512
Grußwort des BDA-Präsidenten	S516
Grußwort der DAAF-Präsidentin	S517
Grußwort des Generalsekretärs der DGC	S518
Grußwort des Vertreters der Industrie	S522

Ehrungen

Heinrich-Braun-Medaille der DGAI	S525
Ehrenmitglied der DGAI	S526
Korrespondierende Mitglieder der DGAI	S527
DGAI-Ehrennadel in Gold	S529
Franz-Kuhn-Medaille der DGAI	S531
Manfred-Specker-Medaille der DGAI	S532
Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Gold	S533
Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA	S534
Ehrenmitglied der DAAF	S535

Wissenschaftliche Preise

DGAI-Forschungsstipendium der Fresenius-Stiftung	S537
Karl-Thomas-Preis	S539
August-Bier-Preis	S540
Thieme Teaching Award	S541
Heinrich-Dräger-Preis für Intensivmedizin	S542
Rudolf-Frey-Preis für Notfallmedizin	S543
Klinisch-wissenschaftlicher Forschungspreis der DGAI	S544
Wissenschaftlicher Vortragswettbewerb	S545

Eröffnungsansprache des Kongresspräsidenten



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

als Präsident des Deutschen Anästhesiekongresses 2009 möchte ich Sie ganz herzlich zur feierlichen Eröffnungsveranstaltung der 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin in Leipzig begrüßen. Ich könnte – nein, ich müsste Vielen danken, die den diesjährigen DAC in Leipzig möglich gemacht haben. Sie können sicher sein, es waren keine Heinzelmännchen am Werk, sondern er ist das Produkt intensiver Arbeit von Vielen.

Ich freue mich, gemeinsam mit Ihnen Herrn Prof. Bauer, den Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zu unserer Eröffnungsveranstaltung begrüßen zu dürfen. Seit vielen Jahren verbindet die gemeinsame Arbeit am Patienten unsere beiden Fachgebiete. Das gegenseitige Vertrauen bildet die Grundlage einer erfolgreichen Therapie der uns anvertrauten Patienten.

Ebenso herzlich möchte ich den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Herrn Prof. Schüttler, und den Präsidenten des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, Herrn Prof. Landauer, hier in Leipzig willkommen heißen. Gesellschaft und Berufsverband – zwei unverkennbare Träger und Vertreter unseres Fachgebietes auf die sich die Mitglieder bei der Vertretung ihrer Interessen immer verlassen konnten und auch zukünftig verlassen werden können!

Als Präsidentin der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF) möchte ich ganz herzlich Frau Prof. Koch begrüßen. Gerade in Zeiten des zunehmenden Nachwuchsmangels ist Fort- und Weiterbildung von essentieller Bedeutung, um unser Fach für jüngere Kolleginnen und Kollegen auch weiterhin attraktiv zu machen. Die DAAF trägt wesentlich dazu bei, Fort- und Weiterbildung auf höchstem Niveau zu garantieren. Dies spiegelt sich auch auf dem DAC 2009 wider, wo die DAAF in beträchtlichem Umfang an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen beteiligt ist.

Auch alle Mitarbeiter der Pflege möchte ich an dieser Stelle herzlich begrüßen. Wie immer wird es auch 2009 ein grosses Pflegesymposium im Rahmen des

DAC geben – dies unterstreicht die enge und erfolgreiche Verbindung von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern, die zwingend notwendig ist, um unsere Patienten verantwortlich zu versorgen.

Unser internationaler Gruss geht an die präsidialen Vertreter der russischen und der türkischen Gesellschaft für Anästhesiologie. Mit beiden Fachgesellschaften besteht eine langjährige Zusammenarbeit und ein intensiver Wissensaustausch. So gibt es auch dieses Jahr wieder gemeinsame wissenschaftliche Sitzungen mit für beide Seiten hochinteressanten Themen.

Ich begrüße all die herausragenden Persönlichkeiten, die dazu beigetragen haben, dass sich unser Fach kontinuierlich und erfolgreich entwickelt hat und sicherlich auch weiterhin entwickeln wird und die im Rahmen dieser Eröffnungsveranstaltung Ehrungen und Preise für ihre besondere Leistungen erhalten werden. Gleiches gilt für alle Preisträger, die an diesem Nachmittag für ihre hervorragenden wissenschaftlichen Leistungen ausgezeichnet werden.

Mein Gruß geht natürlich auch an alle Repräsentanten der Industrie. Wir werden auch dieses Jahr wieder über pharmakologische und medizintechnische Neuentwicklungen im Rahmen einer umfassenden Industrieausstellung informiert werden. Darüber hinaus waren und sind auch 2009 Industrie-unterstützte Workshops wichtige Foren für den Wissensaustausch in allen wesentlichen Bereichen unseres Fachgebietes. Besonders freue ich mich, Herrn Prof. Sten Lindahl aus Stockholm an dieser Stelle begrüßen zu dürfen. Herr Prof. Lindahl ist Anästhesist und Vorsitzender des gesamten Nobel-Preis-Komitees, und ich bin froh, dass ich ihn für die diesjährige Hellmut-Weese-Gedächtnisvorlesung gewinnen konnte – eine einmalige Gelegenheit, von jemandem aus dem innersten Kreis dieses erlauchten Zirkels über die Geschichte und Philosophie des Nobel-Preises zu erfahren!

Es sind sicherlich keine leichten Zeiten, in denen der DAC dieses Jahr stattfindet. Das Wort „Krise“ ist zu einem beherrschenden Moment geworden. Zwar

scheint die Gesundheitsindustrie noch am wenigsten von der wirtschaftlichen Negativentwicklung betroffen und Entlassung von pflegerischem und ärztlichem Personal scheint z. Zt. kein Thema – doch in den Krankenhäuser sehen wir uns anderen, nicht weniger großen Herausforderungen gegenüber. Auch diesen Herausforderungen nimmt sich der DAC 2009 an – und es ist Sinn eines derartigen Kongresses, den Gedankenaustausch auch bei kritischen, kontroversen Themen zu fördern.

Die Wahl Leipzigs als Veranstaltungsort für den DAC 2009 ist ein großer Glücksgriff. Das Jahr 2009 ist nicht nur für diese Stadt von besonderer Bedeutung. Leipzig begeht 2009 das Mendelssohn-Jahr, es ist Calvins 500. Geburtsjahr, die Universität Leipzig feiert ihren 600-jährigen Geburtstag, die Bundesrepublik Deutschland wird 60 – um nur einige Höhepunkte des Jahres 2009 zu nennen. Ganz besonders sei daran erinnert, dass vor 20 Jahren in dieser Stadt mutige Menschen mit den Montagsdemonstrationen das wichtigste politische Geschehen in der deutschen Nachkriegszeit gebahnt haben: die deutsche Wiedervereinigung. Großer Mut und große Entschlossenheit sind sicherlich auch in der heutigen Zeit notwendig, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen – dies trifft sicherlich auch für unser Fachgebiet zu. Lassen wir uns von diesen Problemen

dazu stimulieren, Lösungen zu finden und keinesfalls zu resignieren, gemäß dem Motto „Öffnen statt verstecken“.

Ein klein wenig der musikalischen Faszination der Stadt Leipzig haben wir heute Nachmittag in diesem Saal einfangen können. Das Leipzig Chamber Brass besteht aus Mitgliedern des weltberühmten Gewandhaus-Orchesters – und ich bin sehr froh, sie für die musikalische Begleitung dieser Eröffnungsveranstaltung gewonnen zu haben.

Am Erfolg des DAC 2009 habe ich keinerlei Zweifel – die große Zahl der Anmeldungen spricht für sich, das Interesse für den DAC scheint ungebrochen. Zu Recht, wie ich meine. Das Programm ist aktuell, vielfältig, abwechslungsreich und verspricht einen höchst spannenden Kongress. Wir alle hoffen auf einen intensiven Informationsaustausch, der davon lebt, dass Sie – die Besucher dieses Kongresses – sich entsprechend einbringen. Die Frage, ob wir auch in diesem Krisenjahr 2009 einen erfolgreichen Kongress abhalten werden, kennt nur eine Antwort „Yes we can“. In diesem Sinne wünsche ich allen einen interessanten und erfolgreichen Deutschen Anästhesiecongress 2009.

Prof. Dr. med. Joachim Boldt
Kongresspräsident DAC 2009

Eröffnungsansprache des DGAI-Präsidenten



Sehr geehrte Damen und Herren Präsidenten,
meine sehr verehrten Damen, meine Herren,
sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin ist es mir eine ganz besondere Ehre und Freude, Sie anlässlich der Eröffnung unseres 56. Anästhesiecongresses, des DAC 2009 hier im Congress Center Leipzig herzlich willkommen heißen zu dürfen. Zunächst einmal möchte ich Herrn Kollegen Professor Joachim Boldt von Herzen dafür danken, dass er in diesem Jahr das Joch der Kongresspräsidentschaft geschultert hat. Lieber Joachim, Du hast es dem Präsidenten der DGAI dadurch möglich gemacht, sich auf seine vielfältigen anderen Aufgaben zu konzentrieren, die gerade zu Anfang seiner Amtszeit auf ihn zugekommen sind. Ich weiß dies sehr zu schätzen. Nochmals herzlichen Dank!

Zu Beginn unserer Jahrestagung dürfen Sie von Ihrem Präsidenten eine Standortbestimmung erwarten: Welche Koordinaten bestimmen den gegenwärtigen Stellenwert unseres Fachgebietes, über welche Bedrohungen müssen wir nachdenken und welche tragfähigen Perspektiven ergeben sich mittel- und langfristig für die Anästhesie.

Selbstverständlich geht es bei einem DAC zunächst einmal um die Anästhesie mit ihren weiteren Schwerpunktfeldern: Intensiv- und Notfallmedizin sowie Schmerztherapie und Palliativmedizin. Aber - in einer Zeit, da der ärztliche Beruf in seiner Gesamtheit unter Druck geraten ist - ich möchte hier nur den Gesundheitsfonds und die dadurch verursachte regionale Umverteilung der Ressourcen erwähnen, wobei die Politik den Patienten, uns Ärzten und den Krankenkassen diesen Gesundheitsfonds „ungewollt“ aufoktroiert hat -, in einer solchen „Not“zeit ist auch ein Blick über den Tellerrand des eigenen Faches hinaus nicht nur erlaubt, sondern geradezu gefordert.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, angesichts des Programms für diese Eröffnungsveranstaltung kann ich selbstverständlich nicht alles ansprechen, was den Präsidenten der DGAI beschäftigt. Ich werde mich auf wenige Punkte konzentrieren, die mir besonders am Herzen liegen. Lassen Sie mich mit der Nachwuchssituation in unserem Fachgebiet beginnen.

Im Kongressheft unserer A & I ist Ihnen allen sicher sofort die Schlagzeile ins Auge gesprungen: „Gehen Deutschland die Anästhesisten aus?“ Ich kann Ihnen versichern, auch mich hat dieser Beitrag sofort gefesselt. Wir alle kennen die globalen Zahlen der Bundesärztekammer, die aber nur bedingt etwas über die konkreten Verhältnisse im eigenen Fachgebiet aussagen.

Wir dürfen den Autoren sehr dankbar sein, dass sie mit Akribie die derzeit nur lückenhaft und verstreut verfügbaren Daten zusammengetragen haben, um eine vorsichtige Prognose zu ermöglichen, wie es um die Sicherung unseres Nachwuchses steht. Als Quintessenz für unser Fach können wir einige wichtige Punkte festhalten:

- Derzeit schließen jährlich etwa 900 Ärztinnen und Ärzte ihre Facharztweiterbildung zum Anästhesisten ab und das stabil seit einigen Jahren. Damit kommen auf jeden Kollegen, der aus Altersgründen ausscheidet, vier qualifizierte Nachwuchsanästhesisten.
- Dieser Überschuss ist allerdings nur die halbe Wahrheit. Die arbeitszeitrechtlichen Änderungen der letzten Jahre fordern ihren Tribut durch zusätzlich zu besetzende Stellen. Darüber hinaus arbeiten heute zahlreiche Kollegen – insbesondere natürlich Kolleginnen – in Teilzeit. Außerdem gibt es große regionale Unterschiede.
- Die Abwanderung junger Kolleginnen und Kollegen ins Ausland ist zwar derzeit noch eher marginal mit rund 3.000 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr für alle Fachrichtungen, noch dazu, wo dieser „Aderlass“ durch Zuwanderung teilweise kompensiert wird. Aber die Anzahl derer, die wir ins Ausland verlieren, hat sich in den letzten sieben Jahren verdoppelt. Wir müssen also die Gründe für die Abwanderung, wie höhere Wertschätzung und bessere Einkommen, ernst nehmen und dort ansetzen.
- Es gibt noch einen weiteren Grund für einen steigenden Bedarf an Anästhesisten, und der ist eine unmittelbare Folge der demographischen Entwicklung in unserem Land. Die Menschen werden, das

beobachten wir alle, immer älter und damit steigt ihre medizinische Behandlungsbedürftigkeit, auch für notwendige Operationen.

Die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2005-2007 weist eine Steigerung der Operationen und Prozeduren bei vollstationären Patientinnen und Patienten um jährlich über eine Million aus. Da ein hoher Anteil dieser Patienten einer anästhesiologischen Betreuung bedarf, müssen zusätzliche Anästhesistinnen und Anästhesisten eingestellt werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, längst bevor das Thema Nachwuchssicherung ein beherrschendes Thema in medizinischen Medien und Gremien wurde, hat sich die DGAI dieser Herausforderung gestellt und Initiativen in diese Richtung gestartet. Erwähnen möchte ich hier zum Beispiel das Simulatorprojekt der DGAI, mit dem wir anlässlich der Einführung des Pflichtfaches Anästhesie durch die letzte Novelle des Approbationsordnung 2004 in die Offensive gegangen sind.

Die seither von den anästhesiologischen Lehrstühlen „flächendeckend“ angebotenen Unterrichtsveranstaltungen am Anästhesie- und Notfallsimulator haben zu einem messbaren Imagegewinn unseres Fachgebietes bei den Studierenden der Humanmedizin geführt und zu beneidenswerten Positionierungen in den Lehrevaluationen der Medizinischen Fakultäten beigetragen.

Allerdings darf uns dieser Erfolg nicht zu Euphorie verleiten, denn die Begeisterung für den Simulatorunterricht generiert nicht automatisch auch ein berufliches Interesse für unser Fach, wie sich jetzt bei einer Befragung des Berufsverbandes gezeigt hat. Hier besteht also noch Handlungsbedarf.

Meine Damen und Herren, die Konkurrenz um ärztliche Berufsanfänger wird sich in den kommenden Jahren voraussehbar verschärfen. Die bereits sicher geglaubte Steigerung der Studienplätze für Humanmedizin um 15 %, über die im Zusammenhang mit dem Ausbau der Studienkapazitäten wegen der dop-

pelten Abiturjahrgänge ab 2011 diskutiert worden war, ist ausgeblieben. Diese Entscheidung ist erst vor wenigen Tagen durch die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz in Berlin getroffen worden.

Das ist ein harter Rückschlag für die Medizin in Deutschland – denn dies bedeutet eine besondere Benachteiligung junger Menschen mit dem ernsthaften Berufswunsch, Arzt zu werden, weil die Kapazität für die Mediziner Ausbildung relativ zu anderen Studienfächern, die erhebliche Zuwächse erfahren, verknappt wird.

Die drohende Verschärfung der Nachwuchssituation nährt aber auch unsere Sorgen, dass die Diskussion um den kürzlich ins Wanken geratenen Arztvorbehalt erneut aufbricht und die Delegation ärztlicher Aufgaben wieder auf die Tagesordnung kommt. Und nicht wenige derer, die von Delegation sprechen, meinen in Wirklichkeit Substitution von Ärzten durch nichtärztliche Mitarbeiter.

Glücklicherweise konnten wir unter der geistesgegenwärtigen und beherzten Führung meines Vorgängers im Amte bisher Schaden abwenden, wobei unsere operativen Partner „unisono“ Bestandsschutz für die ärztliche Anästhesieleistung eingefordert haben – ein schönes Beispiel kollegialer Solidarität, wofür wir den anwesenden Vertretern aus den chirurgischen Fächern an dieser Stelle einmal ganz herzlich danken möchten! Bitte geben Sie unseren Dank auch an Ihre Kollegen weiter.

Nun, liebe Kolleginnen und Kollegen, unsere gute Positionierung in der studentischen Lehre ist, wie wir gesehen haben, ein wichtiger Beitrag zur Gewinnung von Nachwuchs für unser Fach. Dabei dürfen wir aber nicht stehen bleiben. Hier müssen sich unsere Bemühungen um eine attraktive Ausgestaltung unseres Weiterbildungscurriculums nahtlos anschließen, wobei die Anstrengungen in diesem Segment zurzeit in den Gremien von Fachgesellschaft und Berufsverband sehr intensiv betrieben werden.

Der akademische Stellenwert eines Faches bemisst sich aber nicht nur nach Lehrleistungen, sondern auch

und ganz besonders nach den Forschungserfolgen. Die Gründung des Arbeitskreises Wissenschaftlicher Nachwuchs – prägnant WAKWIN genannt – vor drei Jahren hier in Leipzig - ich erinnere gerne an die Gründungssitzung auf dem DAC 2006 - war ein entschlossener Schritt, um die Förderung des Nachwuchses für die wissenschaftliche Anästhesiologie systematisch zu bündeln und entscheidend voranzubringen. Auch hier konnten wir auf Bewährtem aufbauen: den Wissenschaftlichen Arbeitstagen in Würzburg.

Die strenge Begutachtung und lebhaftige Diskussion der Beiträge auf diesen mittlerweile seit 23 Jahren veranstalteten jährlichen Workshops haben die Forschungsaktivitäten in der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin sowie der Schmerztherapie nachhaltig befruchtet und gefördert. Die Preisträger des bei den Wissenschaftlichen Arbeitstagen verliehenen Forschungsstipendiums – wir werden gleich zwei neue Preisträger kennenlernen – haben beste Aussichten, universitäre Spitzenpositionen zu besetzen. Auch das im vergangenen Jahr gestartete Mentoringprogramm ist sofort auf große Akzeptanz gestoßen und mit Leben erfüllt worden.

All dies sind Beiträge, um unser Fach im Wettbewerb innerhalb der Medizinischen Fakultäten in unserem Land zu stärken. Wobei man sich immer wieder vor Augen führen muss, dass anästhesiologische Forschung nicht nur der akademischen Wahrheitsfindung und Wissensmehrung dienen soll, also kein Selbstzweck im berühmten „Elfenbeinturm“ ist, sondern – gewissermaßen als Effizienzkriterium – in ein Mehr an Therapieerfolg für unsere Patienten münden muss.

Einen letzten Aspekt noch zur Nachwuchsthematik. Eine Satzungsänderung, die morgen auf der Mitgliederversammlung der DGAI zur Abstimmung steht, wird die Repräsentanz und die organisatorische Einbindung unserer jüngeren, in der Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen deutlich verbessern. Auf diese Weise werden etwa 3.000 Mitglieder im Bereich der Nicht-Fachärzte zu ordentlichen Mitgliedern der DGAI. Bitte kommen Sie morgen zur Mit-

gliederversammlung und geben Sie Ihrem Willen überzeugend Ausdruck!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, kommen wir nun zu einem ganz anderen Thema. Rezidivierend flammt in den letzten beiden Jahren – vor allem in den Medien – die Diskussion um eine angeblich „inhumane“, ein würdiges Sterben verhindernde Apparatedizin auf. Unsere chirurgischen Kollegen hatten für ihren Jahreskongress vergangene Woche in München das Motto „Chirurgie - Humanität durch Technik“ gewählt, ein Motto, das auch uns Anästhesisten ganz aus dem Herzen gesprochen ist. Ich wage zu behaupten, dass alle hier im Saal mit mir die Überzeugung teilen, dass die Fortschritte der modernen Medizintechnik – wenn man sich ernsthaft und differenziert damit auseinandersetzt – die Patientenautonomie keineswegs gefährden müssen, sondern ein Humanum ersten Ranges darstellen.

Wir haben heute für die Narkoseführung und die sich häufig anschließende Intensivbehandlung so weitgehend optimierte Monitoring- und Therapiesysteme, dass mögliche Grenzen der Operabilität aufgrund der Anästhesie praktisch kein Thema mehr sind. Dazu hat natürlich auch der pharmakologische Fortschritt, den wir in den letzten 25 Jahren erzielen konnten, erheblich beigetragen.

Wenden wir uns nun, liebe Kolleginnen und Kollegen, noch kurz den Schauplätzen unserer täglichen Arbeit im Operationsaal, auf der Intensivstation und in der Notfallbehandlung zu.

Die gerade angedeuteten großen Fortschritte durch die Medizintechnologie und die optimierte Pharmakologie haben dazu geführt, dass der Chirurg den Anästhesisten, wenn der sein Handwerk beherrscht, am wenigsten bemerken wird, weil er sich unter optimalen Bedingungen und in aller Ruhe auf seinen Eingriff konzentrieren kann. Diese „komfortable“ Situation bedeutet jedoch aus unserer Sicht ein gewisses Dilemma, denn der eine oder andere ist versucht, daraus ableiten zu wollen, dass die Anästhesie unspektakulär, gar langweilig und der Narkosearzt

deshalb im gewissen Umfang entbehrlich sei und vielleicht sogar durch technische Intelligenz zu substituieren. Keine Sorge - das Gegenteil ist der Fall: Die Geistesgegenwart und die Erfahrung des Anästhesisten ist im Operationssaal genauso wenig durch technische Systeme zu ersetzen wie die Übersicht des Operateurs bzw. das handwerkliche Können des Chirurgen.

Darüber hinaus sind aller technischer Fortschritt und noch so durchdachte Infrastrukturoptimierung, von denen wir immer wieder sprechen, vergeblich, wenn die Kommunikation im Operationssaal, auf der Intensivstation und wo auch immer sonst nicht funktioniert. Das gilt gerade für Anästhesisten und Chirurgen ganz besonders wegen ihres Zusammenwirkens auf engstem Raum und ihres direkten aufeinander Angewiesenseins in der täglichen Zusammenarbeit, wobei wir uns aber davor hüten sollten, das ärztliche Wirken des einen höher zu bewerten als das des anderen. Nur Schulter an Schulter als gleichberechtigte Partner und in wechselseitigem Vertrauen auf die Fachkompetenz des anderen kann unser interdisziplinäres Zusammenwirken zum Besten unserer gemeinsamen Patienten weiterhin gelingen.

Erlauben Sie mir bitte noch ein letztes Wort: Die Tätigkeitsfelder Intensiv- und Notfallmedizin hatten in unserem Lande über Jahrzehnte ihren festen Platz in den Tätigkeitsgebieten von Anästhesisten, Chirurgen, Internisten und weiteren Fächern. Seit geraumer Zeit streben verschiedene Interessengruppen eine Verselbstständigung dieser Tätigkeitsfelder durch Gründung eigener Fachgesellschaften an und beabsichtigen die Einführung eigener Facharztanerkennungen. Nun, hinsichtlich der Intensivmedizin ist uns in engem Schulterschluss mit den Vertretern der Inneren Medizin und der Chirurgie mit der Neuformierung der DIVI

durch Umwandlung in eine Mitgliedergesellschaft ein großer Erfolg gelungen, auf dem wir nun gemeinsam aufbauen können.

Ganz aktuell ist die Forderung nach Schaffung eines eigenen Facharztes für Notfallmedizin, die im Zusammenhang mit der Konzeption zentraler Notaufnahmen ins Gespräch gebracht wurde. Bei einem Präsidialgespräch haben die Vertreter von Anästhesisten, Chirurgen, Internisten und Neurologen eine gemeinsame Arbeitsgruppe gegründet mit dem Ziel, bis Mitte des Jahres eine Stellungnahme zu allen Fragen im Zusammenhang mit der Einrichtung zentraler Notaufnahmen vorzubereiten, die dann in den Fachgesellschaften diskutiert und abgestimmt werden soll.

Eine Herauslösung von Intensiv- und Notfallmedizin – und deshalb habe ich diesen Punkt angesprochen – würde unser berufliches Selbstverständnis als Anästhesisten und unsere ärztliche Leistungsfähigkeit aushöhlen, und damit wären wir wieder bei der Eingangsthematik: Die Attraktivität unseres Faches für den Nachwuchs würde dies unweigerlich schmälern. Ich bin überzeugt, das gilt mutatis mutandis auch für die anderen Fachgebiete, die eine enge Beziehung zu Intensiv- und Notfallmedizin haben. Wachsamkeit ist also geboten!

Damit möchte ich meine Ausführungen beenden und wünsche uns allen spannende Kongresstage mit interessanten Vorträgen, intensiven Diskussionen sowie – nicht zu vergessen – auch Gelegenheit zum ungezwungenen Gedankenaustausch in geselliger Atmosphäre. In diesem Sinne freue ich mich jetzt auf unseren Kongress hier im Congress Center Leipzig.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jürgen Schüttler

Grußwort des BDA-Präsidenten



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Zur 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin darf ich Sie ganz herzlich in Leipzig begrüßen.

Der DAC 2009 steht in diesem Jahr unter dem beziehungsreichen Motto „Öffnen statt verstecken“. „Verstecken“ ist nicht nur in kritischen Zeiten zunächst eine allzu menschliche Reaktion, die aber nichts bringt, sondern, wie die Geschichte der Wende gerade in Leipzig exemplarisch belegt, zu Gunsten eines zugegebenermaßen der Natur vieler von uns zuwiderlaufenden und damit schwierigeren „Öffnens“ verlassen werden sollte, um aktiv die Zukunft zu gestalten.

Was „Verstecken“, etwa von Risiken, für Probleme heraufbeschwören kann, das erleben wir heute alle hautnah auf dem Finanzsektor.

Was „Öffnen statt verstecken“ für unser Fachgebiet bedeutet, möchte ich an drei aktuellen Beispielen kurz zeigen.

„Öffnen statt verstecken“ bedeutet, Fehler nicht zu verstecken, sondern offenzulegen und damit ihr bisher vielfach verstecktes und damit brachliegendes Potential zur Weiterentwicklung der Anästhesie und damit der Sicherheit der sich uns anvertrauenden Patienten zu nutzen. Dieser Philosophie entspricht u.a. das von den Verbänden auf den Weg gebrachte Patienten-Sicherheits-Optimierungssystem (PaSOS) in vorbildlicher Weise.

„Öffnen statt verstecken“ steht auch dafür, Unzulänglichkeiten unseres Faches im Kleinen, wie sie etwa in den in der Januarausgabe von A&I veröffentlichten Umfrageergebnissen zur „Arbeitszufriedenheit von Anästhesisten in Deutschland“ zu Tage treten, nicht zu verstecken, sondern Maßnahmen zu ergreifen, diese zu beseitigen.

„Öffnen statt verstecken“ bedeutet gerade in Zeiten eines zunehmenden Nachwuchsmangels, die attraktiven Arbeits-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten unseres Faches nicht wie das viel zitierte Licht unter den Scheffel zu stellen und damit zu verstecken, sondern sie offensiv und mit sämtlichen, heute zur Verfügung stehenden Mitteln den potentiellen Interessenten unseres Faches wirkungsvoll nahezubringen und zu öffnen. Siehe hierzu auch das Kongressheft von A&I „Gehen Deutschland die Anästhesisten aus?“.

Unter diesem Aspekt hoffen wir dringend, dass sämtliche weiterbildungsberechtigten anästhesiologischen Klini-

ken, Abteilungen und Praxen in Deutschland die von BDA und DGAI gebotene Chance nutzen und sich an unserem internetbasierten „Weiterbildungsportal Anästhesie“ unter dem Motto „<anaesthesist-werden.de>“, auch im ureigensten Interesse beteiligen. Die Nutznießer sind nicht nur die Studenten, die nach Abschluss ihres Studiums einen attraktiven Weiterbildungsplatz finden, sondern auch die einzelnen Weiterbildungseinrichtungen und damit die Anästhesie in Deutschland. Dabei lautet unsere klare Empfehlung „fangen Sie in der Anästhesie an - entscheiden Sie sich dann!“ Anästhesist zu werden sollte heute kein Zufall mehr sein, sondern das Ergebnis einer kalkulierten, von uns mit Rat und Tat geförderten Karriereplanung.

„Last but not least“ trägt jeder DAC dem diesmal explizit gewählten Kongressmotto „Öffnen statt verstecken“ Rechnung, indem er das erarbeitete und bis dato sozusagen versteckte Wissen Einzelner der Allgemeinheit der Anästhesisten offenlegt. Aber wie so oft im Leben gilt auch für „Öffnen statt verstecken“ „sola dosis facit venenum“ und so hat das „Öffnen“ auch seine Grenzen. Sie sind zweifellos dann erreicht, wenn die Persönlichkeitssphäre von Arzt, Patient und Bürger verletzt wird. Dies ist etwa bei der Einführung der elektronischen Patientenkarte mit zentraler Datenspeicherung oder bei der geplanten online-Durchsuchung von Computern, die auch vor Arztpraxen und Kliniken keinen Halt machen will, der Fall; vom vor einiger Zeit diskutierten Einsatz von „Nacktschannern“ auf Flugplätzen ganz abgesehen. Ein solches „Öffnen“ können und dürfen wir nicht nur im Interesse unserer Patienten, sondern auch von uns allen keinesfalls zulassen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich freue mich, Sie hier im attraktiven Leipzig begrüßen zu dürfen, um mit Ihnen die uns interessierenden Fragen unseres Fachgebietes offen zu diskutieren und so zu neuen Erkenntnissen zu gelangen. Das gebotene Programm braucht sich wirklich nicht zu verstecken.

In diesem Sinne und in aller Offenheit
Ihr

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 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin in Leipzig.

Unter dem diesjährigen Motto „Öffnen statt verstecken“ wollen wir hier in Leipzig zum einen der Bürgerinnen und Bürger gedenken, die vor 20 Jahren durch ihren öffentlichen Mut zur Wiedervereinigung maßgeblich beigetragen haben, und zum anderen auch die Kompetenz aller Säulen unseres Fachgebietes durch kompetente Wissensvermittlung stärken. Denn nur durch die ständige Weiterentwicklung unseres Fachgebietes in der Forschung und Krankenversorgung brauchen wir uns in Zeiten des zunehmenden Wettbewerbes nicht hinter dem sog. „Grünen Tuch“ zu verstecken. Vielmehr können wir durch das „Öffnen“ unsere vielfältigen Kompetenzen in die verschiedenen Strukturen, sei es in der interdisziplinären Intensivmedizin, im OP und in der Notfallaufnahme, in der Schmerz- und Palliativmedizin sowie in den organ- und symptombezogenen Zentren, zum Wohle der Patienten einbringen.

Bei dem schnellen Wissenszuwachs in der Medizin hat sich die DAAF die Aufgabe gestellt, durch qualitativ hochwertige und praxisrelevante Fort- und Weiter-

bildungsveranstaltungen zur Förderung und Erhaltung der fachärztlichen Kompetenz beizutragen. 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. Auch in diesem Jahr wird in zehn Sitzungen ein breites Spektrum an aktuellen Themen aus der Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin angeboten. Neben der direkten Teilnahme am Refresher-Kurs haben Sie auch die Möglichkeit, auf die Inhalte der Referate, die in Buchform publiziert werden, zurückzugreifen. Ergänzt wird die Bandbreite der Fortbildungsmöglichkeiten durch die bundesweit unter der Schirmherrschaft der DAAF angebotenen Veranstaltungen, die auf der Homepage (www.dAAF.de) zusammengestellt sind, sowie durch das gemeinsame e-learning-Portal von DGAI, BDA und DAAF (www.my-bda.com).

Ich wünsche Ihnen einen interessanten und lehrreichen Kongress und freue mich auf den intensiven Wissens- und Erfahrungsaustausch in Leipzig.

Prof. Dr. med. Thea Koch

Grußwort des Generalsekretärs der DGC



Sehr geehrter Herr Präsident, verehrte Ehrengäste, liebe Kolleginnen und Kollegen unseres wichtigsten Partnerfaches, sehr geehrte Damen und Herren,

leider muss ich mit einer Entschuldigung beginnen. Nachdem ich heute Nachmittag erfahren habe, dass unser Präsident, Herr Prof. Dr. Schumpelick, erst morgen zu Ihrem Kongress kommen kann, müssen Sie mit einem spontanen Grußwort des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vorlieb nehmen. Nun wissen Sie ja, wie das mit spontanen Ansprachen so ist. Mark Twain hat dazu einmal gesagt: Für eine spontane Rede brauche ich 4 Wochen Vorbereitung. Haben Sie also Nachsicht, wenn ich Ihnen im Rahmen dieses Grußwortes, das ich auf Wunsch Ihres Präsidenten natürlich sehr gerne übernommen habe, über die besten Grüße und Wünsche unserer Gesellschaft hinaus vielleicht nicht sehr strukturiert einige Gedanken vortrage, die mir zur Eröffnung Ihres traditionsreichen Jahreskongresses und im Rahmen unserer gemeinsamen Anliegen angemessen erscheinen.

Das Leitthema des vor einer Woche zu Ende gegangenen Deutschen Chirurgenkongresses war „Humanität durch Technik“. Erfolgreiche Heilkunst ist ohne die Errungenschaften der Technik nicht mehr vorstellbar. Es kommt aber auf den richtigen Einsatz an. Und eine der Voraussetzungen für eine erfolgreiche Synthese von ärztlicher Humanität und Technik, von Empathie, fachlicher Expertise und nutzbringender Anwendung der uns heute zur Verfügung stehenden technischen Möglichkeiten ist eine partnerschaftliche interdisziplinäre Zusammenarbeit, die ganz besonders unsere beiden Fachgebiete betrifft. Dies auch nach außen deutlich zu machen, sollte unser gemeinsames Anliegen sein. Ihr Präsident, Herr Prof. Dr. Schüttler, hat dies in seinem bemerkenswerten Grußwort anlässlich unserer Kongresseröffnung deutlich zum Ausdruck gebracht.

Damit lässt sich auch eine gute Verbindung zu Ihrem Kongresssthema „Öffnen statt Verstecken“ herstellen, das Ihr Kongresspräsident, Herr Prof. Dr. Boldt, gewählt hat. Es betrifft unser tägliches Tun, es betrifft die Transparenz nach innen und außen und es betrifft

auch den Umgang untereinander. Dies findet neben gemeinsamen Arbeitsgruppen vor allem auch Ausdruck in unseren nun schon zur Tradition gewordenen jährlichen Präsidialgesprächen beider Gesellschaften, in denen wir in äußerst konstruktiver Atmosphäre gemeinsame Anliegen diskutieren, Absprachen treffen und, wo nötig, auch Vereinbarungen definieren im Sinne einer Harmonisierung und Optimierung unserer täglichen Arbeit. Dabei tut auch Selbstkritik Not. Wo Defizite bestehen, müssen sie im Sinne der Patienten ausgeglichen werden. Sinnvolle Lösungen dürfen nicht an Partikularinteressen scheitern. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat sich, wie Sie wissen, als Dachgesellschaft geöffnet und zählt mittlerweile neun chirurgische Fachgesellschaften zu ihren Mitgliedern. Dabei gibt es durchaus heterogene Positionen. Wir sind aber auf dem besten Wege, wieder zu einer großen Gemeinschaft der Chirurgen zu werden und damit zu einer vergleichbaren Homogenität zu finden, wie Sie diese in der DGAI für uns beeindruckend vermitteln.

„Gehen uns in Deutschland die Anästhesisten aus?“ - mit dieser Frage befassen Sie sich intensiv auf diesem Kongress. Auch in der Chirurgie sehen wir uns in besonderem Maße mit dem Problem des Nachwuchsmangels konfrontiert. Ich habe die Ehre, dazu morgen auf einer gemeinsamen Sitzung unter dem Thema „Blick über den Tellerrand – Weiterbildungsbestrebungen bei unseren chirurgischen Kollegen“ zu sprechen. Hierzu nur einige allgemeine Bemerkungen: Wir haben das Phänomen, dass wir zahlenmäßig immer mehr Ärzte haben und dennoch nicht nur einen gefühlten, sondern einen real existierenden Mangel feststellen müssen. Woher dieser vermeintliche Widerspruch? Die Zahl der praktizierenden Chirurgen hat von 1997 bis 2008 um 24 %, die der Chirurgeninnen sogar um 93 % zugenommen. Neben dem medizinischen Fortschritt mit einem immer höher spezialisierten und damit vermehrt arbeitsteiligen Diagnostik- und Therapieangebot sowie einer wachsenden Leistungs-

nachfrage infolge der demographischen Entwicklung führt die notwendige und gewünschte weitergehende Feminisierung der ärztlichen Profession zu größerer Inanspruchnahme von Teilzeitmodellen und damit, zusammen mit dem allgemeinen Trend zur Arbeitszeitverkürzung, zu einem Absinken der Durchschnittsdauer der ärztlichen wöchentlichen Arbeitszeit. Bei einer Ausweitung multidisziplinärer Inanspruchnahme ärztlicher Arbeit verteilt sich diese somit auf immer mehr Schultern, was den vermeintlichen Widerspruch zwischen den ständig ansteigenden Ärztezahlen und einem sich trotzdem abzeichnenden Mangel erklärt. Dies den sog. Entscheidern im Gesundheitswesen klarzumachen, ist allerdings manchmal nicht ganz einfach.

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang ist die Sicherstellung der ärztlichen Präsenz nicht nur in den Tagesschichten. Die Krankenhäuser erwirtschaften in 35 Wochenstunden der Tagesschicht zwischen Montagmorgen und Freitagnachmittag rund 90–95 % ihrer Erlöse. Die Woche hat jedoch 168 Stunden und in den verbleibenden 133 Stunden ist die notwendige ärztliche und insbesondere fachärztliche Präsenz ebenso sicherzustellen. Hier würden wir uns in der zunehmend unter Produktivitätsbetrachtungen stehenden Diskussion mit den Managementverantwortlichen wünschen, dass Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus nicht nur als Teil einer Wertschöpfungskette betrachtet werden. Denn eine Lösung dieser Probleme gelingt nicht dadurch, dass man im Sinne dieser Wertschöpfungskette überall dort glaubt auf ärztliche Arbeit verzichten zu können, wo diese durch weniger qualifizierte Berufsgruppen und damit durch billigere Arbeitskräfte ersetzt werden könnte. So wird uns in diesem Zusammenhang das Thema Aufgaben-delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeit weiter begleiten.

Gemeinsam haben wir uns auch in den Forderungen nach adäquater Vergütung der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen des DRG-Systems positioniert. Herr

Prof. Van Aken hat hier wichtige Koordinationsarbeit geleistet und uns gemeinsam Informationsebenen eröffnet. Dass wir aber über eine adäquate Vergütung nur reden können, wenn diese verknüpft ist mit einem Nachweis wirklich qualifizierter Weiterbildung, muss auch klar sein: Wo Weiterbildung drauf steht muss auch Weiterbildung drin sein. Wenn es auch noch viele Kritikpunkte an dem jetzt in Gang gesetzten Evaluationssystem der Bundesärztekammer gibt, sind wir trotzdem alle gemeinsam aufgerufen, dieses zu unterstützen, insbesondere, um in den Diskussionen mit den Entscheidungsträgern auch glaubhaft zu bleiben. Wie in Ihrem Fach, so wird auch in den chirurgischen Spezialitäten im Rahmen der Weiterbildung Training am Simulator mit Verlagerung der Lernkurve vor den OP immer bedeutender. Doch auch dafür bedarf es Ressourcen und dafür bedarf es Zeit. Letztere ist der Faktor, an dem wir bereits die größte Rationierung in unseren Kliniken erleben. Nicht nur gute Weiterbildung, sondern auch sichere Chirurgie und sichere Anästhesie brauchen Zeit, Zeit für Supervision, Zeit für Kommunikation und Zeit für Zuwendung. Und wenn uns immer entgegnet wird, all das sei ja in den Kalkulationen der DRGs berücksichtigt, dann muss man hier entgegnen, dass darin lediglich die bestehenden Defizite festgeschrieben sind, die wir unter dem äußeren Druck der Leistungsverdichtung eingegangen sind.

Gemeinsame Positionen haben wir zu dem immer lauter geforderten Facharzt für Notfallmedizin gefunden und zur Organisation interdisziplinärer Notaufnahmen. Notfallmedizin ist integraler Bestandteil des jeweiligen Fachgebietes. Ich hoffe, dass die diesbezüglichen Abstimmungsgespräche zwischen den großen klinischen Fächern demnächst auch in eine von uns allen mit zu tragende, gemeinsame Stellungnahme einfließen können.

Nun möchte ich nochmals zurückkehren zum Deutschen Chirurgenkongress. Ihr Präsident, Herr Prof.

Schüttler, hat in seinem Grußwort unter Bezug auf den technischen Fortschritt in der Narkoseführung und in der Intensivbehandlung auf die dadurch mögliche Grenzverschiebung der Operabilität hingewiesen und u. a. betont: „Die Verhältnisse haben sich gegenüber früheren Jahrzehnten umgekehrt. Der Anästhesist muss heute praktisch nicht mehr von einer Operation abraten, weil die Narkosebelastung die Operabilität des Patienten in Frage stellt. Der Anästhesist ist im Gegenteil heute in zunehmendem Maße darauf angewiesen, vom Chirurgen zu erfahren, ob eine Operation, die von Seiten der Anästhesie durchführbar wäre, dem Patienten ein Weiterleben mit einer vertretbaren Lebensqualität ermöglicht. Gerade im Zusammenhang mit Operationen am Lebensende müssen wir gemeinsam die Diskussionen auch mit der Öffentlichkeit führen und einvernehmlich patientenorientierte Beratungs- und Entscheidungsprozesse generieren.“

Um dieser gemeinsamen Aufgabe gerecht werden zu können, brauchen wir, jetzt wiederum im Sinne Ihres Kongressmottos „Öffnen statt Verstecken“, einen transparenten Wissenstransfer. Es gilt, das patientenunabhängige medizinische Wissen mit dem patientenbezogenen Wissen sowie einem patientenunabhängigem prozeduralen Wissen zusammenzuführen. Zu ersterem gehören die wissenschaftlichen Grundlagenkenntnisse und die evidenzbasierte Medizin, zum zweiten neben einer strikten individuellen Nutzenorientierung auch die Expertise und Haltung des einzelnen Arztes und zu letzterem nicht nur Verordnungen und administrative Regelungen, sondern vor allem auch eine Abstimmung lokaler Abläufe etwa in interdisziplinären Behandlungspfaden. So können wir gemeinsam eine Basis schaffen für die zunehmend wichtiger werdenden Diskussionen mit den Bewer-

tungsinstitutionen wie Gemeinsamer Bundesausschuss und IQWiG, wenn es gilt, medizinische Innovationen auch in die Versorgung zu bringen. Wir verfolgen sehr kritisch die Bemühungen des IQWiG, den gesetzlichen Auftrag nicht nur zu einer Nutzen-, sondern auch zu einer Kosten-Nutzenbewertung von pharmakologischen wie auch von nicht-pharmakologischen Interventionen umzusetzen. Das bisher dazu vorliegende Methodenpapier lässt noch viele Fragen offen. Andererseits ist zu akzeptieren, dass wir uns künftig stärker als bisher einer Bewertung unserer Maßnahmen zu stellen haben, wenn wir wollen, dass auch künftig der Transfer nutzbringender Innovationen in die Breitenversorgung möglich ist. Mit den endlichen Mitteln der GKV können nicht unendliche medizinische Leistungen versprochen werden. Das medizinisch Mögliche und das solidarisch Finanzierbare werden deshalb in Zukunft immer weiter auseinanderdriften. Die angestoßene Priorisierungsdebatte darf deshalb in der Gesellschaft nicht länger tabuisiert werden. Hier muss, wie wir in Bayern sagen, etwas geschehen, denn wenn nichts geschieht, dann passiert 'was.

Öffnen statt Verstecken – unter diesem Leitthema stehen neben den vielen faszinierenden wissenschaftlichen und klinischen Entwicklungen Ihres Faches auch zahlreiche Themen auf der Agenda dieser Tagung, die sich gemeinsamen Problemen oder, besser gesagt, gemeinsamen Herausforderungen widmen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen im Namen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, im Namen Ihrer chirurgischen Partner einen erfolgreichen und für uns alle gewinnbringenden Kongress.

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer

Grußwort des Vertreters der Industrie



Sehr geehrter Herr Professor Boldt,
sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst einmal an Sie, sehr geehrter Herr Professor Boldt, mein besonderer Dank für die Einladung, das Grußwort der Industrie zur Eröffnung des DAC 2009 in Leipzig zu sprechen.

„Öffnen statt verstecken“ haben Sie sich als Ihr Motto gewählt. Sich öffnen hat gerade hier in Leipzig eine ganz besondere Bedeutung erlangt, vor allem wenn man sich die Folgen der Ereignisse vor 20 Jahren hier in Erinnerung ruft. Ihr gewähltes Motto bekräftigt aber auch das Selbstbewusstsein einer starken Fachgesellschaft, die Diskussion und Dialog nicht scheut. Dies können wir als Industrie nur begrüßen.

Eine starke und aktive Fachgesellschaft ist notwendig, um auch zukünftig einheitliche Standards zu definieren und Leitlinien zu entwickeln. Dies ist gerade im Bereich der Intensivmedizin, in der es auch immer wieder unmittelbar um Leben und Tod von Menschen geht, von ganz besonderer Bedeutung. Wo immer es um sicherheitsrelevante Themen geht, wie zum Beispiel bei der Datenbank zur Erfassung von Beinahe-Zwischenfällen, wird der Nutzen einer Zugriffsmöglichkeit auf entsprechende Daten gemäß dem Motto „Öffnen statt verstecken“ bewusst.

Offenheit im Sinne Ihres Leitbildes ist auch unabdingbare Voraussetzung für eine intensive Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxis und industriellen Partnern. Aus Grundlagenforschung und Ihren praktischen Erfahrungen definieren sich letztlich die Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen. Diese müssen wir gemeinsam entwickeln oder weiterentwickeln. Wissenschaftliche Studien bilden im Anschluss die Grundlage für die Validierung, den Einsatz und letztendlich auch die Abrechnungs- und Erstattungsfähigkeit der Verfahren und Produkte. Die Industrie unterstützt daher aktiv die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Studienvorhaben. Wir tun dies, um damit einen Mehrwert für alle – Arzt, Patient und schlussendlich auch die Gesellschaft – zu generieren. Um Ihnen und Ihren industriellen Partnern einen Rahmen der Zusammenarbeit zu geben, hat der BVMED (Bundesverband Medizintechnologie)

den sogenannten „Medtechkompass“ entwickelt, in welchem anhand klarer Beispiele beschrieben wird, wie eine solche Zusammenarbeit transparent und erfolgreich ausgestaltet werden kann.

Es hilft allen, wenn gemeinsame Ziele definiert werden, die dann etwa in anästhesiebezogenen DRGs ihren Niederschlag finden. Investitionen in effizientere Behandlungspfade, in Studien zur evidenzbasierten Medizin oder die Entwicklung neuer Arzneimittel und Medizinprodukte werden dadurch initiiert. Als Resultat kann dann etwa die Kostenerstattung für eine innovative Behandlungsmethode evidenzbasiert flächendeckend im DRG-System erreicht werden. Hier ist es uns gemeinsam gelungen, die Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das DRG-System flexibler und schneller zu gestalten.

„Öffnen statt verstecken“ hat für die Industrie noch eine weitergehende Bedeutung. Dieser Leitsatz steht nicht zuletzt für die Transparenz unseres Handelns, wie es durch das Antikorruptionsgesetz gefordert wird. Diese Transparenz schafft Vertrauen. Gerade in Zeiten, in denen die internationalen Finanzmärkte unter erheblichem Stress stehen, ist dies besonders wichtig. Wichtig für die Zukunft von uns allen.

Vergessen wir nicht, dass die Finanzierung des Gesundheitsfonds in Deutschland auf tönernen Füßen steht! Die scheinbar garantierte Ausstattung des Fonds mit 168 Milliarden Euro ist den Krankenkassen nur geliehen. Steigt die Arbeitslosigkeit weiter, müssen die Kassen in den Folgejahren die Unterdeckung bei gleichzeitigem Rückgang ihrer Einnahmen in den Jahren 2010 und 2011 zurückzahlen!

Es gilt also, rasch gemeinsam Lösungen für die Herausforderungen auf beiden Seiten zu finden. So wird das Kapital der Zukunft mehr denn je genau Offenheit und Vertrauen sein. Vertrauen in Partner, Vertrauen in die Menschen, Vertrauen in das gemeinsame Handeln. Industrie und Fachgesellschaft brauchen hier einander. So kann der Einsatz neuer und innovativer Produkte, Prozesse und Abläufe vereinfachen, Prozeduren sicherer gestalten und Behandlungspfade optimieren.

Dies alles führt zu einer Verbesserung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit und sichert das Überleben der Leistungserbringer, aber auch den Erfolg der Anbieter. Unser Anliegen ist daher auch weiterhin die Unterstützung Ihrer Aktivitäten. So können etwa multizentrische Studien über den Industriebeirat initiiert und gefördert werden. Wir honorieren die Arbeiten junger Forscher, um den wichtigen Beitrag der Wissenschaft für Innovation und Fortschritt zu sichern. Die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit China oder die Stiftungsprofessur Sepsis in Jena seien hier als Beispiele genannt. Wir treten für eine deutlichere Internationalisierung und den Austausch mit den Emerging Markets wie Russland oder Brasilien ein. Nur so können die erarbeiteten Standards auch weltweit eta-

bliert werden. Eine Unterstützung durch die Unternehmen ist hier möglich.

Ihr Leitbild „Öffnen statt verstecken“ ist aus der Sicht der Industrie ein wichtiger Schritt, um die Herausforderungen der Zukunft gemeinsam anzugehen.

Diese Veranstaltung hier bietet eine sehr gute Gelegenheit dazu, auf den Vorträgen, Symposien und der Industrieausstellung ihr Motto in die Tat umzusetzen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen, Herr Prof. Boldt, im Namen aller hier vertretenen Unternehmen einen erfolgreichen DAC 2009 in Leipzig.

Dr. Meinrad Lugan

Ehrungen



Heinrich-Braun-Medaille der DGAI

Prof. Dr. med. Klaus Fischer Bremen

Engeres und Erweitertes Präsidium der DGAI haben einstimmig beschlossen, Herrn Prof. Dr. med. Klaus Fischer als Dank und Anerkennung für seine langjährige Tätigkeit innerhalb der DGAI, durch die er in vielfältiger Weise zur Entwicklung der Anästhesiologie in Deutschland beigetragen hat, die Heinrich-Braun-Medaille zu verleihen. Die Heinrich-Braun-Medaille ist die höchste von der DGAI zu vergebende Ehrung und wurde bislang erst an neun Persönlichkeiten verliehen.

Mit dieser Ehrung soll das herausragende Engagement Professor Fischers für die deutsche Anästhesiologie gewürdigt werden, das sich, chronologisch betrachtet, anhand folgender Stationen skizzieren lässt und ausführlich in vielen Laudationes beschrieben wurde: 20 Jahre Landesvorsitz von BDA und DGAI in Bremen; Vertreter der Landesvorsitzenden im Präsidium der DGAI; Präsident der DGAI (1989/1990); anschließend zehn Jahre Schriftführer der DGAI und von 1994 bis 2007 Schriftführer im Präsidium des BDA. Vertreter der deutschen Anästhesiologie in der europäischen Vereinigung der Fachärzte (UEMS) und Vorsitzender zahlreicher Kommissionen der DGAI und des BDA, zuletzt Federführender des Forums Krankenhausökonomie und Qualitätssicherung. In diesen Funktionen hat sich Klaus Fischer mit allen das Fachgebiet betreffenden Fragen mit hoher Kompetenz befasst, wobei zu seinen Schwerpunkten Probleme der Krankenhausökonomie, des Managements, der Qualitätssicherung sowie der ärztlichen Fort- und Weiterbildung gehörten. Herausragende und bleibende Verdienste hat sich Prof. Fischer als Organisator und Mitgestalter der Norddeutschen Anästhesietage und der deutschen Anästhesiekongresse bis hin zum europäischen Anästhesiekongress 1998 erworben. Insbesondere die Deutschen Anästhesiecongresse sind nachhaltig von ihm geprägt und ohne seinen unermüdlischen Einsatz in ihrer heutigen Form kaum vorstellbar.

Klaus Fischer wurde am 3. Mai 1936 in Berlin geboren. Nach seinem Medizinstudium in Kiel, Göttingen und Wien legte er 1964 an der Universität Göttingen sein Staatsexamen ab und promovierte im selben Jahr zum Dr. med. Nach seiner Weiterbildung im Fachgebiet Anästhesiologie an den Universitätskliniken in Kiel unter Priv.-Doz. Dr. T. Schmitz wird ihm 1969 die Facharztanerkennung ausgesprochen. Nach 2-jähriger kommissarischer Leitung der Anästhesie-Abteilung am Klinikum der Universität Kiel (1970/71) wird Prof. Fischer nach der Institutionalisierung des Ordinariats für Anästhesiologie unter Prof. Dr. J. Wawersik stellvertretender Abteilungsleiter und Leitender Oberarzt dieser Abteilung. 1978 wechselte Prof. Dr. K. Fischer als Chefarzt an die Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin an der Evangelischen Diakonissenanstalt Bremen, jetzt Evangelisches Diakoniekrankenhaus gGmbH Bremen, an dem er gleichzeitig zum Ärztlichen Direktor ernannt wurde.

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten überreichte ihm 2008 als Ausdruck tief empfundener Dankbarkeit und Hochachtung die Ehrenstatue des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten für herausragende Verdienste, den „Hypnos“. Darüber hinaus ist Professor Fischer Träger weiterer hoher Auszeichnungen der DGAI und des BDA, wie der Anästhesie-Ehrennadel in Gold beider Verbände und der Ehrenmitgliedschaft von DGAI und BDA sowie der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer.

In Würdigung seines Lebenswerkes für die Anästhesiologie in Deutschland und seiner herausragenden Verdienste um die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und ihrer Jahrestagungen verleiht die DGAI Herrn Prof. Dr. med. Klaus Fischer die Heinrich-Braun-Medaille.



Ehrenmitglied der DGAI

Prof. Dr. med. M. J. Yuke Tian Wuhan (VR China)

M.J. Yuke Tian wurde in Wufeng/Hubei (Volksrepublik China) geboren. Sie studierte von 1970 bis 1976 Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Tongji/Wuhan. Ihre Weiterbildung zur Anästhesistin erfuhr sie im Department für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Tongji und erhielt 1981 die Facharztanerkennung. 1986 zur Oberärztin der Abteilung für Anästhesiologie am Tongji-Hospital ernannt, ging sie für drei Jahre (1986-1989) an die Medizinische Fakultät der Universität Düsseldorf (seit 1989 Heinrich-Heine-Universität), an der sie bei Prof. Dr. Martin Zindler 1988 zum Dr. med. promovierte.

Frau Dr. Tian wurde 1990 zur außerplanmäßigen 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 (DAD) unterstützt (1998).

Frau Y. Tian wurde 1993 zur Professorin für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Tongji-Hospital berufen und 1994 zur Direktorin der Abteilung für Anästhesiologie am Universitätsklinikum der Huazhang University of Science and Technology (HUST), Wuhan/VR China ernannt. Prof. Dr. Yuke Tian ist Vizepräsidentin der chinesisch-deutschen Gesellschaft für Medizin (seit 1998) und seit 2003 Vizepräsidentin der chinesischen Gesellschaft für Anästhesiologie.

2005-2006 war sie Dekanin der Medizinischen Fakultät der Universität HUST und ist seit 2006 Vizepräsidentin des akademischen Komitees dieser Universität. Ihre wissenschaftlichen Leistungen sind in über 150 Publikationen und vier von der Natural-Science-Foundation of China, einer der DFG vergleichbaren Organisation, geförderten Forschungsprojekten dokumentiert. Sie ist Herausgeberin mehrerer Fachzeitschriften und unter anderem Mitglied der American Society of Anesthesiologists (ASA) und der International Anesthesia Research Society (IARS). Darüber hinaus ist Frau Tian Mitglied des ständigen Komitees des nationalen Volkskongresses der Volksrepublik China, des chinesischen Parlaments.

Frau Professor Tian hat sich große Verdienste bei der Entwicklung der Zusammenarbeit der chinesischen mit der deutschen Anästhesiologie erworben und enge wissenschaftliche Kooperationen auf den Weg gebracht. Sie unterhält vielfältige Kontakte mit den Universitäten Heidelberg und Würzburg sowie verschiedenen deutschen Lehrkrankenhäusern.

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



Korrespondierendes Mitglied der DGAI

Prof. Michael F. M. James
 MBChB, FRCA, Ph.D., FCA
 Kapstadt (Südafrika)

Michael Frank Mansel James wurde am 8. März 1946 in Bolawayo, Rhodesien (seit 1980: Simbabwe), geboren. Er studierte 1965 - 1970 Medizin an dem University College of Rhodesia and Nyasaland Medical School, einer Universität unter der Schirmherrschaft der University of Birmingham. Nach einem Internship in Innerer Medizin und Chirurgie am Hararehospital, Salisbury, absolvierte er seinen Wehrdienst in der rhodesischen Armee. 1973 begann Michael James seine Weiterbildung in Anästhesiologie am Hararehospital, die er 1975 am South Hampton General Hospital abschloss. Von 1975 bis 1979 war er Lecturer in Anaesthesia an der University of Rhodesia und ab 1984 Senior Lecturer in Anaesthesia an dieser Universität. Michael James wurde 1982 zum Chairman des Departments of Anaesthetics der University of Simbabwe berufen. 1984-1988 war M. James Professor und Chefarzt für Anästhesiologie der University of the Witwatersrand and Hillbrow-Hospital und wurde schließlich im Juli 1988 zum Professor und Direktor der Abteilung für Anästhesie der University of Cape Town und des Groote Schuur Hospitals, Kapstadt, Südafrika, ernannt. Seit 2004 ist er zudem Honorarprofessor des University College, London, Großbritannien.

Professor M. James war Präsident des College of Anaesthetists of South Africa (1999 - 2001), Präsident der South African Society of Anaesthesiologists (2006 - 2008) und ist seit 1993 Mitglied des Councils dieser Gesellschaft.

Er gehört zu den Gründungsmitgliedern der Critical Care Society of Southern Africa und war Vizevorsitzender des wissenschaftlichen Komitees des World Congress of Anaesthesiologists 2008 in Kapstadt.

Die Forschungsinteressen von Professor M. James fokussieren sich auf Anästhesie bei endokrinologischer Chirurgie und Vaskularchirurgie, Flüssigkeitsmanagement und das Management des Bluthochdruckes in der Anästhesie. Seine Forschungsergebnisse sind in über 130 begutachteten Artikeln und 18 Buchkapiteln dokumentiert. Darüber hinaus ist Michael James mehrfach als Hochschullehrer ausgezeichnet worden und gern gesehener Sprecher auf vielen internationalen Konferenzen.

Mit der Ernennung von Professor Michael F. James zum korrespondierenden Mitglied ehrt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin einen aktiven, international bekannten Forscher, der sich durch seine integre Persönlichkeit und hohes internationales Renommee auszeichnet.



Korrespondierendes Mitglied der DGAI

Prof. Steven L. Shafer, M.D.
New York (USA)

Steven L. Shafer wurde am 24. April 1954 in Pasadena, Kalifornien (USA), geboren und studierte Medizin zunächst an der Princeton University und wechselte dann an die Stanford University, an der er 1983 das Studium mit dem M.D. abschloss. Nach einem Internship an der Universität von Pennsylvania begann er seine Facharztweiterbildung zum Anästhesisten an der gleichen Universität und schloss sie an der Stanford University erfolgreich ab. Anschließend war er am V. A. Medical Center, Palo Alto, und als Clinical Instructor am Department of Anesthesia der Stanford University tätig. 1988 wurde er Assistant Professor, 1994 Associate Professor und ab 2000 Professor am Department of Anesthesia der Stanford University.

2007 wurde Steven Shafer zum Professor am Department of Anesthesiology des Columbia University Medical Center New York berufen. Gleichzeitig ist er Adjunct Professor of Pharmaceutical Science an der University of California in San Francisco sowie Adjunct Professor des Department of Anesthesia der Stanford University. Das wissenschaftliche Interesse von Steve Shafer ist auf die quantitative Pharmakologie der Anästhesie fokussiert. Im Bereich der Pharmakodynamik und Pharmakokinetik der Anästhetika hat er mit seinen Arbeitsgruppen durch innovative Methoden und Verfahren fundamentale und wegweisende Beiträge erarbeitet und Anregungen für weitere Forschungen gegeben.

Für sein umfangreiches wissenschaftliches Werk, das sich in weit über 100 begutachteten Publikationen, zahlreichen Buchkapiteln, zehn Patenten sowie einer sehr großen Anzahl von Vorträgen und Visiting Professorships in allen Erdteilen niederschlägt, erhielt Professor Shafer eine Reihe von hochrangigen, wissenschaftlichen Auszeichnungen. Bereits 1978 wurde ihm die Mitgliedschaft in den renommierten wissenschaftlichen Gesellschaften „Phi Beta Kappa“ und „Sigma Xi“ angeboten. Er ist ferner u.a. Fellow by Election des Royal College of Anaesthetists; er hielt die FAER Honorary Research Lecture beim Annual

Meeting der ASA im Jahr 2008. Seine große wissenschaftliche Reputation drückt sich auch in der Mitgliedschaft zahlreicher wissenschaftlicher Komitees aus. Prof. Shafer ist oder war u.a. Mitglied des Board of Directors der International Society of Anesthetic Pharmacology (seit 1992), des Committee on Research der American Society of Anesthesiologists (1994-1998), der Academy of Anesthesia Mentors (seit 2004) und seit 2007 Vizepräsident der World Society of Intravenous Anesthesia.

Aufgrund seines großen wissenschaftlichen Renommées wurde er in die Editorial Boards mehrerer anästhesiologischer Zeitschriften berufen. Besonders hervorzuheben ist seine jetzige Tätigkeit als Editor-in-Chief der Zeitschrift „Anesthesia and Analgesia“, die als Organ der International Anesthesia Research Society (IARS) keine nationale Bindung hat, sondern international agiert. Nachdem er selbst die anästhesiologische Forschung in hohem Maße vorangetrieben hat, bietet ihm diese Zeitschrift nun eine Plattform, einerseits zur internationalen Qualitätssicherung anästhesiologischer Forschung auf höchstem Niveau beizutragen und andererseits aussichtsreiche Zukunftsfelder anästhesiologischer Forschung zu eröffnen und abzustecken.

In diesem Sinne ehrt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin Prof. Steven L. Shafer, M.D., als einen der international führenden Vertreter der akademischen Anästhesiologie mit der Ernennung zum Korrespondierenden Mitglied.

Prof. Steven L. Shafer, M.D., wird die Urkunde zur Ernennung zum Korrespondierenden Mitglied der DGAI im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des „Hauptstadtkongresses Anästhesie Intensivmedizin“ (HAI) der DGAI am 17. September 2009 in Berlin überreicht.



DGAI-Ehrennadel in Gold

Prof. Dr. med. Peter Schmucker Lübeck

Peter Schmucker wurde am 9. Oktober 1947 in Nürnberg geboren und begann nach seiner Reifeprüfung als Stipendiat der Stiftung Maximilianum in München das Studium der Medizin (1967 - 1973). Nach Staatsexamen und Medizinalassistentenzeit absolvierte er seinen Wehrdienst als Stabsarzt am Bundeswehrkrankenhaus München, währenddessen er mit der Dissertationsschrift „Grundlagen einer Methode zur Präparation von Rattenleber-Mitochondrien in nicht-wässrigen Medien“ 1974 zum Dr. med. promovierte. Dr. Peter Schmucker begann anschließend die Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie am Institut für Anaesthesiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München unter der Leitung von Prof. Dr. med. Klaus Peter. Nach seiner Habilitation für das Fach Anästhesiologie (1984) wurde er 1986 als C4-Professor und Direktor des Instituts für Anästhesiologie am Deutschen Herzzentrum Berlin berufen. 1990 erfolgte dann der Ruf als Ordinarius für Anästhesiologie und Direktor der Klinik für Anästhesiologie an der Universität zu Lübeck, jetzt Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.

Neben seinen klinischen und wissenschaftlichen Aufgaben engagierte sich P. Schmucker für die Belange des gesamten Klinikums, unter anderem als Dekan (1992-1994) und von 1996 bis 2002 als Studiendekan der Medizinischen Fakultät. 2002 wurde er zum Prorektor der Universität zu Lübeck gewählt und hat großen Anteil daran, dass dieser Wissenschaftsstandort auch nach der Zusammenlegung der beiden Universitätsklinika in Schleswig-Holstein weiter prosperiert.

Peter Schmucker war Landesvorsitzender der DGAI in Schleswig-Holstein 2000/01 und ist seit 2002 1. Stellvertreter des Landesvorsitzenden in Schleswig-Holstein. Besonders verdient gemacht hat er sich als Federführender der DGAI-Kommission „Normung und technische Sicherheit“, die er von 1994 bis Anfang 2008 verantwortlich leitete. In diesen 14 Jahren sind auf seine Initiative und dank seines Sachverstandes eine ganze Reihe von wichtigen Dokumenten erarbeitet worden, unter anderem zur apparativen Ausstattung des anästhesiologischen Arbeitsplatzes, der Intensivstation oder zur Umstellung der Gaskennfarben, zum Atemkalk bis hin zur Millenniumsproblematisierung. Diese Stellungnahmen haben die Arbeit im OP und auf der Intensivstation sicherer gemacht und notwendige Beschaffungen valide begründet.

Gerade in kritischen Situationen hat Professor Schmucker viel Gespür und Fingerspitzengefühl für die richtigen Lösungen entwickelt und ist auch in anderen Fragen des Fachgebietes ein geschätzter Ratgeber.

Die DGAI dankt ihm für sein großes, langjähriges Engagement als Federführender der DGAI-Kommission für Normung und technische Sicherheit und im Landesvorstand Schleswig-Holstein mit der Verleihung der DGAI-Ehrennadel in Gold.



DGAI-Ehrennadel in Gold

Prof. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse Heilbronn

Uwe Schulte-Sasse wurde am 27.10.1946 in Wallenstädt geboren und begann seine berufliche Laufbahn mit einer abgeschlossenen Lehre als Vermessungstechniker. Nach einem Studium an der staatlichen Ingenieurakademie für Bauwesen in Berlin mit Abschluss als Vermessungsingenieur arbeitete er mehrere Jahre in diesem Beruf. 1972 nahm er sein Medizinstudium an der Freien Universität Berlin auf, das er 1978 mit der Promotion abschloss. Seine Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie absolvierte er 1978 - 1982 am Institut für Anästhesiologie des Klinikums Charlottenburg der FU Berlin (Direktor: Prof. Dr. H. J. Eberlein). Dr. Uwe Schulte-Sasse wurde 1982 zum Oberarzt am Institut für Anästhesiologie des Klinikums Charlottenburg der FU Berlin bestellt, wo er sich 1986 habilitierte. Am 30. Juni 1987 wurde Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse zum Chefarzt der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin am Städtischen Krankenhaus Heilbronn berufen und 1993 vom Minister für Wissenschaft und Forschung des Landes Baden-Württemberg zum außerplanmäßigen Professor ernannt. 2002 zum stellvertretenden ärztlichen Direktor des Klinikums Heilbronn gewählt, ist er seit 2004 Ärztlicher Direktor des Klinikums Heilbronn der SLK- Kliniken Heilbronn GmbH.

Uwe Schulte-Sasse hat sich über viele Jahre mit mediko-legalen Fragen und Fragen der Ethik in der Medizin befasst. Er ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Arztrecht und des gemeinsamen Arbeitskreises Anästhesie und Recht von DGAI und BDA. Einen weiteren Schwerpunkt setzte Professor Schulte-Sasse in seinem Bemühen zur Beherrschung

der Malignen Hyperthermie (MH). In diesem Zusammenhang sei insbesondere auf den seit 1986 bestehenden „Rund um die Uhr“-Informationsdienst bei MH-Notfällen in Heilbronn verwiesen, der vielen Patienten und Kollegen in kritischen Situationen kompetenten Rat erteilt und tatkräftig Hilfe organisiert hat.

In jüngster Zeit hat sich Prof. Dr. Schulte-Sasse in besonderem Maße für die Wahrung des Arztvorbehaltes in der Anästhesie bei der Auseinandersetzung um die sogenannten medizinischen Assistenten für Anästhesie (MAfAs) verdient gemacht. Seine klare, prinzipienfeste und wissenschaftlich begründete Haltung hat wesentlichen Einfluss auf die Erarbeitung des Grundsatzdokumentes von DGAI und BDA zur „ärztlichen Kernkompetenz und Delegation in Anästhesie“, auch „Münster II“ genannt, gehabt. In der Diskussion der Leitlinie zur Sedierung bei gastroenterologischen Endoskopien hat er stets erfolgreich davor gewarnt, falsche Kompromisse zu Lasten der Patientensicherheit einzugehen. Darüber hinaus hat er unter anderem in zwei vielbeachteten Fernsehbeiträgen die Standpunkte des Fachgebietes deutlich vertreten und die Anästhesiologie als Garanten der Patientensicherheit einem breiten Publikum nahegebracht.

Als Dank und Anerkennung für sein prinzipienfestes Engagement zur Wahrung der Patientensicherheit und für das Fachgebiet haben Engeres und Erweitertes Präsidium der DGAI einstimmig beschlossen, Herrn Prof. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse mit der Verleihung der DGAI-Ehrennadel in Gold auszuzeichnen.



Franz-Kuhn-Medaille der DGAI

Dr. med. Annette Güntert Berlin

In Bonn geboren, nahm Frau Annette Güntert nach einem fünfjährigen Besuch der deutschen Schule in Rom ihr Medizinstudium an der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn auf, das sie 1980 erfolgreich abschloss. Sie begann anschließend die ärztliche Weiterbildung in der anästhesiologischen Abteilung der Sankt-Barbara-Klinik in Hamm-Hessen und wechselte nach einem Jahr in die Gynäkologie. 1981 in der experimentellen Ophthalmologie promoviert, erhielt sie 1985 die Facharztanerkennung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Frau Dr. Güntert war von 1985 bis 1989 Oberärztin in der Sankt-Barbara-Klinik Hamm-Hessen und ging anschließend in die Medizinalaufsicht des Landes Nordrhein-Westfalen (Bezirksregierung Münster). 1991 zur Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen (Public Health) qualifiziert, begann sie 1992 ihre Tätigkeit bei der Bundesärztekammer in Köln als Referentin in der Abteilung Krankenhaus, Arbeitsmedizin, öffentlicher Gesundheitsdienst. Nach einer Tätigkeit als Geschäftsführende Ärztin der Ärztekammer Westfalen-Lippe (1996 - 1997) kehrte sie 1998 in die Bundesärztekammer als Dezernentin der Abteilung ärztliche Aus- und Weiterbildung, Notfall- und Katastrophenmedizin zurück. In ihren Zuständigkeitsbereich gehören neben der ärztlichen Aus- und Weiterbildung die Hochschulen und medizinischen Fakultäten, die Notfallmedizin, die Katastrophenmedizin, das Sanitätswesen in der Bundeswehr, die Verkehrsmedizin und der Strahlenschutz.

Frau Dr. Güntert ist eine äußerst kompetente und angenehme Ratgeberin in allen, insbesondere die ärztlichen Weiterbildung betreffenden Fragen. Sie hat der DGAI in unterschiedlichen Detail- und Verfahrensfragen viele Ratschläge gegeben, die umso wertvoller waren, als Frau Dr. Güntert stets strikte Neutralität bewahrte. Sie war gemeinsam mit Herrn Dr. Koch maßgeblich an der Neustrukturierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung zum Beginn des neuen Jahrhunderts und ist an deren kontinuierlicher Weiterentwicklung beteiligt.

Hervorzuheben ist darüber hinaus ihre Mitwirkung an den beiden Münsteraner Konferenzen zur Frage der Delegation ärztlicher Leistungen und ihr auch publizistisches Engagement zur Wahrung des Arztvorbehaltes in Diagnostik und Therapie.

Mit der Franz-Kuhn-Medaille, die insbesondere zur Ehrung fachfremder ärztlicher und nicht-ärztlicher Persönlichkeiten gestiftet wurde, würdigt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin die großen Verdienste von Frau Dr. med. Annette Güntert um den Berufsstand, insbesondere die ärztliche Weiterbildung.



Manfred-Specker-Medaille der DGAI

Prof. Dr. med. Andrea J. Olschewski Graz (Österreich)

Andrea J. Olschewski wurde in Debrecen (Ungarn) geboren und schloss das Studium der Medizin an der dortigen Universität ab. Ihre Weiterbildung im Fachgebiet Anästhesiologie begann sie am Zentrum für Chirurgie der Universitätsklinik in Debrecen. 1993 wechselte sie als Ärztin, später Oberärztin an die Abteilung Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. G. Hempelmann) im Zentrum für Chirurgie, Anästhesiologie und Urologie. Dort erhielt sie 1999 die Anerkennung als Fachärztin für Anästhesiologie und vollendete sechs Jahre später die Zusatzweiterbildung für interdisziplinäre Schmerztherapie. Als Oberärztin war sie von 2002 bis 2006 Stellvertreterin des Direktors der Abteilung Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen. Von 2003 bis 2006 leitete sie dort eine interdisziplinäre Forschergruppe im SFB 547 „Kardiopulmonales Gefäßsystem“. Im Februar 2006 wurde A. Olschewski als Universitätsprofessorin für Anästhesiologie, Schwerpunkt experimentelle Anästhesiologie, an die medizinische Universität Graz in Österreich berufen und im Oktober 2008 zur Dekanin für Doktoratsstudien ernannt. Hier ist sie seit 2006 auch Leiterin einer interdisziplinären Forschergruppe.

Die noch relativ kurze akademische Laufbahn von Frau Professor Olschewski weist mehrere Höhepunkte auf, wie zum Beispiel das Forschungsstipendium der Fresenius-Stiftung 1999, einen Forschungsaufenthalt im Rahmen eines Forschungsstipendiums der DFG an

der Universität Minneapolis, Minnesota (USA), die Verleihung des „Cournand and Comroe Young Investigator Prize“ der 73. Session der American Heart Association, den Preis der Justus-Liebig-Universität Gießen 2002, einen Forschungspreis der österreichischen Gesellschaft für Pneumologie und nicht zuletzt 2007 die Verleihung des Galenos-von-Pergamon-Preises. Sie ist Gutachterin in mehreren nationalen und internationalen Fachzeitschriften, Mitglied des medizinischen Beirates des „Kinder P.P.H. Forschungsvereins“ (gemeinnütziger Forschungsverein für Lungenhochdruck) und des wissenschaftlichen Beirates der Von-Behring-Röntgen-Stiftung, Marburg.

Frau Professor Olschewski wirkt sehr aktiv im Mentorenprogramm der DGAI mit, das sie mit wertvollen Initiativen vorangebracht hat. Sie wurde von ihrer Mentee, Frau Andrea Steinbicker, für die Manfred-Specker-Medaille vorgeschlagen, da sie durch intensive Gespräche und Arbeitstreffen im Rahmen des Mentoring-Programmes der DGAI maßgeblich zu einer erfolgreichen Einwerbung von DFG-Drittmitteln für einen Postdoc-Aufenthalt von Frau Dr. Steinbicker in den USA beigetragen hat.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin verleiht Frau Prof. Dr. med. Andrea Judith Olschewski als Preisträgerin die erstmalig verliehene Manfred-Specker-Medaille in Anerkennung ihrer Verdienste um die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Anästhesiologie als Mentorin im Nachwuchsförderungsprogramm der DGAI.



Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Gold

Dr. med. Manfred Körner Krefeld

Manfred Körner wurde am 08.03.1923 geboren und bestand nach dem Studium der Humanmedizin in Berlin, Innsbruck, Straßburg und Düsseldorf das medizinische Staatsexamen an der Medizinischen Akademie Düsseldorf, heute Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität. 1949 begann er als Assistenzarzt in der chirurgischen Klinik der städtischen Krankenanstalten Krefeld und erhielt 1955 als einer der Ersten des damals noch jungen Faches die Anerkennung als Facharzt für Anästhesiologie, der sich 1956 die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie anschloss. Als Assistenzarzt der chirurgischen Abteilung an den städtischen Krankenanstalten in Krefeld wurde er zunächst als Narkoseassistent eingesetzt. Zum Erlernen der Intubationsnarkose hospitierte er in britischen Militärhospitälern und nahm Kontakt mit dem Pharmakologen Helmut Weese, dem Erfinder des Evipan, und Professor Martin Zindler, Medizinische Akademie Düsseldorf, auf.

Zum 1. Juli 1958 wurde Dr. Körner mit dem Aufbau und der Leitung der ersten zentralen Anästhesie-Abteilung an einem der größten kommunalen Krankenhäuser Deutschlands, den Städtischen Krankenanstalten Krefeld beauftragt. Zwar gab es bereits 1946/47 an größeren operativen Kliniken Anästhesie-Abteilungen, die jedoch unter der fachlichen Leitung der Operateure standen. Der entscheidende Schritt zur institutionellen Verselbständigung der Anästhesie wurde erstmals 1958 in Krefeld getan.

Manfred Körner blieb 30 Jahre Chefarzt seiner Abteilung und wurde am 30. März 1985 in den Ruhestand

verabschiedet. Während dieser Zeit hat er unter heute kaum noch vorstellbaren Bedingungen den Grundstein zur Entwicklung einer modernen klinischen Anästhesie gelegt und steht damit exemplarisch für die Gründergeneration der deutschen Anästhesiologie. Als einer der ersten hat er 1958 ein offizielles Narkoseprotokoll eingeführt, eine moderne Intensiveinheit aufgebaut und war verantwortlich für die Etablierung der ersten zentralen Blutbank in Krefeld (1971).

Dr. med. Manfred Körner gehört zu den Anästhesisten der ersten Stunde, die die ständig steigenden Aufgaben der anästhesiologischen und intensivmedizinischen Versorgung mit viel Geschick, Einfühlungsvermögen, vor allem aber auch oft mit aus heutiger Sicht kaum vorstellbaren Kompromissen erfüllen mussten, um unserem Fachgebiet Geltung und Ansehen zu verschaffen. Ihm ist dieses in jeder Weise gelungen, wodurch er gleichermaßen Vorreiter und Vorbild für die nachfolgenden Generationen wurde.

Dass das von Manfred Körner 1985 hinterlassene und beispielgebende Erbe entsprechend „gemehrt“ wurde, ist das unstrittige Verdienst von Prof. Dr. med. Henning Harke, der die Klinik bis 2005 erfolgreich weiterentwickelte und der stellvertretend für Professor Körner diese Ehrung im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des DAC 2009 in Empfang nimmt.

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten ehrt Herrn Dr. med. Manfred Körner auch als Repräsentanten seiner Generation für seine Pionierleistungen im Fachgebiet Anästhesiologie mit der Verleihung der Anästhesie-Ehrennadel in Gold.



Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA

Dr. iur. Elmar Biermann Nürnberg

Geboren 1956 in Homberg/Niederrhein, studierte Elmar Biermann - nach dem Abitur am städtischen Gymnasium Adolfinum in Moers - Rechtswissenschaften an der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Schon während des Studiums entdeckte er sein Interesse für das seinerzeit in Forschung und Lehre noch recht stiefmütterlich behandelte Gebiet des Arztrechts. Nach dem ersten juristischen Staatsexamen 1982 schloss er ein Promotionsstudium an und promovierte 1986, betreut von Prof. Dr. Meinhard Heinze, über „Die Arzneimittelprüfung am Menschen“ zum Dr. iur. Den juristischen Vorbereitungsdienst absolvierte er im Bezirk des Oberlandesgerichts Düsseldorf u.a. mit Studium an der Hochschule für Verwaltungswissenschaften in Speyer. Das zweite juristische Staatsexamen folgte 1987 in Düsseldorf. Danach war er als Rechtsanwalt in einer am Oberlandesgericht Düsseldorf ansässigen Rechtsanwaltskanzlei tätig, bis ihn im Oktober 1988 Professor Dr. med. h.c. Walther Weissauer für die Rechtsabteilung der Nürnberger Geschäftsstelle des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) gewinnen konnte.

Angeleitet durch seinen Mentor, Professor Weissauer, arbeitete er sich rasch in die äußerst vielfältigen rechtlichen Belange der Verbände ein, um nach dessen Ausscheiden 1996 selbst - unterstützt durch Frau Ass. jur. Evelyn Weis - die Beratung der Mitglieder des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Präsidien von BDA und DGAI in allen den Beruf des Anästhesisten und die Verbände betreffenden Rechtsfragen ebenso sachkundig wie menschlich angenehm zu übernehmen. In bisher über einhundert wissenschaftlichen Veröffentlichungen und weit mehr Referaten und Vorträgen hat er sich im deutschsprachigen Raum zu nahezu allen Rechtsfragen, mit denen der Anästhesist konfrontiert wird, kompetent geäußert. Er

ist ein ebenso eloquenter wie beehrter Referent, dessen unterhaltsamen Vorträge - nach der Devise „Humor ist der Regenschirm des Weisen“ (E. Kästner) - trotz der vielfach trockenen Thematik jeglichen tierischen Ernstes entbehren. Sein berufliches Motto könnte lauten „Der größte Feind des Rechts ist das Vorrecht“ (Marie von Ebner-Eschenbach).

Er ist Mitherausgeber und Autor der Schrift „Der Narkosezwischenfall“ und des „Handbuch OP-Management“, Mitglied der Schriftleitung der „A&I“ und des Experten-Panels der „AINS“ sowie Lehrbeauftragter am Institute of Management Berlin (IBM) der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin.

Der niederrheinische Kabarettist Hanns Dieter Hüsch behauptete: „Der Niederrheiner weiß nichts, kann aber alles erklären“. Er sollte es eigentlich wissen, besuchte er doch dasselbe Gymnasium wie Elmar Biermann. Doch Elmar Biermann nimmt sich lieber seinen niederrheinischen Landsmann und Rechtsanwaltskollegen, den 2007 ebenfalls mit der Ernst-von-der-Porten-Medaille ausgezeichneten, Prof. Dr. iur. Dr. rer. pol. Klaus Ulsenheimer zum Vorbild, der jedem Auditorium glänzend zu beweisen vermag, dass es möglich ist, etwas zu wissen und dieses Wissen auch verständlich und spannend zu vermitteln.

Seit einem knappen Jahr ist Herr Biermann fürsorglicher Hundebesitzer, aber damit mitnichten auf den Hund gekommen. An seiner Bürotür prangt nun das Schild „Attenti Al Cane“, stehend als beruhigende Metapher für „Hier wache ich“!

In Anerkennung seiner langjährigen Verdienste um das „juristische Wohl“ der Anästhesisten Deutschlands und des Verbandes verleiht der Berufsverband Deutscher Anästhesisten Herrn Dr. iur. Elmar Biermann die Ernst-von-der-Porten-Medaille.



Ehrenmitglied der DAAF

Prof. Dr. med. Konrad J. Falke, FRCA Berlin

Konrad Falke wurde am 18. August 1939 in Gröna bei Chemnitz als Sohn eines Pfarrers geboren. Da ihm ein Medizinstudium aufgrund seiner gesellschaftlichen Herkunft in der damaligen DDR nicht möglich war, verließ er 1957 seine Heimat. Nach erfolgreichem Abschluss des Studiums der Humanmedizin in Marburg und München promovierte er im Jahr 1964 und wurde nachfolgend Assistenzarzt in der Abteilung für Anästhesie der Neurochirurgischen Klinik der Universität München. Von dort wechselte er 1968 für die Dauer von 3 ½ Jahren in die Vereinigten Staaten an das Massachusetts General Hospital (MGH) der Harvard Universität, wo er u.a. in der Respiratory Intensive Care Unit bei Henning Pontoppidan als „clinical and research fellow“ tätig war. Nach seiner Rückkehr erwarb er 1972 seine Anerkennung als Facharzt für Anästhesiologie am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Altona und wechselte 1973 an die Universität Düsseldorf zu Professor Martin Zindler, wo er sich 1976 habilitierte. 1977 zum Professor für Anästhesiologie und Intensivmedizin ernannt, wurde ihm die Leitung der chirurgischen Intensivtherapiestation übertragen. 1988 folgte er dem Ruf auf den Lehrstuhl am Klinikum Westend, später Klinikum Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin, und wurde Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums, das nachfolgend mit der Charité vereinigt wurde. Dort war er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2006 tätig.

Das wissenschaftliche Œuvre von Prof. Falke umfasst mehr als 150 Original- und Übersichtsarbeiten. Den Schwerpunkt bilden dabei Untersuchungen zur Pathophysiologie und Therapie des schweren akuten Lungenversagens (ARDS), deren Ergebnisse sich bis heute in den aktuellen Behandlungsalgorithmen dieses Krankheitsbildes widerspiegeln. Er trug dazu bei, dass positiv-endexpiratorischer Druck (PEEP) als ein wesentlicher Teil der klinischen Behandlung des ARDS etabliert werden konnte. Er war ebenfalls an den ersten klinischen Anwendungen von extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO) zur Verbesserung des Gasaustausches bei respiratorischem Versagen beteiligt. Im Jahr 1993 konnte er zusammen mit seinem Mitarbeiter Rolf Rossaint in Berlin zeigen, dass inhaliertes Stickstoffmonoxid (iNO) die arterielle Oxygenierung beim akuten Lungenversa-

gen durch eine Umverteilung des Blutflusses zugunsten ventilierter Lungenareale signifikant verbessern kann. Neben den klinischen Studien hat Professor Falke eine Reihe von physiologischen Untersuchungen zur endogenen Bildung von Stickstoffmonoxid (NO) initiiert, mit denen erstmalig nachgewiesen werden konnte, dass die Hauptmenge von NO im Respirationstrakt in der Nase und dort speziell in den Zilien der Nebenhöhlen gebildet wird. Mit seinem Kollegen und Freund Warren Zapol (heute Chairman der Anästhesieabteilung am MGH in Boston) war er außerdem an Feld-Untersuchungen an freitauchenden Weddell-Seehunden in der Antarktis beteiligt, und konnte zeigen, dass deren Lungen ab einer Tiefe von etwa 50 m kollabieren, ein Mechanismus, der eine Akkumulation von Stickstoff im Blut verhindert und die Tiere somit bei ihren Tieftauchmanövern vor Stickstoffnarkose und der Taucherkrankheit (bends) schützt.

Konrad Falke gehörte dem Präsidium der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF) von 1990 bis 2006 an. Darüber hinaus war er mehrere Jahre Landesvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) in Berlin und Sprecher des 2000 unter seiner Leitung gegründeten Wissenschaftlichen Arbeitskreises Intensivmedizin der DGAI. Professor Falke war stets ein ausgezeichnete und sehr engagierter akademischer Lehrer. So hat er das Repetitorium Intensivmedizin im Rahmen der DAAF in Berlin (1990-2006) veranstaltet. Er wurde zum Fellow of the Royal College of Anaesthesiologists (FRCA) ernannt und ist vor allem aufgrund seiner Tätigkeit als Herausgeber von „Intensive Care Medicine“ zum Ehrenmitglied der Europäischen Gesellschaft für Intensivmedizin ernannt worden.

Mit der Ernennung zum Ehrenmitglied dankt die Deutsche Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF) Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Konrad J. Falke, FRCA, anlässlich seines 70. Geburtstages für sein 20-jähriges Engagement für die Akademie und würdigt einen herausragenden klinischen Lehrer und Wissenschaftler, der sich in der anästhesiologischen und intensivmedizinischen Fort- und Weiterbildung ausgesprochen verdient gemacht hat.

Wissenschaftliche Preise



Dr. med. Michael Adamzik

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Universitätsklinikum Essen

DGAI-Forschungsstipendium der Fresenius-Stiftung

Fresenius-Stiftung
Bad Homburg

Kurzfassung des Forschungsprojektes

Der Aquaporin-5-Gen Promotor A(-1364)C Polymorphismus ist mit der Letalität bei schwerer Sepsis assoziiert

Fragestellung: Die große interindividuelle Variabilität des Krankheitsverlaufs bei schwerer Sepsis lässt sich durch bekannte Risikofaktoren nicht hinreichend erklären. Vielmehr scheinen genetische Faktoren Krankheitsverlauf und Letalität zu beeinflussen. Mögliche Kandidatengene könnten Aquaporine (AQPs) sein, die durch Regulation des Wassertransports auch Schlüsselmechanismen der Inflammation wie Zellmigration und Zellvolumen beeinflussen. Nachdem wir erstmalig einen funktionell wirksamen Single Nukleotid Polymorphismus (SNP) im AQP5-Promotor nachwiesen [1], testeten wir die Nullhypothese, dass der SNP A(-1364)C im AQP5-Promotor nicht mit der Letalität der schweren Sepsis assoziiert ist.

Methode und Ergebnisse: Nach Genehmigung durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Essen wurden 88 Patienten ((Alter: 58 Jahre \pm 17 (Mittelwert \pm Standardabweichung), 57 Männer, 31 Frauen)) mit schwerer Sepsis der Intensivstationen des Universitätsklinikum Essen eingeschlossen und genotypisiert. Wesentlicher Befund war ein starker AQ5-genotypabhängiger Effekt auf die Letalität. Der AA Genotyp zeigte nämlich im Vergleich zum AC/CC Genotyp nicht nur eine signifikant erhöhte 30 Tage Letalität (Hazard Ratio (HR) 2.0; 95% CI 1.09-3.49; $p=0.018$), sondern auch eine stark erhöhte Krankenhausletalität (Hazard Ratio (HR) 2.6; 95% CI 1.15-4.9, $p=0.022$). Obwohl die Letalität bei C-Allelträgern deutlich geringer war, war das C-Allel mit einer häufigeren Notwendigkeit zur Dialyse assoziiert und auch die Serum Kreatinin-Konzentration war bei C-Allelträgern um fast 30% höher als beim homozygoten AA-Genotyp.

Interpretation: Wir zeigen erstmalig eine Assoziation des AQP5-Promotor-A(-1364)C-SNP mit der Letalität bei schwerer Sepsis.

1. Adamzik M, Frey UH, Bitzer K, Jakob H, Baba HA, Schmieder RE, Schneider MP, Heusch G, Peters J, Siffert W (2008) A novel-1364A/C aquaporin 5 gene promoter polymorphism influences the responses to salt loading of the renin-angiotensin-aldosterone system and of blood pressure in young healthy men. Basic Res Cardiol 103:598-610.

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	10.07.1971, Gelsenkirchen
1992 – 1999	Studium der Humanmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Universität Duisburg - Essen
1998	Ausbildung (PJ) in der Mayo-Clinic, Rochester, MN, USA
1999 – 2001	Arzt im Praktikum, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Essen
2001 – 2007	Wiss. Mitarbeiter, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Essen
2006 – 2009	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin/Anästhesiologische Intensivstation, Universitätsklinikum Essen
07/2004	Facharzt für Anästhesiologie, Ärztekammer Nordrhein
10/2007	Zusatzbezeichnung ‚Notfallmedizin‘
10/2008	Zusatzbezeichnung ‚Intensivmedizin‘
15.02.2002	Promotion an der Klinik für Kardiologie, Universitätsklinikum Essen
Stipendien/Preise	IFORES – Internes Forschungsstipendium für Kliniker. Aufnehmendes Institut: Institut für Pharmakogenetik, Universität Duisburg – Essen (2005 – 2007) - 2. Preis beim Vortragswettbewerb des Hauptstadt Kongresses der DGAI „freie Vorträge für experimentelle Studien“



Dr. med. Rainer Kiefmann

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf

DGAI-Forschungsstipendium der Fresenius-Stiftung

Fresenius-Stiftung
Bad Homburg

Kurzfassung des Forschungsprojektes

CO₂-reguliert die alveoläre Surfactantsekretion

Pulmonale Gasaustauschstörungen können mit spezifischen Veränderung der intraalveolären CO₂-Konzentration [CO₂]_{iA} einhergehen. Obwohl über die Ermittlung von [CO₂]_{iA} auf die Ursache der Gasaustauschstörung geschlossen und spezifische pulmonale Gegenregulationen in Gang gesetzt werden könnten, sind entsprechende Mechanismen unbekannt. Ziel der Studie war es zu prüfen, ob Alveolarepithelzellen (AEC) [CO₂]_{iA}-Änderungen erkennen und mit einer Signaltransduktion in Form einer intrazellulären Calcium (Ca²⁺)-Antwort reagieren. Dabei sollte die Rolle der Mitochondrien als entscheidender intrazellulärer Ca²⁺-Speicher untersucht werden. Des Weiteren sollte geklärt werden, ob die CO₂-induzierte Calcium-Antwort die Surfactantsekretion in Alveolarepithelzellen Typ 2 reguliert.

Mit Hilfe der Epifluoreszenzmikroskopie quantifizierten wir an isolierten Rattenlungen in situ die zytosolische Ca²⁺-Konzentration [Ca²⁺]_{zyt} in einzelnen AEC mittels Fura 2. Die mitochondriale Ca²⁺-Konzentration [Ca²⁺]_{mito} in AEC bestimmten wir mit Hilfe von Rhod 2. Die alveoläre Surfactantsekretion maßen wir mittels LysoTracker Green (LTG). Die Fluoreszenzindikatoren infundierten wir intraalveolär mittels Mikropunktion. Die Messungen erfolgten unter Ausgangsbedingung bei [CO₂]_{iA} von 40 sowie von 10 oder 80 mmHg.

Im Zytosol von Alveolarepithelzellen induzierten [CO₂]_{iA}-Änderungen gleichsinnige, reversible und pH-unabhängige Ca²⁺-Antworten, die durch eine Verschiebung von zytosolischem Ca²⁺ in die Mitochondrien hervorgerufen wurden. Abhängig von der zytosolischen Ca²⁺-Konzentration sezernierten dann die Alveolarepithelzellen Surfactant.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Mitochondrien in Alveolarepithelzellen auf CO₂-Änderungen reagieren, konsekutiv eine zytosolische Ca²⁺-Antwort generieren und darüber die Surfactantsekretion regulieren.

Dieser neu aufgedeckte Mechanismus könnte „die Lunge“ nützen, um bei Gasaustauschstörungen spezifische und lebensnotwendige Maßnahmen zur Gegenregulation einzuleiten.

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	19.07.1970, München
1990 - 1996	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
1997 - 1998	Arzt im Praktikum, Institut für Anästhesiologie, Technischen Universität München, und Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der Universität München
1998 - 2004	Wissenschaftlicher Assistent, Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der Universität München
2004 - 2006	Experimentelle Tätigkeit an der Columbia University, New York, USA
seit Juni 2006	Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
19.02.1998	Promotion an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München
	Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin: seit 18.02.2004
	Weiterbildung Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin: seit 29.08.2007
Stipendien:	Förderungsprogramm für Sachmittel zur Forschung und Lehre der LMU München, 2002 Forschungsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft, 2004 Forschungsförderfond Medizin des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, 2007
Preise:	Traveller Award der European Respiratory Society (ERS) sowie Award for the best oral presentation der ERS, 2006 Traveller Award – National Institute of Health (NIH), 2006 Heinrich-Dräger-Preis der DGAI, 2008



Priv.-Doz. Dr. med. Alexander Hötzel

Abteilung für Anästhesiologie
Universitätsklinikum Freiburg

Karl-Thomas-Preis

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

Kurzfassung des Forschungsprojektes

Regulation der Hämoxigenase-1 und protektive Wirkung ihres Produktes Kohlenmonoxid

(Kumulative Habilitationsschrift 2008)

Fragestellung: Die Hämoxigenase Typ 1 (HO-1) und ihr Produkt Kohlenmonoxid (CO) stellen ein Zellschutzsystem dar, dessen Modulation ein erhebliches therapeutisches Potenzial aufweist. Als Ziel dieser Untersuchungen wurden die Regulation der HO-1 in der Leber und die Wirkung exogen zugeführten COs in der Lunge evaluiert.

Methodik: Um die pathophysiologische Relevanz des Stoffwechselweges darzulegen, wurde dieser in einem Modell des hämorrhagischen Schocks in der Ratte und des beatmungsassoziierten Lungenschadens in der Maus untersucht. Zum Einsatz kamen neben pharmakologischen Interventionen u.a. ultraschallgesteuerte Flussmessungen und Knock-out-Tiere. Zur Analyse dienten Northern Blots, Western Blots, Electrophoretic Mobility Shift Assays, Enzyme-Linked Immunosorbent Assays, Histologie, Immunhistochemie.

Ergebnisse: 1) Der hämorrhagische Schock und die folgende Reperfusion regulieren in der Leber die HO-1 hoch. Die Applikation von Stickstoffmonoxid (NO) verhindert durch eine Reduktion des hepatozellulären Schadens die HO-1-Induktion und ihren aktivierenden Transkriptionsfaktor 'activator protein-1'. 2) Eine Blockade der endogenen NO-Synthese induziert die HO-1 durch eine hepatische Minderperfusion. 3) Volatile Anästhetika führen zu einer spezifischen HO-1-Induktion, die durch Kupferzellen, die Proteinkinase C und die Phospholipase A2 vermittelt wird. 4) Die Inhalation niedrig dosierten COs (250 ppm) schützt die Lunge vor beatmungsassoziierten Schäden. CO wirkt hier über eine Induktion des 'peroxisome-proliferator activated receptor-γ', der die Hochregulation des proinflammatorischen Mediators 'early growth response gene-1' verhindert, entzündungshemmend.

Interpretation: 1) Die Expression der HO-1 wird in der Leber durch Perfusionschäden reguliert und durch exogenes wie endogenes NO moduliert. 2) Als spezifische, nicht-toxische Induktoren der HO-1 wurden volatile Anästhetika identifiziert. 3) Die Inhalation ihres Produktes Kohlenmonoxid wirkt in niedriger Dosierung anti-inflammatorisch und schützt die Lunge vor einer beatmungsassoziierten Schädigung.

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	19.08.1968, Stuttgart
1990 - 1997	Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
1996	Forschungsaufenthalt, Dept. Neurology, University of Los Angeles, USA, Arbeitsgruppe JM Bronstein
1997 - 1998	Arzt im Praktikum, Anästhesiologische Universitätsklinik Freiburg
1998	Promotion, Institut für Radiologie, Universität Freiburg, Arbeitsgruppe KH Hauenstein; Thema: „Okklusionsfaktoren des transjugulären, intrahepatischen portosystemischen Stent-Shunts (TIPS)“
1999 - 2002	Postdoctoral Fellow, Anästhesiologische Universitätsklinik Freiburg, Arbeitsgruppe BHJ Pannen; Thema: „Regulation der hepatischen Hämoxigenase-1“
2002 - 2005	Facharzt Ausbildung, Anästhesiologische Universitätsklinik Freiburg
2005	Facharztanerkennung für Anästhesie
2005 - 2007	DFG-Stipendiat, University of Pittsburgh, USA; Arbeitsgruppe AMK Choi; Thema: „Lungenprotektion durch Kohlenmonoxid“
seit 2007	Leiter der Forschungsgruppe „Einfluss gasförmiger Monoxide auf den beatmungsassoziierten Lungenschaden“
2008	Rückkehrerstipendium der Medizinischen Fakultät, Universität Freiburg
2009	Habilitation für das Fach Anästhesiologie



Prof. Dr. med. Axel R. Heller, MBA, DEAA

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

August-Bier-Preis



Kurzfassung des Forschungsprojektes

Regionalanästhesie als Wettbewerbsvorteil im Krankenhaus – Eine strategische Umfeldanalyse

(Der Anaesthesist 5/2009)

Hintergrund: Der breitere Einsatz von Regionalanästhesieverfahren (RA) wird in der klinischen Praxis oft durch vorgeblich ökonomische, aber in der Gesamtsicht kurzfristige Fixierung auf die Prozessabschnitte in der Anästhesieeinleitung behindert.

Ziel der Arbeit war eine valide Prozess- sowie Kosten-Erlösbewertung von RA im DRG-Umfeld. Dazu wurden 7 Eingriffsarten mit relevanter Fallzahl in der BRD 2005 ausgewählt, für die der Routineeinsatz von RA ggf. in Kombination mit Allgemeinanästhesie medizinisch indiziert ist.

Methodik: Die Kosten und Erlösstruktur für Krankenhausleistungen als auch die zugrunde liegenden Prozeduren sind aus der Datenbank des Instituts für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) verfügbar. Für 2005 liegen zudem neben den eigenen Prozessdaten nationale Anästhesie IST-Kosten vom Forum Ökonomie der DGAI vor.

Die Erlöskurve pro DRG ergibt sich aus dem InEK-Browser. Diese wird von der Kostenkurve bei der mittleren InEK- Verweildauer geschnitten. Die durchschnittlichen Kostenkurven pro DRG wurden berechnet, indem die Kostenstellen prozessgerecht über die Verweildauer zugeordnet/verteilt wurden. Diese Methodik erlaubt neben der monetären Bewertung einer Verweildauerverkürzung eine über die allgemeine Deckungsbeitragsberechnung für die Anästhesie hinausgehende strategische Betrachtung der RA im nationalen Umfeld.

Ergebnis: Die DRG-bezogenen Portfoliodarstellungen mit der Gesamtverweildauer gegen die Anästhesiezeit zeigen, dass sich die meisten Prozeduren, insbesondere die mit einem hohen Casemix im günstigen linken unteren Quadranten befinden (Verweildauer und Anästhesiezeit unter dem InEK-Mittel). Treiber für den Gewinn am UKD, an dem pro DRG 5-10-fach mehr RA als in den Kalkulationshäusern durchgeführt wird, ist die Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Die Gewinnsteigerungen, für die unterschiedlichen DRGs liegen pro Jahr zwischen 1.706 und 467.359 Euro.

Interpretation: RA stellt durch ihren behandlungsphasenübergreifenden Nutzen einen erheblichen Wertgenerator für das Krankenhaus dar, der die initialen Kosten für RA bei weitem übersteigt.

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	25.09.1969, Gießen
1988 - 1995	Studium der Human-Medizin in Gießen und Mannheim/Heidelberg
1995 - 2001	Weiterbildung in Anästhesie in Mannheim und Dresden
1998	Promotion Justus-Liebig-Universität Gießen
1998 - 2001	Aufbau Forschungsinfrastruktur an der Klinik für Anästhesie am Universitätsklinikum Dresden Forschungsschwerpunkte: Ökonomische Bewertung der Regionalanästhesie, klinische Studien (investigator initiated, Phase III), Organmodelle
2001	Facharzt für Anästhesie
2002	Habilitation an der TU Dresden: „Immunmodulatorische Therapieansätze bei systemischer Inflammation und akutem Lungenversagen“, danach Leiter Forschung und Lehre an der Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Dresden „Diploma of the European Academy of Anaesthesiologists“ (DEAA)
2003	Oberarzt Universitätsklinikum Dresden. Leitender Notarzt
2005	Zusatzbezeichnung: Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin
2006	Weiterbildung OP-Manager, leitender Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Dresden
2006 - 2008	Berufsbegleitendes MBA-Studium Health Care Management Dresden International University
2007	Außerplanmäßiger Professor an der TU-Dresden
2008	Six Sigma Projektleiter Optimierung im OP-Management, Universitätsklinikum Dresden



Gemeinsames Projekt von

Dr. med. Simone Liebl-Biereige

Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
HELIOS Klinikum Erfurt



Dr. med. Rosemarie Fröber

Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
Universitätsklinikum Jena



Dr. med. Martina Lange

Anästhesie / Intensivtherapie
Waldkrankenhaus Eisenberg



Priv.-Doz. Dr. med. Winfried Meißner

Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
Universitätsklinikum Jena

Thieme Teaching Award



Kurzfassung des Forschungsprojektes

Workshop für Regionalanästhesie zur gemeinsamen Ausbildung von Ärzten in Weiterbildung und Studenten der Humanmedizin

Wie kann man die Attraktivität des Arztberufes steigern und damit die jungen Mediziner für die klinische Tätigkeit begeistern? Wie kann die Attraktivität des Arztberufes den Studenten frühzeitig vermittelt werden, dass sie weniger den konkurrierenden Angeboten aus der Industrie folgen, sondern den Weg ins Krankenhaus oder die Praxis gehen? Drängende Fragen angesichts des Nachwuchsmangels und der deutlichen Kritik an Weiterbildung und der Praxis des ärztlichen Berufes. Am Beispiel der hier vorgestellten Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltung soll gezeigt werden, dass es Möglichkeiten der Vernetzung zwischen universitärer und beruflicher Ausbildung gibt. Das Projekt entstand als gemeinsamer Kurs der Anatomie und Anästhesie. Hervorzuheben ist eine Kombination aus theoretischem Unterricht an anatomischen Präparaten mit praktischen Demonstrationen im OP, eingebettet in den Studentenunterricht.

Dabei ist das Zusammentreffen der Studenten und Weiterbildungsassistenten in der Anatomie und in der Klinik sehr wertvoll. Die Kombination aus studentischer Lehre und ärztlicher Fort- bzw. Weiterbildung in der hier beschriebenen Form führt zu Synergieeffekten durch die Mithilfe der Studenten bei der Herstellung der Präparate, ihren Einsatz als Hilfstutoren sowie durch die umfangreiche Nutzung der Präparate durch die Ärzte und Studenten.

Bei den Studenten wird durch dieses neuartige Ausbildungskonzept das Interesse an der klinischen Relevanz der anatomischen Ausbildung geweckt und schon früh der Weg in den klinischen Alltag aufgezeigt.

Am Ende des Wahlpflichtfaches besitzen die Studenten ein profundes Wissen über das breite Spektrum des Faches Anästhesie. Nach Auswertung aller Kursfragebögen kann man feststellen, dass diese Veranstaltung das Interesse der Studenten für das Fachgebiet Anästhesie in hohem Maße geweckt hat und den Wunsch hinsichtlich späterer Spezialisierung beeinflusst. Den jungen Ärzten dient der Kurs auch zukünftig als Training und ist fest in die Ausbildung integriert.

Mit dieser Form der Weiterbildung ist es uns gelungen, ein gemeinsames Forum für Spezialisten, Lernende und Studenten zu initiieren.

Wir hoffen, dass die dieses Projekt auszeichnende, interdisziplinäre Verknüpfung von medizinischer Lehre und ärztlicher Fort- bzw. Weiterbildung dazu beiträgt, eine zukunftsweisende Brücke zwischen vorklinischen und klinischen Ausbildungsinhalten zu bauen.



Priv.-Doz. Dr. med. Björn Ellger

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Universitätsklinikum Münster

Heinrich-Dräger-Preis für Intensivmedizin



Kurzfassung des Forschungsprojektes

Endokrine Dysregulationen in der Intensivmedizin

(Kumulative Habilitationsschrift,
13 Publikationen)

Im Verlauf kritischer Krankheit kommt es zu komplexen Veränderungen der thyroidalen Regulation (Low-T3-Syndrom) und des Glukosestoffwechsels, deren Ausprägung mit einer negativen Prognose assoziiert ist. Unklar ist, ob diese Veränderungen allein Folge der Erkrankung oder gleichzeitig auch Ursache von intensivtherapieassoziierten Pathologien sind.

Thema der in der vorgelegten Habilitationsschrift zusammengefassten Arbeiten war die Untersuchung der Pathophysiologie der endokrinen Dysregulationen und der Mechanismen möglicher Interventionen.

Am Tiermodell prolongierter kritischer Erkrankung konnte gezeigt werden, dass dem Low-T3-Syndrom eine verminderte hypophysäre TSH-Sekretion und eine periphere Konversionsstörung von T4 in das Wirkhormon T3 zugrund liegen. Durch Infusion hypothalamer Releasingpeptide normalisierten sich die TSH-Sekretion und die Aktivitäten der die periphere Hormonkonversion katalysierenden Dejodinasen und damit die peripheren Hormonspiegel. Die Infusion von T4 führte nicht zu gesteigerten T3-Spiegeln, sondern zu einem vermehrten Abbau von T4 durch Sulfatierung und Konversion in das unwirksame T3-Enantiomer (rT3). Während die T4-Applikation bei kritisch Kranken somit nicht sinnvoll erscheint, könnte der therapeutische Einsatz von hypothalamen Releasingpeptiden vielversprechend sein.

Intensivierte Insulintherapie hat im Rahmen klinischer Studien einen positiven Effekt auf die Morbidität und Letalität kritisch kranker Patienten gezeigt. Im Tiermodell konnten eine Protektion der regionalen Stickstoffmonoxydverfügbarkeit, der Endothelfunktion und der Zellatmung (mitochondriale Ultrastruktur, Aktivität der Atmungskettenenzyme) mit einer konsekutiven Protektion vitaler Organsysteme (Leber, Niere, myokardiale Pumpfunktion) als mögliche zugrunde liegende Mechanismen identifiziert werden. Für die Effekte war das Aufrechterhalten der Normoglykämie und damit das Vermeiden erhöhter intrazellulärer Glukosespiegel und der Kumulation toxischer Zwischenprodukte des Glukosestoffwechsels entscheidend; Insulin vermittelte keine vom Blutzucker unabhängigen Effekte.

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	29.03.1973, Lemgo
1993 - 10/1999 02/2000 10/2005 09/2006 04/2007 04/2007 11/2008 Seit 01/2000	Studium der Humanmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster Promotion zum doctor medicinae Facharzt für Anästhesiologie Zusatzbezeichnung Notfallmedizin Zusatzbezeichnung Intensivmedizin Ernennung zum Oberarzt Habilitation Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Münster
09/2003 - 12/2006	Forschungsprojekt und Weiterbildung an der Abteilung für Intensivmedizin, Katholische Universität Leuven, Belgien
Forschungstipendien:	Innovative Medizinische Forschung (IMF), Universität Münster 2003/2004; Visiting Scholar, Katholische Universität Leuven 2004; B. Braun Stiftung 2005 Projektförderung IMF, Universität Münster (2007/2008)
Drittmittel: Preis:	Joung Investigators Award der belgischen Vereinigung für Innere Medizin 2005



Dr. med. Daniel Ross

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Klinikzentrum Westerstede

Rudolf-Frey-Preis für Notfallmedizin

Delta Select

Kurzfassung des Forschungsprojektes

Der Einfluss der primären Rettungszeit auf den posttraumatischen Verlauf polytraumatisierter Patienten

(Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin)

Fragestellung: Nach wie vor besteht eine Kontroverse bezüglich der Frage präklinischer Versorgungskonzepte für polytraumatisierte Patienten und der damit einhergehenden präklinischen Verweildauer. Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss der primären Rettungszeit (Zeit zwischen Unfallereignis und Eintreffen im Schockraum einer Klinik) auf den posttraumatischen Verlauf polytraumatisierter Patienten, beginnend mit der präklinischen Phase über die Schockraumversorgung bis zum intensivstationären Aufenthalt.

Methodik: Aus 17200 Patienten des multizentrisch, prospektiv gespeisten Traumaregisters der DGU wurden durch spezifische Einschlusskriterien 915 Patienten rekrutiert. Anhand der Trenngröße der primären Rettungszeit ≤ 60 Minuten und > 60 Minuten erfolgte dann eine Aufteilung in 2 Gruppen, deren posttraumatischer Verlauf verglichen wurde.

Ergebnisse: Hinsichtlich der Rettungszeit unterschieden sich die Gruppen hoch signifikant ($45,6 \pm 10,6$ Min. vs. $93,6 \pm 39,1$ Min.). Die Inzidenz von MODS war signifikant höher in Gruppe 2 mit einer primären Rettungszeit > 60 Minuten (15,5% vs. 28,1%, $p = 0,043$), ebenso das Auftreten des Lungenversagens (25,1% vs. 35,1%, $p = 0,004$). Sepsis und andere SOF zeigten keinen signifikanten Unterschied im Gruppenvergleich, auch nicht bezüglich der Zeitdauer dieser Komplikationen. Die präklinischen Maßnahmen Intubation (68,5% vs. 84,9%, $p = 0,001$) und Thoraxdrainagen (8,5% vs. 15,0%, $p=0,007$) wurden signifikant häufiger in Gruppe 2 durchgeführt. Nicht signifikant unterschieden sich die Dauer des ITS-Aufenthaltes, der Beatmungszeit und der Mortalität. Die Häufigkeit einer posttraumatischen Behinderung war signifikant höher in Gruppe 2 (18,1% vs. 33,2%, $p = 0.013$).

Interpretation: Eine primäre Rettungszeit > 60 Minuten kann als Risikofaktor für die Inzidenzen des posttraumatischen MODS und Lungenversagens gesehen werden. Das schwere Thoraxtrauma scheint im Hinblick auf Thoraxdrainageraten unterversorgt, insbesondere bei einer Rettungszeit > 60 Minuten. Patienten mit einer Rettungszeit > 60 Minuten haben eine schlechtere Rehabilitation mit sozio-ökonomischen Konsequenzen. Die Einhaltung der „golden hour of shock“ ist anzustreben.

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	29.11.1979, Oldenburg
10/2000 - 05/2007 05/2006 - 04/2007	Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover Praktisches Jahr Nordstadt Krankenhaus Hannover, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Agnes-Karll-Krankenhaus Laatzen, Abteilung Innere Medizin Borromäus Hospital Leer, Chirurgie
06/2007 03/2008	Approbation Promotion: „Der Einfluss der primären Rettungszeit auf den posttraumatischen Verlauf polytraumatisierter Patienten“
10/2007 - dato	Assistenzarzt in der Weiterbildung für das Fachgebiet Anästhesiologie und Intensivmedizin Klinikzentrum Westerstede



Dr. med. Patrick Meybohm

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Klinisch-wissenschaftlicher Forschungspreis der DGAI



Kurzfassung des Forschungsprojektes

Remote Ischaemic Pre-conditioning for Heart Surgery - a randomized controlled trial

Patienten mit einem komplexen herzchirurgischen Eingriff sind einem hohen Risiko ausgesetzt, perioperativ ischämische Ereignisse an Herz, Hirn und Niere, eine ausgeprägte systemische Inflammationsreaktion und ein postoperativ kognitives Defizit zu erleiden. Im Rahmen zahlreicher experimenteller Studien konnte durch mehrere kurze ischämische Zyklen am Zielorgan vor einem nachfolgenden länger dauernden Ischämieereignis (ischämische Präkonditionierung) der myokardiale Organschaden reduziert werden. Um aber zusätzliche ischämie-bedingte Organschäden zu vermeiden, stellt die Technik der Remote-Präkonditionierung an weiter entfernten Organen eine vielversprechende Alternative dar. Im Rahmen einer prospektiv, randomisiert, doppel-blind, kontrollierten klinischen Studie soll erstmalig bei 200 Patienten mit einem herzchirurgischen Eingriff (aortokoronarer Bypass, Aortenklappenersatz, Mitralklappenersatz oder -Rekonstruktion, Kombinations-eingriff) der Einfluss der Remote-Präkonditionierung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe evaluiert werden. Der primäre Endpunkt ist die neurokognitive Funktion 3 Monate nach der Operation. Sekundäre Endpunkte stellen die neurokognitive Funktion 12 Monate postoperativ, der myokardiale und renale Organschaden, die rechts- und linksventrikuläre Herzfunktion, die Intensiv- und Krankenhausverweildauer sowie die systemische Inflammationsantwort dar. Darüber hinaus untersucht die Studie sowohl die auslösenden Mechanismen und intrazellulären Signalwege der Remote-Präkonditionierung im humanen Herzgewebe als auch die regulativen Veränderungen der leukozytären Genexpression.

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	04.02.1978, Stendal
03.03.2009	Facharzt für Anästhesiologie
14.02.2007	Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
26.10.2006	Fachkunde im Strahlenschutz
14.07.2005	Fachkunde Rettungsdienst
seit 11/2003	Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
03.02.2004	Promotion zum Dr. med.
10/1997 - 10/2003	Studium der Humanmedizin, Georg-August-Universität Göttingen
Wissenschaftliche Preise/ Ehrungen:	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIVI-Forschungsstipendium 2008 2. Nominiert für das Mentorenprogramm der DGAI 2007 3. Resident Travel Award 2007, SNACC 4. Rudolf-Frey-Preis für Notfallmedizin der DGAI 2007 5. Resident Travel Award 2005, SNACC
Drittmittel:	Intramurale Forschungsförderung CAU Kiel, 2007-2009



Dr. med. Ragnar Huhn

Klinik für Anästhesiologie, Labor für Experimentelle Intensivmedizin und Anästhesiologie, Universitätsklinikum Amsterdam

Wissenschaftlicher Vortagswettbewerb

Research-for-Safety – 1. Preis



Kurzfassung des Forschungsprojektes

Mechanismus des altersabhängigen Verlustes der Helium-induzierten Präkonditionierung - Bedeutung mitochondrialer calciumabhängiger Kaliumkanäle

Background: The non-anesthetic noble gas helium induces myocardial preconditioning. It has been demonstrated that the effect of helium preconditioning is age-dependent, possibly caused by a reduced sensitivity of mitochondrial potassium channels (mKCa) or by changes in the upstream signalling pathway of mKCa channels. Protein kinase A (PKA) is an upstream regulator of mKCa channels. We investigated if 1) PKA is involved in helium preconditioning and whether 2) a direct activation of mKCa channels can induce preconditioning in the aged myocardium.

Methods: Anesthetized Wistar rats were assigned to one of ten groups. Control animals were not further treated. Young rats received 70% helium for 3x5 minutes interspersed with 2x5 minutes and one final 10 minute washout period. In young animals the PKA blocker H-89 (10 µg/kg) was given with and without helium. In additional groups, young and aged rats received before ischemia the mKCa channel activator NS1619 intravenously, for 10 min in a concentration of 11 µg/kg/min. Based on the results, we determined whether activation of PKA with 300 µg/kg Forskolin and 1000 µg/kg could also induce preconditioning in the aged myocardium.

Results: Helium reduced infarct size in young rats from 60±4 % to 37±10 %. The PKA inhibitor H-89 completely blocked preconditioning by helium (58±5 %), but H-89 itself had no effect on infarct size (57±2 %). In aged rats, NS1619 reduced infarct size from 58±6 % to 34±8 %. NS1619 had the same effect in young animals (35±6 %). Activation of PKA with 300 µg/kg Forskolin reduced infarct size in young (37±6 %) but not in aged rats (48±13 %). Interestingly, Forskolin in a higher concentration could induce preconditioning in the aged heart (28±3 %).

Conclusion: These results show for the first time that: 1) PKA is involved in helium preconditioning and 2) a direct activation of mKCa channels and/or PKA can induce preconditioning in the aged myocardium.

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	11.01.1975, Düsseldorf
Universitätsausbildung: 10/1996 - 06/2005	Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf
Berufliche Tätigkeit: 06/2005 - 05/2006 seit 05/2006	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf PhD, Klinik für Anästhesiologie, Labor für Experimentelle Intensivmedizin und Anästhesiologie (L.E.I.C.A.), Universitätsklinikum Amsterdam
08/2005	Promotion an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Stipendien: 2006 2007	European Society of Anaesthesiology (ESA) Society of Cardiovascular Anesthesiologists (SCA)



Dr. med. Patrick Meybohm

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Wissenschaftlicher Vortragswettbewerb

Research-for-Safety – 2. Preis



Kurzfassung des Forschungsprojektes

Kardioprotektiver Effekt von milder Hypothermie am experimentellen Modell des Herz-Kreislaufstillstands infolge eines Myokardinfarkts

Fragestellung: Milde Hypothermie nach kardiopulmonaler Reanimation ist hinsichtlich des neurologischen Outcomes benefizient. Der Einfluss der Hypothermie auf den myokardialen Schaden und die Funktion in der Postreanimationsphase ist bisher jedoch noch nicht untersucht worden.

Methodik: Nach Zustimmung der Tierschutzkommission wurde bei 20 Schweinen ein Herz-Kreislaufstillstand mittels reversiblen Verschlusses des R. interventricularis anterior induziert. Nach 7 min unbehandeltem Kammerflimmern wurde entsprechend den aktuellen Richtlinien eine Reanimation durchgeführt. Anschließend wurden die Tiere 2 Gruppen randomisiert zugeteilt: Normothermie bei 37°C (Normo; n=10) sowie Hypothermie bei 33°C (Hypo; n=10). Nach insgesamt 60 min Myokardischämie wurde das Herz reperfundiert. Fünf weitere Tiere dienten als Sham-Kontrolle. Es wurde 24 h nach Reperfusion der myokardiale Schaden (Evansblue/TTC-Färbung, Troponin T, Echokardiographie, H&E Färbung, Myeloperoxidase-aktivität, Caspase-3-Aktivität) analysiert. Zusätzlich wurde mittels RT-PCR die myokardiale mRNA-Expression von Interleukin (IL)-1 β -6, -10, TNF α und ICAM-1 untersucht.

Ergebnisse: In der Normo-Gruppe überlebten 5/10 und in der Hypo-Gruppe 7/10 Tiere. In der Normo-Gruppe war die Myokardinfarktgröße und das Troponin T signifikant höher sowie die linksventrikuläre Ejektionsfraktion 24 h nach Reperfusion im Vergleich zur Hypo-Gruppe signifikant verschlechtert (p<0,05). In dem myokardialen Ischämiegebiet der Normo-Gruppe konnten wir eine vermehrte Leukozyteninfiltration, höhere Myeloperoxidase-Aktivität (p<0,05) sowie eine gesteigerte Caspase-3-Aktivität (p<0,05) nachweisen. Milde Hypothermie resultierte in einer Abschwächung der myokardialen mRNA-Expression von IL-1 β und IL-6.

Interpretation: Milde Hypothermie am experimentellen Modell des Herz-Kreislaufstillstands infolge eines akuten Myokardinfarkts führt zur Reduktion des myokardialen Schadens und Verbesserung der myokardialen Dysfunktion. Diese kardioprotektiven Effekte könnten entscheidend zum positiven Einfluss der milden Hypothermie nach Reanimation beitragen.

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	04.02.1978, Stendal
03.03.2009	Facharzt für Anästhesiologie
14.02.2007	Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
26.10.2006	Fachkunde im Strahlenschutz
14.07.2005	Fachkunde Rettungsdienst
seit 11/2003	Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
03.02.2004	Promotion zum Dr. med. (magna cum laude)
10/1997 - 10/2003	Studium der Humanmedizin, Georg-August-Universität Göttingen
Wissenschaftliche Preise/ Ehrungen:	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIVI-Forschungsstipendium 2008 2. Nominiert für das Mentorenprogramm der DGAI 2007 3. Resident Travel Award 2007, SNACC 4. Rudolf-Frey-Preis für Notfallmedizin der DGAI 2007 5. Resident Travel Award 2005, SNACC
Drittmittel:	Intramurale Forschungsförderung CAU Kiel, 2007-2009



Dr. med. Anik Westermann

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Medizinische Hochschule Hannover

Wissenschaftlicher Vortragswettbewerb

Research-for-Safety – 3. Preis



Kurzfassung des Forschungsprojektes

SO-103.2 FTY720 reduziert den Makrophagengehalt atherosklerotischer Plaques im Mausmodell

Fragestellung: Die Ruptur von instabilen atherosklerotischen Plaques bedroht Patienten in der peri-operativen Phase. High density lipoprotein (HDL) reduziert über seinen Bestandteil Sphingosin-1-Phosphat (S1P) die Adhäsion von Monozyten an Endothelzellen (EC) (1) und verringert die Akkumulation von Makrophagen (MØ) in atherosklerotischen Läsionen. Wir haben die Effekte einer kurzfristigen Behandlung mit dem oral verfügbaren S1P-Analogon FTY720 auf MØ-Adhäsion an EC und auf MØ-Gehalt in Plaques untersucht.

Methoden: Mit Genehmigung der Tierschutzkommission wurden nach Etablierung fortgeschrittener atherosklerotischer Plaques durch 16 Wochen cholesterinreiche Diät Apolipoprotein-E-defiziente Mäuse 2mal im Abstand von 24h mit FTY720 (1µg/g KG) IP injiziert. Kryoschnitte des Truncus brachiocephalicus wurden immunohistochemisch für CD68 (MCA1957, Serotec, Oxford, UK) gefärbt. Der Einfluss von FTY720 auf die Adhäsion von MØ wurde in vitro in einem 30min. Adhäsionsassay an TNFα-aktivierten EC (fEND.5) nach 4h Inkubation mit FTY720 (10ng/ml und 50ng/ml) oder Vehikel bestimmt. EC wurden 4h mit Plasma aus FTY720 oder Vehikel behandelten Mäusen oder mit Kontrollplasma aus unbehandelten C57Bl6 Mäusen inkubiert, um ex vivo den Effekt von FTY720-Plasma auf die Expression des Adhäsionsmoleküls MADCAM1 mittels real-time rtPCR zu bestimmen (2^{-ΔΔct}-Methode). Die Daten wurden mittels M.-Whitney-U-Test auf Signifikanz (p<0,05) geprüft und sind als Mittelwert ± SEM angegeben.

Ergebnisse: Der MØ-Gehalt atherosklerotischer Plaques ist in der Behandlungsgruppe reduziert (53±3,3 vs. 36±3,8, % CD68 positive Fläche, n=8, p<0,01). In vitro wird die TNFα-induzierte Adhäsion von MØ an ECs (+989±27 % der Kontrolle, n=4/5, p<0,05) durch FTY720 reduziert (10ng/ml: 606±67; 50ng/ml: 447±95, % der Kontrolle, n=5, p<0,05 jeweils vs. TNFα). Inkubation mit ApoE^{-/-}-Plasma erhöht die Expression von endothelialelem MADCAM-1 im Vergleich zu Kontrollplasma 4,2fach (n=6). Plasma aus FTY720-behandelten ApoE^{-/-}-Mäusen führt zu einer signifikant geringeren Steigerung um das 2,1-fache (n=6, p<0,05).

Schlussfolgerungen: FTY720 senkt in vitro die Expression des Adhäsionsmoleküls MADCAM 1 und reduziert die Adhäsivität von MØ an EC. In vivo führt eine 48-stündige Behandlung mit FTY720 zu einer signifikanten Reduktion des MØ-Gehalts atherosklerotischer Läsionen. Kardiovaskuläre Hochrisikopatienten könnten von einer raschen Plaquestabilisierung mittels FTY720 profitieren.

Literatur: 1) Circulation. 2006;114(13):1403

Curriculum Vitae

Geburtsdatum:	18. August 1980, Berlin
Hochschulstudium 09/2000 – 06/2001	Studium der Humanmedizin an der Universität Szeged (H) und der Medizinischen Universität Wien (A)
03/2003	Physikum
06/2004	1. Staatsexamen
11/2005	2. Staatsexamen
02/2006	Promotion
seit 01/2006	Facharztausbildung in der Anästhesiologie an der Medizinischen Hochschule Hannover
Nebenberufliche Weiterbildungen seit 2007	Akupunkturausbildung (A.I.M. Arbeitsgemeinschaft Interdisziplinäre Medizin, Medizinische Hochschule Hannover)
seit 2008	Weiterbildung Sportmedizin (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention)
seit 2008	Weiterbildung Schmerztherapie (Heidelberger Institute for Pain Management and Oriental Medicine)
seit 2008	Weiterbildung Ernährungsmedizin (Bonner Förderverein für Diätik e.V.)