

**45. Münsteraner Anästhesie-Symposium
vom 28.11. – 30.11.2012 in der Halle Münsterland**

Informationen für die Presse

I. Allgemeine Information

Titel der Veranstaltung:	„Up to date“ statt „Oops – too late“
Veranstalter:	Wissenschaftlicher Kreis der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin der Universität Münster e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF)
Datum:	28. – 30. November 2013
Ort:	Messe und Congresszentrum Halle Münsterland
Struktur der Veranstaltung:	<u>Donnerstagvormittag</u> Klinische Demonstrationen in den Medizinischen Einrichtungen des UKM (Universitätsklinikum Münster), Clemenshospital und Franziskus-Hospital, Münster <u>Donnerstagnachmittag</u> Tutorien* in den Räumen der Halle Münsterland Sateliten-Symposium <u>Freitag- und Samstagvormittag</u> Wissenschaftliches Hauptprogramm
Erwartete Teilnehmerzahl:	ca. 600 Anästhesieärztinnen- und Ärzte, sowie Pflegekräfte aus dem Anästhesiebereich

*Wie in jedem Jahr werden den Teilnehmer auch „Klinische Demonstrationen“ sowie „Tutorien“ angeboten. Während der Klinischen Demonstrationen wird es einer begrenzten Zahl von Teilnehmern möglich sein, in den Medizinischen Einrichtungen des Universitätsklinikums neue Anästhesietechniken in der Praxis mitzerleben. Die Tutorien sind Fortbildungskurse zu bestimmten ausgesuchten Themen der Anästhesie.

II. Informationen zum Wissenschaftlichen Programm

Leitthema: „Up to date“ statt „Oops – too late“

Unter diesem Motto werden die wichtigsten Entwicklungen der jüngsten Zeit in den Bereichen Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie dargestellt.

Atemwegssicherung

Narkosen ermöglichen Maßnahmen und Operationen, die ohne Narkose unvorstellbar wären. Es ist Ziel der Narkose, dass der Patient solche Eingriffe toleriert. Aber das wird mit einer vorübergehenden Ausschaltung der Schutzreflexe und fast immer mit einer Beeinträchtigung der Atmung „erkauft“.

Nicht genug Sauerstoff zu bekommen ist also das Hauptrisiko bei der Anästhesie. Viel wurde in den letzten 20 Jahren unternommen, um dies Risiko zu minimieren. Hervorzuheben ist neben der kontinuierlichen Überwachung des Sauerstoffs im Blut (Pulsoximetrie) vor allem eine bessere Ausbildung der Anästhesisten.

Aber eine aktuelle Untersuchung im Bereich des britischen Gesundheitswesens ergibt, dass immer noch einer von 150.000 operierten Patienten an einer Luftwegskomplikation stirbt oder einen schweren Hirnschaden erleidet. In den Notaufnahmen und auf den Intensivstationen sind die Zahlen noch erschreckender. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass diese Daten nicht auf Deutschland übertragbar wären.

Aus diesem Grund wird das Thema „Atemwegssicherung“ einen Schwerpunkt der diesjährigen Tagung darstellen. Angesprochen werden vor allem anatomisch schwierige Situationen, z.B. bei Verletzungen oder nach Operationen im Bereich von Gesicht und Hals, und das Vorgehen bei Ende der Anästhesie, wenn der Patient wieder ausreichend selbst und ohne Hilfsmittel atmen soll.

Atmung im Hochgebirge

Sauerstoffmangel ist auch ein Problem bei Patienten mit schweren Lungenerkrankungen, die auf der Intensivstation beatmet werden müssen. Sauerstoffmangel gibt es ebenfalls beim Bergsteigen in großen Höhen – infolge sinkenden Luftdrucks.

Um die kritischen Bedingungen auf der Intensivstation zu simulieren, hat sich ein Team von Intensivmedizinern, Krankenschwestern und Wissenschaftlern gebildet, die Experimente in großer Höhe an sich selbst und anderen Freiwilligen durchführen, um derart neue Therapien zu entwickeln und die Überlebenschancen der Patienten zu verbessern.

Die erste Expedition dieser Gruppe, die sich xtreme-Everest nennt, ging im Jahre 2007 auf den höchsten Berg der Erde, den Mount Everest. Der Sauerstoffdruck auf dem Gipfel, in knapp 9 km Höhe ist nur ca. 30% des Normalwertes auf Höhe des Meeresspiegels. Entsprechend niedrig sind die Sauerstoffdrücke im Blut.

In diesem Sommer fand eine zweite Expedition statt, diesmal unter der Leitung von Dr. Daniel Martin aus London. An der jüngsten Expedition nahmen u.a. Zwillinge und Kinder teil, die auch in große Höhen, allerdings nicht bis zum Gipfel aufstiegen. Herr Dr. Martin, der wissenschaftliche Leiter dieser zweiten Expedition, wird über die Ergebnisse berichten und die Umstände dieser „Spitzen“forschung „auf höchstem Niveau“ erläutern.

Volumenmangel/Flüssigkeitstherapie

Ein seit langer Zeit kontrovers diskutiertes Thema ist die Flüssigkeitstherapie. Klar ist lediglich, dass zu wenig Körperflüssigkeit mit dem Leben nicht vereinbar ist – im Koreakrieg starben viele amerikanische Soldaten an Nierenversagen infolge großer Blutverluste – die Dialyse gab es noch nicht. Im Vietnamkrieg hatte man dazugelernt, große Mengen isotoner Salzlösungen wurden den verwundeten Soldaten infundiert. Das Nierenversagen blieb aus, dafür entwickelten viele Schwerverletzte „nasse“ Lungen und ein Lungenversagen, dem sie erlagen. Man kam daher auf die Idee, den Salzlösungen Eiweißmoleküle zuzusetzen, wie sie auch im Blut vorhanden sind und die aus Blutspenden gewonnen wurden. Das Eiweiß sollte verhindern, dass die infundierte Flüssigkeit aus den Blutgefäßen ins Gewebe austritt und dort Ödeme bildet. Aber es gab nicht genug menschliches Bluteiweiß und die Herstellung war teuer. Deshalb entwickelte Bluteiweißersatzstoffe, die den gleichen Zweck erfüllen sollten, aber wesentlich billiger und unbegrenzt verfügbar waren. Bis heute steht aber der überzeugende Nachweis aus, dass Kolloide, seien sie natürlichen Ursprungs (Humanalbumin) oder künstlich hergestellt, den isotonen Salzlösungen überlegen sind. Im Gegenteil, zumindest die künstlichen, aus Mais- oder Kartoffelstärke hergestellten Kolloidlösungen, sind in letzter Zeit stark kritisiert worden, weil bestimmte Produkte nierenschädlich sind. Eine Ursache für die unterschiedlichen Meinungen dürfte sein, dass sich nicht nur die verschiedenen Kolloidlösungen unterschiedlich sind sondern auch die Krankheiten, bei denen sie eingesetzt werden.

Blut sparen!

„Patient blood management“ ist ein Schlagwort für ein Bündel von Maßnahmen, das seit einigen Jahren propagiert wird. Einerseits sollen dem einzelnen Patienten Bluttransfusionen erspart bleiben, andererseits soll der in Zukunft wachsenden Nachfrage nach Blutprodukten entgegengewirkt werden, um die Bevölkerung bei immer mehr Bedürftigen und sinkender Spenderzahl ausreichend versorgen zu können. Dieses Maßnahmenbündel umfasst unter anderem die Anhebung der Hämoglobinkonzentration in den Bereich normaler Werte vor geplanten Operationen. Gerade bei älteren Menschen ist der Blutgehalt an diesem Sauerstoffträger-Eiweiß oft reduziert. In vielen Fällen kann man den Wert durch Eisengabe aber wieder normalisieren. Allerdings wird das Eisen über den Darm schlecht aufgenommen, so dass für eine wirksame Behandlung intravenöse Gaben erforderlich sind, die vom Hausarzt in den Wochen vor der Operation vorgenommen werden müssen.