



Pressegespräch der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

3. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Sicherheit in der Klinik: Wie wir das bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen gewährleisten können

Freitag, den 29. November 2019, 12.30 Uhr

Veranstaltungsort:

Raum: Konferenzraum, EG Neubau

BG Klinik Ludwigshafen

Ludwig-Guttman-Straße 13,

67071 Ludwigshafen am Rhein

Inhalt:

- DGU-Presseeinladung vom 14.11.2019
- DGU-Pressemitteilung vom 29.11.2019
- Redemanuskripte
- Programm 3. Notfallkonferenz
- 5-Punkte-Plan der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. und der Bundeswehr
- Beitrag: Ärzteschulungen für den Ernstfall, OUMN 5/2019, Seite 56
- Beitrag: Massenanfall von Verletzten - Fachgesellschaften fordern Budget, OUMN 4/2019, S. 57
- Beitrag: Sind wir auf einen Terroranschlag vorbereitet?, OUMN 4/2017, Seite 10
- Beitrag: Unfallchirurgen spannen Notfallnetz, OUMN 6/2015, S. 503
- Lebensläufe der Referenten

Pressekontakt für Rückfragen:

Susanne Herda und Swetlana Meier

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin

Telefon: 030/340 60 36 -06 oder -16

E-Mail: presse@dgou.de



Einladung zum Pressegespräch am 29.11.2019 von 12.30 bis 13.30 in der BG Klinik Ludwigshafen

3. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) am 29. November 2019
Sicherheit in der Klinik: Wie wir das bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen gewährleisten können

Berlin/Ludwigshafen, 14.11.2019: Im Rahmen von lebensbedrohlichen Einsatzlagen ist es möglich, dass Krankenhäuser durch ein terroristisches Attentat oder einen Amoklauf selbst in den Fokus eines Anschlages rücken. Für solche Situationen gibt es in Deutschlands Krankenhäusern derzeit keine oder nur unzureichende Sicherheitsmaßnahmen. Dabei kommt ihnen nach einem sogenannten „First- oder Second-Hit“ mit der Versorgung der lebensbedrohlich verletzten Patienten eine wichtige Rolle zu. Wie Kliniken ihre Schwachstellen identifizieren und Sicherheitslücken schon mit kleinen Maßnahmen schließen können, erklären Experten der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und des Sanitätsdienstes der Bundeswehr bei einem Pressegespräch anlässlich der 3. Notfallkonferenz der DGU mit dem Titel „Sind unsere Kliniken sicher?“ am 29.11.2019 in Ludwigshafen. Dabei geben sie auch einen Überblick über die seit 2016 bestehende zivil-militärische Zusammenarbeit, in deren Zentrum die Schulung von Chirurgen, Anästhesisten und weiteren Fachdisziplinen für die medizinische Versorgung von Terroropfern steht: Sie informieren, wie viele Ärzte in Deutschland bisher für den Ernstfall trainiert sind.

An der 3. Notfallkonferenz nehmen Spitzenvertreter der deutschen Unfallchirurgie, weiterer chirurgischer Disziplinen und der Notfallmedizin, aus Rettungs- und Sicherheitsorganisationen sowie Politik und Bundeswehr teil.

Medienvertreter sind herzlich zum Pressegespräch eingeladen:

Freitag, den 29. November 2019, 12.30 Uhr

Veranstaltungsort:

Raum: Konferenzraum, EG Neubau

BG Klinik Ludwigshafen

Ludwig-Guttman-Straße 13,

67071 Ludwigshafen am Rhein

Themen und Referenten:

1. Status quo der Klinikvorbereitung zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen (TerrorMANV): Das haben wir mit dem 5-Punkte-Plan der DGU seit 2016 erreicht

Professor Dr. Paul Alfred Grützner, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen

2. Die Bedeutung der zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr: Hand in Hand für die gesamtstaatliche Sicherheitsvorsorge

Generaloberstabsarzt Dr. Ulrich Baumgärtner, Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr



3. First hit oder second hit: Wie sich Krankenhäuser vor terroristischen Angriffen schützen können

Professor Dr. Benedikt Friemert, Oberstarzt, Leiter der AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der DGU, Klinischer Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Rekonstruktive und Septische Chirurgie, Sporttraumatologie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm

4. Terrorszenarien vorweg bedenken: Krankenhaus-Notfallübungen als Daseinsvorsorge verstehen

Professor Dr. Dietmar Pennig, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals in Köln

5. Die Rolle der BG Kliniken bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen

Reinhard Nieper, Vorsitzender der Geschäftsführung der BG Kliniken gGmbH, Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung

Begrüßung und Vorstellung der Referenten: Susanne Herda, DGU-Pressestelle

Terminhinweis zu Live-Demonstrationen von Notfallbehandlungen am 29.11.2019:

Auf dem Programm der 3. Notfallkonferenz stehen auch Live-Demonstrationen. Diese finden an der BG Klinik Ludwigshafen am 29.11.2019 in der Zeit von 14.45 – 16.15 Uhr zu den Themen Behandlung im Strahlenfall, Behandlung von Chemieunfällen und Fahrzeugdemonstration statt. Experten zeigen und kommentieren, welche Besonderheiten bei der Versorgung von kontaminierten Patienten bestehen. Die Demonstrationen finden in der Klinik für Strahlenverletzte statt, einer speziellen, von der Umwelt komplett abzuschottenden Behandlungseinheit für strahlenkontaminierte Trauma-Patienten, die die Klinik seit 1989 vorhält.

Akkreditierte Medienvertreter können an der 3. Notfallkonferenz und auch an den Live-Demonstrationen teilnehmen.

Weitere Informationen:

[Programm](#) der 3. Notfallkonferenz der DGU

Presse-Akkreditierung:

Susanne Herda und Svetlana Meier
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: 030/340 60 36 -06 oder -16
E-Mail: presse@dgou.de

Hinweis: Bitte geben Sie bei Ihrer Anmeldung an, ob Sie neben dem Pressegespräch auch den Vortrag auf der Notfallkonferenz besuchen möchten. Interview-Wünsche können wir gern berücksichtigen – bitte geben Sie uns zwecks Terminabsprachen im Vorfeld einen Hinweis.

Die Presseunterlagen stehen nach der Pressekonferenz zum Download bereit unter:
www.dgu-online.de



Pressemitteilung

3. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Diese Sicherheitsmaßnahmen schützen Krankenhäuser bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen

Berlin/Ludwigshafen, 29.11.2019: Unfallchirurgen der zivilen Versorgung und Ärzte der Bundeswehr haben heute bei einem Pressegespräch die Sicherheitsanalyse von Krankenhäusern zum Schutz von Kliniken bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen beleuchtet. Anlass ist die heute stattfindende 3. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) mit dem Titel „Sind unsere Kliniken sicher?“ an der BG Klinik in Ludwigshafen. Als sogenannte kritische Infrastruktur könnten Kliniken durch ein terroristisches Attentat oder einen Amoklauf in den Fokus eines Anschlages rücken (TerrorMANV) – wenn etwa Terroristen ganz bewusst eine Klinik angreifen. „Jedes Krankenhaus muss seine Schwachstellen kennen. Dann lassen sich Sicherheitslücken auch schon mit kleinen Maßnahmen schließen“, sagte DGU-Präsident Prof. Dr. Paul A. Grützner bei der Konferenz-Eröffnung. Militärmediziner zeigten vor den über 200 Teilnehmern auf, welche Maßnahmen auf die Sicherheitsanalyse folgen können, um den Schutz der Kliniken bei einem TerrorMANV zu erhöhen: Sicherheitsüberprüfung von Personen und Patienten, die in die Klinik kommen oder beispielsweise ein Rammschutz, um die Zufahrt zum Krankenhaus zu erschweren.

„Die sicherheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre haben zu einem gesteigerten Interesse des zivilen Gesundheitswesens an den spezifischen Fähigkeiten und Erfahrungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr geführt, so dass es inzwischen einen sehr intensiven und vertrauensvollen Austausch gibt“, sagte Generaloberstabsarzt Dr. Ulrich Baumgärtner, Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Bereits 2016 haben die DGU und der Sanitätsdienst der Bundeswehr einen 5-Punkte-Plan zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Falle eines Terrorereignisses aufgelegt. Kernstück des Plans ist der Kurs „Terror and Disaster Surgical Care“ (TDSC®), bei dem erfahrene Kliniker lernen, medizinische Herausforderungen in einer Terror- oder Amoklage zu managen. Bis heute konnten bereits über 350 Ärzte aus 10 regionalen Traumanetzwerken der Initiative TraumaNetzwerk DGU® für den Ernstfall trainiert werden.

Nun setzen beide Partner die Klinik-Sicherheit und die Bedrohung durch radiologische, chemische oder biologische Stoffe, die sogenannten „schmutzigen Bomben“, auf die Agenda: So wären Krankenhäuser frei zugängliche Institutionen, die jederzeit für jeden erreichbar sind. Somit hätten Krankenhäuser grundsätzlich keinen relevanten Schutz vor Angriffen von außen oder innen. „Krankenhäuser müssen Konzepte entwickeln, wie sie ihre eigene Sicherheit verbessern können“, sagte Oberstarzt Professor Dr. Benedikt Friemert, Leiter der DGU-Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC). Dabei sei die Gefahren- und Sicherheitsanalyse von einem Krankenhaus der erste Schritt und ein wichtiger Teil der Sicherheitsmaßnahmen zum Schutz von Kliniken. Zu einer Gefahrenanalyse gehört die Prüfung der regionalen Gefahrenpotentiale, wie sie beispielsweise aufgrund von Chemieanlagen oder besonderen politischen Institutionen bestehen können. Anhand der Sicherheitsanalyse können Sicherheitslücken geschlossen werden. Zu den ersten Schritten, wie Kliniken ihre Sicherheit erhöhen können, zählen:

- Sicherheitsüberprüfung der Personen, die in die Klinik kommen
- Sichtung/Triage inklusive Sicherheitsüberprüfung der Verletzten muss vor die Klinik verlagert werden
- Krankenhaus abriegeln
- Krankenhaus von innen überwachen
- Zufahrt zum Krankenhaus abschirmen/mit baulichem Rammschutz erschweren



Maßnahmen zum Vorgehen bei Verdacht auf die Verwendung von schmutzigen Bomben sind:

- Patienten und Klinikpersonal auf Verschmutzung mit schädlichen Substanzen prüfen
- Behandlung, Dekontamination und Sicherung der Klinik üben

Ein TerrorMANV ist eine logistische und medizinische Ausnahmesituation: Szenarien wie diese sind in deutschen Kliniken unüblich. Daher gibt DGU-Generalsekretär Professor Dr. Dietmar Pennig zu bedenken: „Die Bevölkerung erwartet, dass solche Szenarien vorweg bedacht werden und dass wir auch in Ausnahmesituationen absolut handlungsfähig sind. Daher muss der Ernstfall immer wieder eintrainiert werden, um professionelles Handeln zu ermöglichen.“ Eine Krankenhaus-Notfallübung koste bis zu 100.000 Euro. „Diese Kosten können nicht von den Krankenhäusern getragen werden“, sagte Pennig. Die DGU fordert daher schon seit Jahren die Bereitstellung eines staatlichen Budgets für Notfallübungen für die Kliniken. Die hohen Kosten seien einer der Gründe, warum Notfallübungen in Deutschland bisher nicht zur Routine gehören, kritisierte Pennig.

Die BG Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung sehen sich jedoch in besonderer Weise der Prävention verpflichtet: So werden neben Notfallübungen auch Vorhaltungen zum Katastrophenschutz und zum MANV getroffen. Darüber hinaus verfügen einige Kliniken über besondere Kompetenzen: „Die BG Klinik Ludwigshafen hält eine besondere Einrichtung vor zur Behandlung von Unfallverletzten, die mit ionisierender Strahlung kontaminiert sind“, sagte Grützner. „Es gibt in Deutschland kaum Krankenhäuser, die so gut auf Notfallsituationen vorbereitet sind wie die BG Kliniken. Sie spielen insbesondere bei der Behandlung von Schwerbrand-, Querschnitt-, schwersten Schädel-Hirn-, Handverletzungen, kindlichen Verletzungen sowie Polytraumata auch international eine führende Rolle. Um auf besonders schwere Einsatzlagen vorbereitet zu sein, führen wir außerdem in unseren Häusern bereits jetzt regelmäßig umfangreiche Krisenübungen durch, bei denen alle Klinikbereiche einbezogen werden“, sagte Reinhard Nieper, Vorsitzender Geschäftsführer der BG Kliniken.

An der 3. Notfallkonferenz nehmen heute deutsche Spitzenvertreter der Unfallchirurgie, weiterer chirurgischer Disziplinen, der Notfallmedizin, aus Rettungs- und Sicherheitsorganisationen sowie aus Politik und der Bundeswehr teil. Neben Fachvorträgen zur Sicherheit in der Klinik berichten Referenten zum Umgang mit Chemieunfällen, radioaktiven Unfällen und ABC-Waffen. Zudem finden im Rahmen der Tagungen an der BG Ludwigshafen Live-Demonstrationen von Übungen zu den Themen Behandlung im Strahlenfall, Behandlung von Chemieunfällen und eine Fahrzeugdemonstration statt.

Hintergrund:

Die Bedrohung durch den globalen Terrorismus sowie durch die zunehmende innerdeutsche extremistische Gewalt ist aktuell eine große Herausforderung, denn die Wahrscheinlichkeit terroristischer Anschläge in Deutschland nimmt zu. Ziel der Attentate in Europa ist in der Regel die zivile Bevölkerung. Unkalkulierbare Gefahrensituationen am Ort des Geschehens und schwere Verletzungsmuster wie komplexe Schuss- und Explosionsverletzungen, sowie die hohe Anzahl hochgradig lebensgefährlich verletzter Menschen an möglicherweise mehreren Orten zu verschiedenen Zeitpunkten stellen Rettungskräfte, Notärzte und die Kliniken im TraumaNetzwerk DGU® vor organisatorische, medizinische und taktisch-strategische Herausforderungen.



Gemeinsames Ziel von DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr ist es, die taktische/strategische und medizinische Kompetenz für die Versorgung von Terroropfern wissenschaftlich fundiert, bundesweit flächendeckend herzustellen und nachhaltig weiter zu entwickeln. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) trägt mit ihrer Initiative TraumaNetzwerk DGU® und den über 600 teilnehmenden Traumazentren bereits seit 2006 dafür Sorge, dass schwerverletzte Menschen an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr und flächendeckend in ganz Deutschland die bestmöglichen Überlebenschancen haben. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr verfügt wiederum über medizinische Kompetenzen in besonderen Gefahrenlagen, wie beispielsweise der Rettung unter Beschuss und die Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen.

Weitere Informationen:

Programm der 3. Notfallkonferenz der DGU

www.tdsc-kurs.de

www.dgu-online.de

Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda, Swetlana Meier

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: +49 (0) 30 – 340 60 36 -06 oder -16

Fax: +49 (0) 30 – 340 60 36 21

E-Mail: presse@dgou.de

www.dgu-online.de

Nach der Pressekonferenz steht zum Download bereit unter www.dgu-online.de:

Pressemappe ab 29.11.2019, Fotos ab 2.12.2019

Sollten Sie die Pressemitteilungen der Fachgesellschaften (DGOU, DGU, DGOOC) künftig nicht mehr erhalten wollen, können Sie sich unter presse@dgou.de abmelden.



Statement von Professor Dr. Paul A. Grützner

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),
Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen
anlässlich des Pressegesprächs
3. Notfallkonferenz: Sind unsere Kliniken sicher?
am 29. November 2019 in Ludwigshafen

Thema: Status quo der Klinikvorbereitung zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen (TerrorMANV): Das haben wir mit dem 5-Punkte-Plan der DGU seit 2016 erreicht

Die seit 2006 bestehende Initiative TraumaNetzwerk DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ist weltweit anerkannt und damit auch eine gute Basis für eine medizinische Betreuung im Terror- oder Amok-Fall. Innerhalb von 10 Jahren ist uns die Etablierung einer bundesweit hochwertigen Schwerverletztenversorgung gelungen: Rund 600 Traumazentren erfüllen die Qualitätsvorgaben der DGU und sind in derzeit 53 zertifizierten TraumaNetzwerken (TNW) zusammengeschlossen. Damit bietet die deutsche Unfallchirurgie flächendeckend, 365 Tage im Jahr, rund um die Uhr eine leistungsstarke Versorgung Schwerverletzter. Grundlage für die Kliniken ist das Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Gerade in diesem Jahr wurde die 3. Auflage von der DGU veröffentlicht. In dieser jetzt jetzt Auflage wird u.a. ein besonderer Schwerpunkt auf den Massenanfall von Verletzten (MANV) gelegt. Im Rahmen der Zertifizierung sind die meisten Kliniken der Traumanetzwerke in Deutschland gut auf einen normalen MANV, beispielsweise nach einer Massenkarambolage auf der Autobahn, aufgestellt. Katastrophenschutzpläne sind heute Standard, im Rahmen der regelmäßigen Re-Zertifizierungen und der kontinuierlichen Qualitätssicherung – auch mit Absprachen innerhalb der Netzwerke – können die vorhandenen Ressourcen im Fall der Fälle optimal genutzt werden. Doch die Lage bei einem Massenanfall von Verletzten bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen, dem sogenannten TerrorMANV, (terroristisches Attentat oder Amoklauf), unterscheidet sich von einem normalen MANV erheblich: Zusätzlich zu häufig sehr stark blutenden Patienten kommen Patienten selbst unkoordiniert in die nächstgelegene Klinik geströmt. Für die Klinik ergibt sich damit in kürzester Zeit eine hohe Anzahl von potenziell hochgradig lebensgefährlich Verletzten.

Um für diese Situationen gerüstet zu sein, hat die DGU 2016 einen 5 Punkte-Plan zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Falle eines Terrorereignisses entwickelt: Zentrales Element ist der Kurs „Terror and Disaster Surgical Care“ (TDSC). Dabei lernen Kliniker, insbesondere Chirurgen und



Unfallchirurgen, diese medizinischen Herausforderungen eines TerrorMANV bzw. einer Amoklage zu managen. Bis heute konnten bereits über 350 Ärzte aus 10 regionalen Traumanetzwerken der Initiative TraumaNetzwerk DGU® für den Ernstfall trainiert werden. Beim TDSC-Kurs setzen sich Klinik-Ärzte mit der innerklinischen Sichtung, also der Ersteinschätzung der Patienten und der Frage der Primärbehandlung bei einer hohen Anzahl von nicht vorversorgten Patienten und möglicherweise unzureichender Ressourcen an Personal, Material sowie Infrastruktur auseinander. Weiterhin werden die Behandlung der besonderen Verletzungsmuster (Schuss- und Explosionsverletzungen) sowie die Reaktion auf besondere Szenarien wie Attentate mit schmutzigen Bomben und weitere Attentatsarten geschult. Ziel dieses TDSC®-Kurses ist es, die Teilnehmer im Umgang mit einem Ressourcenmangel zu schulen, indem sie besondere Bewältigungsstrategien lernen. Ziel ist es, die Patienten bestmöglich nach individualmedizinischen Standards zu versorgen, gleichzeitig aber möglichst vielen Patienten das Leben zu retten.

(Es gilt das gesprochene Wort, Ludwigshafen, 29.011.2019)



Statement von Generaloberstabsarzt Dr. Ulrich Baumgärtner

Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

anlässlich des Pressegesprächs

3. Notfallkonferenz: Sind unsere Kliniken sicher?

am 29. November 2019 in Ludwigshafen

Thema: Die Bedeutung der zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr: Hand in Hand für die gesamtstaatliche Sicherheitsvorsorge

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr mit seinen aktuellen Strukturen und Fähigkeiten ist das Ergebnis der Ausrichtung auf die Aufgaben der Bundeswehr im internationalen Krisenmanagement. Neue sicherheitspolitische Rahmenbedingungen und insbesondere der übergeordnete politische Auftrag der Landes- und Bündnisverteidigung (LV/BV) in Gleichzeitigkeit und Gleichrangigkeit mit Internationalem Konfliktmanagement (IKM), Heimatschutz, nationaler Risiko- und Krisenvorsorge, subsidiären Unterstützungsleistungen in Deutschland, Humanitärer Not- und Katastrophenhilfe und die Partnerschaften und Kooperationen auch über EU und NATO hinaus erfordern in Zukunft einen zielgerichteten Aufbau bzw. Wiederaufbau von entsprechenden Fähigkeiten. Damit rückt auch die Aufgabe der gesamtstaatlichen Sicherheitsvorsorge wieder mehr in den Fokus mit dem Ausbau der gelebten zivil-militärischen Kooperationen und einem noch intensiveren Austausch zwischen allen unseren zivilen und militärischen Kooperationspartnern.

Landes- und Bündnisverteidigung (LV/BV) ist für uns heute eine grundlegende Planungsoption. Sie erfordert eine durchdachte Vorbereitung sowohl in der Fachlichkeit als auch in den vorzuhaltenden Kapazitäten – eingebettet in den Kontext einer gesamtstaatlichen Sicherheitsvorsorge in Deutschland.

Ebenso wie LV/BV sind für die gesamtstaatliche Sicherheitsvorsorge die Gefahren zu berücksichtigen, die von Terroranschlägen und Amokläufen auch in Deutschland und Europa ausgehen, und die auch die latente Bedrohung durch CBRN-Agentien (Gefahrstoffe chemischer (C), biologischer (B) oder radiologischer (R) bzw. nuklearer (N) Natur) einschließen.

Innerhalb dieser Szenarien spielen chirurgische und notfallmedizinische Fähigkeiten eine besondere Rolle. Gerade unsere Chirurginnen und Chirurgen übernehmen hierbei für die Einsatzoptionen der Bundeswehr eine tragende Rolle. Sie müssen mit den besonderen Gefahrensituationen, den taktisch-strategischen Erfordernissen und typischen Verletzungsmustern vertraut sein und verfügen hier über hochspezialisiertes Fachwissen, das sie seit 20 Jahren auch aktiv in die Fachkongresse und Fachgesellschaften einbringen.



Gleichzeitig möchten wir aber auch unser eigenes Leistungsspektrum vertiefen und ergänzen. Der enge Schulterschluss in der zivil-militärischen Zusammenarbeit mit der DGU ist für den Sanitätsdienst der Bundeswehr von hoher Bedeutung. Die Kernkompetenzen der zivilen Unfallchirurgen mit ihren ganz eigenen Erfahrungen und Verletzungsmustern im Bereich der Unfall- und Notfallversorgung sind eine wichtige Wissensbasis, um unsere Sanitätsoffiziere in ihrem fachlichen Können breit aufzustellen.

Die sicherheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre haben zu einem gesteigerten Interesse des zivilen Gesundheitswesens an den spezifischen Fähigkeiten und Erfahrungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr geführt, so dass es inzwischen einen entsprechenden intensiven und bewährten vertrauensvollen Austausch gibt.

Der formale Ausdruck dieses beiderseitigen Wunsches nach engerer Zusammenarbeit ist der im Jahr 2017 unterzeichnete Letter of Intent zwischen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr.

Eine wichtige Säule für den gelebten und realen fachlichen Austausch ist der zwischen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr erarbeitete 5-Punkte-Plan. Ziel ist der strukturierte Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen beiden Partnern.

Herzstücke des 5-Punkte-Plans sind der TDSC®-Kurs (Terror and Disaster Surgical Care), das weltweit in seiner Struktur einzigartige TraumaNetzwerk DGU® und das TraumaRegister DGU®. Wir sind stolz darauf, als Militärmediziner hier unseren Beitrag zur gemeinsamen medizinischen

Kompetenzentwicklung in Deutschland leisten zu können. So begleiten unsere Sanitätsoffiziere auch aktiv die Entwicklung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Einsatz- und Katastrophenchirurgie“ der Bundesärztekammer. Im Rahmen des Wissenstransfers bringen wir uns hier mit unseren spezifischen Einsatzerfahrungen in den Weiterbildungskommissionen ein.

Im wechselseitigen Austausch können alle Beteiligten ihre Kompetenzen in der Notfallmedizin und Notfallversorgung vertiefen und so einen wichtigen Beitrag zur bestmöglichen medizinischen Versorgung bei Großschadensereignissen und in Krisensituationen in Deutschland leisten. Der Austausch in Symposien, Kongressen, Forschungs- und Ausbildungszusammenarbeit und vor allem auch im Rahmen gemeinsamer Übungen ist ein unverzichtbarer Baustein zur Vorbereitung auf die möglichen gesamtstaatlichen Herausforderungen.

(Es gilt das gesprochene Wort, Ludwigshafen, 29.01.2019)



Statement von Professor Dr. Benedikt Friemert

Oberstarzt, Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Rekonstruktive und Septische Chirurgie, Sporttraumatologie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Leiter der AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der DGU
anlässlich des Pressegesprächs
3. Notfallkonferenz: Sind unsere Kliniken sicher?
am 29. November 2019 in Ludwigshafen

Thema: First hit oder second hit: Wie sich Krankenhäuser vor terroristischen Angriffen schützen können

- **Krankenhäuser gehören zur kritischen Infrastruktur**
- **Krankenhäuser müssen Konzepte entwickeln, wie sie ihre eigene Sicherheit verbessern können.**
- **Die Sicherheitsprüfung in Krankenhäusern ist der erste Schritt und ein wichtiger Teil der Sicherheitsmaßnahmen zum Schutz von Kliniken.**

Im Rahmen von lebensbedrohlichen Einsatzlagen und dem darauf folgenden Massenanfall von Verletzten (TerrorMANV) ist es möglich, dass Krankenhäuser in den Fokus eines Anschlages rücken. Resultiert die Lebensbedrohliche Einsatzlage (LebEI) aus einem terroristischen Attentat, so besteht die Möglichkeit, dass der Anschlag primär dem Krankenhaus gilt, oder im Sinne eines Second-Hit-Szenarios (Zweitanschlag) das Krankenhaus betroffen sein kann – beispielsweise wenn sich ein vermeintlicher Patient mit Sprengstoff am Körper ins Krankenhaus einliefern lässt. Im Hinblick auf eine Amoksituation ist eher damit zu rechnen, dass ein Krankenhaus der primäre Ort des Geschehens ist. Es sei hier an dieser Stelle daran erinnert, wie die Gewalt auf ärztliches und nicht-ärztliches Personal in den Krankenhäusern in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Die Krankenhäuser gehören zur kritischen Infrastruktur unseres Landes und gelten zudem als sogenannte „weiche Ziele“: Damit ist gemeint, dass Krankenhäuser aus unserem freiheitlich-demokratischen Grundverständnis heraus frei zugängliche Institutionen sind, die jederzeit für jeden erreichbar sind. Somit haben Krankenhäuser grundsätzlich keinen relevanten Schutz vor Angriffen von außen oder innen. Da sich aber die Gefahrenlage in Deutschland grundsätzlich verändert hat, erinnert sei auch an die zunehmende terroristische Gefahr des rechten politischen Spektrums, so ist es unabdingbar, dass sich Krankenhäuser damit beschäftigen, wie die eigene Sicherheit für solche Situationen verbessert werden kann.

Erste Schritte, wie Kliniken sich schützen und ihre Sicherheit erhöhen können:



1) Sicherheitsüberprüfung der Personen, die in die Klinik kommen

Ein wesentlicher Aspekt ist, dafür zu sorgen, dass im Rahmen eines TerrorMANV nur noch solche Personen in die Klinik eingelassen werden, die dazu berechtigt sind: beispielsweise Krankenhausmitarbeiter. Andere Personen, wie beispielsweise Patienten, müssen einer Sicherheitsprüfung unterzogen werden. Die Sicherheitsüberprüfung stellt vor dem Hintergrund, dass die Polizei in dieser Situation mit der Bewältigung der lebensbedrohlichen Einsatzlage mit größter Wahrscheinlichkeit voll gebunden sein wird, eine besondere Herausforderung dar. Hier muss man klären, ob die in vielen Kliniken vorhandenen Sicherheitsdienste (diese haben keine polizeilichen Befugnisse) diese Aufgabe übernehmen können und wollen.

2) Sichtung/Triage muss vor die Klinik verlagert werden

Ein weiteres wesentliches Element ist, dass die Sichtung der Patienten nicht wie gewöhnlich in, sondern vor die Klinik verlagert wird. Bei der sogenannten Triage werden Verletzte entsprechend ihres Verwundungsgrades in Kategorien eingeteilt. Denn im Rahmen der Bewältigung eines Terror-MANV bei einer lebensbedrohlichen Einsatzlage ist eine systematische Vorgehensweise vor Ort von höchster Bedeutung, um möglichst vielen Verletzten gute Überlebenschancen zu bieten. Hier muss vor Sichtungsbeginn eine Überprüfung auf Waffen und Sprengstoffteile o.ä. durchgeführt werden.

3) Krankenhaus abriegeln

Als weitere Maßnahme kann auch das Verschließen sämtlicher Türen bis auf den zentralen Zugang durchgeführt werden, was aber in vielen Fällen heute nur schwer möglich ist, da in den meisten Krankenhäusern keine zentralen Schließanlagen existieren und Fluchtwege gestehen bleiben müssen.

4) Krankenhaus von innen überwachen

Weiterhin stellt die Frage der Kontrolle vieler Bereiche in einem Krankenhaus ein Problem dar, die aufgrund der verwinkelten Bauweise von Krankenhäusern häufig nicht einsehbar und kontrollierbar sind. Hier wäre die Installation von Videokameras sicherlich eine Lösung, die aber z.B. mit den Datenschutzrichtlinien in Einklang stehen muss.

5) Zufahrt zum Krankenhaus abschirmen und mit baulichem Rammschutz erschweren

Eine weitere Möglichkeit zum Schutz der Klinik ist es, die Zufahrt zum Krankenhaus im Rahmen von baulichen Rammschutzmaßnahmen für Attentäter zu erschweren oder eben entsprechende Bereiche



durch Sichtschutzmaßnahmen abzuschirmen. Dieses stellt für manche Kliniken ein großes Problem dar, wenn das Klinikum auf ein großes Areal verteilt ist.

Dies sind nur einige Gedanken, wie mit einfachen Mitteln des Krankenhauses erste Schritte zur Sicherung eines Krankenhauses durchgeführt werden können.

Eine weitere Bedrohung der Sicherheit des Krankenhauses sind Anschläge mit radiologischen, chemischen oder biologischen Stoffen, mit sogenannten „schmutzige Bomben“. erinnert sei hier an den vereitelten Anschlag mit dem Supergift Rizin im Jahre 2018 aus dem Raum Köln.

Maßnahmen zum Vorgehen bei Verdacht auf die Verwendung von schmutzigen Bomben

1) Patienten und Klinikpersonal auf Verschmutzung mit schädlichen Substanzen prüfen

Kommt im Rahmen eines Attentats der Verdacht auf die Verwendung einer schmutzigen Bombe auf, so müssen sämtliche Patienten zunächst vor der Verlegung ins Krankenhaus auf diese Stoffe überprüft und ggf. dekontaminiert werden. Es muss zwingend vermieden werden, dass kontaminierte Patienten oder auch kontaminiertes Personal in die Klinik gelangen, da automatisch die Klinik geschlossen werden muss und diese zur weiteren Versorgung von Patienten nicht mehr zur Verfügung steht. Hierzu ist es erforderlich, dass Dekontaminationsmöglichkeiten an den Krankenhäusern bestehen, die zeitnah aufgebaut und in Betrieb genommen werden können, denn die Patienten, die hier in einer solchen Situation eingeliefert werden, sind nicht nur kontaminiert, sondern haben z.B. durch die Explosionsverletzung schwerwiegende Blutungen, die chirurgisch versorgt werden müssen.

2) Behandlung, Dekontamination und Sicherung der Klinik üben

Ein ganz wesentlicher Teil der Vorbereitung und damit Sicherung des Krankenhauses im Bereich von CRBN-Waffen (Chemisch, Biologisch, Radiologisch und Nuklear) ist das Bereitstellen und Beüben des Betriebes einer Dekontaminationsanlage. Das gilt genauso für die Durchführung von regelmäßigen Übungen, die nicht nur die medizinische Versorgung beüben sollten, sondern eben auch die möglichen Sicherungsmaßnahmen des Krankenhauses trainieren und somit Schwachstellen aufdecken sollen, die dann geschlossen werden können.

Fazit: Zum Schutz von Kliniken ist eine Gefahrenanalyse der Region zur Prüfung der regionalen Gefahrenpotentiale, wie sie beispielsweise aufgrund von Chemieanlagen bestehen können, erforderlich. Mithilfe dieser Analyse können entsprechende Probleme und potentielle



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

Schwachstellen schon im Vorfeld eines TerrorMANV auf dem Boden einer lebensbedrohlichen Einsatzlage behoben und Sicherheitslücken geschlossen werden.

Die Gefahren- und Sicherheitsanalyse muss von der Klinik initiiert werden: Diese sollte in einem Team mit Personen der Krankenhaus-Leitung, der medizinischen Leitung, der Polizei und weiteren notwendigen fachlichen Kompetenzen durchgeführt werden. Hierzu steht als Beratung auch die AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie mit ihrem Expertenteam jederzeit zur Verfügung.

(Es gilt das gesprochene Wort, Ludwigshafen, 29.01.2019)



Statement von Professor Dr. Dietmar Pennig

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU),
Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),
Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie,
Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals in Köln
anlässlich des Pressegesprächs
3. Notfallkonferenz: Sind unsere Kliniken sicher?
am 29. November 2019 in Ludwigshafen

Thema: Terroriszenarien vorweg bedenken: Krankenhaus-Notfallübungen als Daseinsvorsorge verstehen

Die Lehren aus den Terroranschlägen, insbesondere in Frankreich und Großbritannien aber auch in Berlin, machen klar, dass innerhalb kürzester Zeit Strukturen in den Rettungsdiensten und Krankenhäusern aktiviert werden müssen, die weit oberhalb der Beanspruchung etwa durch Massenkarambolagen auf Autobahnen anzusetzen sind. Der globale Terrorismus wird auch weiterhin an den Grenzen Deutschlands nicht haltmachen. Ziel ist, wie die Attentate der letzten Jahre zeigen, die zivile Bevölkerung. Die typischen Verletzungsmuster wie komplexe Schuss- und Explosionsverletzungen mit einem hohen Anteil schwer- und schwerstverletzter Patienten erzeugen vielfältige logistische Anforderungen im Rahmen von Erstversorgung, Triage und Definitivversorgung. Die Ereignisse gerade von Paris weisen zudem darauf hin, dass Attentate an verschiedenen Orten einer Stadt oder in verschiedenen benachbarten Regionen zeitversetzt oder auch zeitgleich vorkommen können. Die DGU hat mit den Daten aus der Initiative TraumaNetzwerk DGU® Voraussetzungen geschaffen, die logistischen Anforderungen für den Fall eines terroristischen Szenarios im Rahmen der verbesserten Triage festzulegen. Regelmäßige Notfallübungen in Traumazentren der Initiative TraumaNetzwerk DGU® bei TerrorMANV sind notwendig, um im Ernstfall diese Mechanismen ablaufen zu lassen. Notwendigerweise müssen während solcher Notfallübungen die Aktivitäten des Regelbetriebs einer Klinik ruhen, Operationssäle können nicht weiterbetrieben werden. Dementsprechend ergeben sich hier Kosten von bis zu 100.000 Euro pro Übung.

Für einen MANV nach einem terroristischen Anschlag sind Ausrüstungen erforderlich, die weit über die Ausstattung der Kliniken für die normale Versorgung von Verletzten hinausgehen. Dies gilt insbesondere für die Bevorratung von OP-Material, Bereitstellung von Fixateur-Externsystemen, Materialien für die Versorgung von Bauch- und Thoraxverletzungen sowie Spezialverbandsmaterialien zur Versorgung von Weichteilverletzungen. Dieses Material ist in den Kliniken außerhalb des Routinebetriebs vorzuhalten und einzulagern und muss auch regelmäßig ersetzt werden, da ein großer Teil dieses Materials als Sterilgut existiert.



Krankenhausnotfallpläne sind regelmäßig zu aktualisieren, insbesondere mit Fokus auf einen MANV.

Hierbei müssen die besonderen Aspekte von Terrorattentaten Berücksichtigung finden.

Aus dem laufenden Budget der Krankenhäuser kann dieses nicht geleistet werden.

Dementsprechend ist die Bereitstellung von Mitteln entsprechender Größenordnung zu fordern, um die berechtigten Erwartungen der Bevölkerung an die Daseinsvorsorge zu erfüllen und das Vertrauen in die medizinische Versorgungspolitik zu erhalten.

(Es gilt das gesprochene Wort, Ludwigshafen, 29.01.2019)



Statement von Reinhard Nieper

Vorsitzender der Geschäftsführung der BG Kliniken gGmbH,
Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung
anlässlich des Pressegesprächs

3. Notfallkonferenz: Sind unsere Kliniken sicher?
am 29. November 2019 in Ludwigshafen

Thema: Die Rolle der BG Kliniken bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen

Es gibt in Deutschland kaum Krankenhäuser, die so gut auf Notfallsituationen vorbereitet sind wie die BG Kliniken. Sie spielen in der Behandlung von Unfallverletzten mit den Schwerpunkten Polytrauma, Querschnitt und Brandverletzte, eine besondere Rolle. Die Versorgung von Mehrfach- und Schädel-Hirn-Verletzungen ist eines unserer Spezialgebiete. Um auf besonders schwere Einsatzlagen vorbereitet zu sein, führen wir außerdem in unseren Häusern bereits jetzt regelmäßig umfangreiche Krisenübungen durch“, so Reinhard Nieper, Vorsitzender Geschäftsführer der BG Kliniken. „Unsere Mitarbeiter üben dabei im Rahmen eines fiktiven Großschadensereignisses einen Massenanfall von schwerstverletzten Patienten. Dabei werden alle Bereiche von der Sichtung der Patienten in der Notaufnahme bis hin zum Intensiv- und OP-Bereich eingebunden. So können wir prüfen, ob bestehende Alarm- und Einsatzpläne und die Kommunikationsstrukturen funktionieren, ob Abläufe im Haus effizient sind und die Abstimmungen mit Behörden und Funktionsträgern außerhalb der Klinik reibungslos ablaufen.

(Es gilt das gesprochene Wort, Ludwigshafen, 29.011.2019)

Dritte Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie – Sind unsere Kliniken sicher?

29.11.2019 | 09:30 - 17.00 Uhr | BG Klinik Ludwigshafen | Erwin-Radek-Saal

Änderungen im Programm sind vorbehalten!

09:30	Ankunft, Registrierung und Begrüßung	
10:00	Begrüßung und Grußworte	Professor Dr. Grützner Herr Nieper Herr Staatssekretär Stich Generaloberstabsarzt Dr. Baumgärtner Generaloberstabsarzt a. D. Dr. Blätzing
10:15	Zeitzeugen – Das Unglück von Ramstein	Herr Dr. Hoppe

TOP 1 – Sicherheit in der Klinik		
Moderation: Professor Dr. Grützner, Dr. Münzberg, Professor Dr. Sturm		
10:25	Bedrohungen in der Klinik bei MANV und Terror-MANV	Professor Dr. Friemert
10:40	Vorbereitung auf Terroranschläge – Was sagt die Literatur?	Herr Dr. Achatz
10:55	Zivile und militärische Register - Was können wir lernen?	Herr Dr. Franke
11:10	Vorbereitungen für den Ausfall kritischer Infrastruktur, sowie auf Cyberangriffe und Terror am Beispiel Berlins	Herr Cwojdzinski
11:25	Podiumsdiskussion	Herr Stich Herr Cwojdzinski Professor Dr. Friemert Professor Dr. Pohlemann

12:10	Mittagspause	
-------	---------------------	--

TOP 2 – CBRN		
Moderation: Professor Dr. Lang, Professor Dr. Pohlemann		
12:55	Umgang mit Chemieunfällen	Herr Dr. Conzelman
13:10	Radioaktive Unfälle - Eine Bedrohung	Herr Fehringer
13:25	Anschlag mit ABC – Waffen! Sind wir vorbereitet?	Oberstarzt PD Dr. Kehe
13:40	Podiumsdiskussion	Herr Dr. Conzelman Herr Fehringer Herr Bruck Oberstarzt PD Dr. Kehe

14:15	Kaffeepause	
-------	--------------------	--



TOP 3 – Übung		
Moderation: Professor Dr. Grützner, Professor Dr. Pohlemann, Professor Dr. Pennig		
14:45	Übung: 1. Behandlung im Strahlenfall 2. Behandlung von Chemieunfällen 3. Fahrzeugdemonstration	Herr Dr. Hoppe Herr Dr. Springborn Herr Isiksal Herr Bruck Herr Dr. Conzelman
16:15	Diskussion der Übung	Prof. Dr. Pennig Herr Dr. Gather
16:45	Zusammenfassung und Ausblick, Verabschiedung	Prof. Dr. Grützner Prof. Dr. Pohlemann
17:00	Ende der Veranstaltung	



5-Punkte-Plan der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der Bundeswehr zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung in besonderen Katastrophen und bei möglichen Terroranschlägen.

5-Punkte-Plan:

1. Notfallkonferenz zum Thema „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“ am 28.09.2016 in Berlin

Die Notfallkonferenz schafft den Auftakt für einen langfristigen, strukturierten Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen der DGU und der Bundeswehr. Unfallchirurgen und Sanitätsoffiziere treten erstmals in direkter Partnerschaft in der Öffentlichkeit auf. Im Zentrum steht die Analyse: Welche Kenntnisse sind nötig, um den medizinischen Herausforderungen vor dem Hintergrund der weltweit zunehmenden terroristischen Bedrohung klinisch, taktisch und strategisch begegnen zu können? Auch internationale Erfahrungen wie beispielsweise aus den Ereignissen in Paris werden auf der Veranstaltung diskutiert. Die Teilnehmer erhalten Informationen zu Situation und aktuellen Bedrohungslage, zu Besonderheiten der Strategie und Taktik in Präklinik und Klinik und zivil-militärischen Zusammenarbeit, um voneinander zu lernen.

[Programm zur Notfallkonferenz am 28.09.2016](#)

2. Bewusstsein schaffen und Kenntnisse transportieren: Über die Netzwerk-Struktur der Initiative TraumaNetzwerk DGU® etabliert die DGU künftig dringend nötige Erkenntnisse über die medizinische Versorgung von Terroropfern in allen Traumazentren

Die DGU ist durch die weltweit einzigartige Struktur der Initiative TraumaNetzwerk DGU® in der Lage, Wissen strukturiert und flächendeckend schnell weiterzugeben. Der Initiative gehören deutschlandweit über 600 Kliniken an, die Schwerverletzte nach einheitlichen Standards versorgen. Sie sind in 52 zertifizierten TraumaNetzwerken organisiert.

Drei Maßnahmen stehen im Rahmen der vernetzten Kommunikation der Initiative TraumaNetzwerk DGU® im Vordergrund:

- **Regionale Informationstage:** Die DGU informiert alle TraumaNetzwerke über die Ergebnisse der Notfallkonferenz. In Planung sind zehn Informationstage in verschiedenen Städten für die Sprecher der regionalen TraumaNetzwerke. Die Sprecher geben im Anschluss an die Veranstaltung die Informationen an die Klinikchefs der Traumazentren weiter. Damit stellt die DGU sicher, dass alle an der Traumaversorgung teilnehmenden Kliniken für die zukünftigen Erfordernisse sensibilisiert sind.
- **Leitfaden:** Die DGU erarbeitet einen Leitfaden für die Planung von erforderlichen Maßnahmen in den regionalen TraumaNetzwerken. Dabei gibt die DGU Empfehlungen bezüglich folgender Punkte: Modifikation der Katastrophenpläne für die Region und das Netzwerk unter Einbeziehung der zuständigen Verwaltungs- und Sicherheitsbehörde, Zusammenarbeit mit der Polizei und den Rettungsorganisationen, Besonderheiten bei der Patientenverteilung, Materialbeschaffung.
- **Notfallübungen und Forderung:** Die DGU unterstützt die TraumaNetzwerke bei der Planung und Durchführung von Notfallübungen. Da während einer Notfallübung der Regelbetrieb einer Klinik still gelegt und Operationssäle geschlossen werden müssen, entstehen je nach Klinikgröße Kosten von rund 100.000 Euro pro Übung – ein Grund, weshalb Notfallübungen in Deutschland bisher nicht zur Routine gehören. Die DGU ist jedoch der festen Überzeugung, dass präklinische und klinische Abläufe unter Extrembedingungen für den Ernstfall



flächendeckend trainiert werden müssen. Die DGU fordert daher, dass solche Übungen nicht nur zu Recht von der Öffentlichkeit eingefordert werden können, sondern auch entsprechend von den zuständigen Stellen zu finanzieren sind. Deshalb bietet die DGU den TraumaNetzwerken ihre Unterstützung bei der politischen Überzeugungsarbeit für die dringend notwendige Finanzierung von Notfallübungen durch die jeweils zuständigen Behörden oder Klinikträger an. Zudem stellt sie auf Wunsch Supervisoren für die Notfallübungen bereit.

3. Weiterführende, spezielle Ausbildungsformate für Chirurgen zur Behandlung von Terroropfern mit Schuss- und Explosionsverletzungen

Die DGU bietet ab Ende 2016/Anfang 2017 Katastrophen-Chirurgie-Kurse an. Hochrangige Teams, bestehend aus Unfallchirurgen der Zivil- und Militärversorgung und Experten der Bundeswehr vermitteln Unfallchirurgen und anderen Fachkollegen Grundlagenkenntnisse für den Ernstfall nach Terroranschlägen.

Dabei sind die Fort- und Weiterbildungsinhalte in 3 Bereiche gegliedert:

- **Medizinisch-fachliche Inhalte**
Die besonderen Verletzungsmuster bei Terroranschlägen wie Schuss- und Explosionsverletzungen verlangen in der Präklinik und Klinik eine besondere Behandlung. Der Kurs vermittelt daher unter anderem Kenntnisse der sogenannten Wundballistik.
- **Medizintaktisch- und strategische Inhalte**
In dem Kurs wird erörtert, inwiefern die Individualmedizin bei terroristischen Anschlägen uneingeschränkt aufrechterhalten werden kann. Dabei steht der Grundsatz „Live before Limb“ (Lebensrettung vor Gliedmaßen-Erhalt) zur Diskussion. Die besonderen Szenarien bei terroristischen Anschlägen – zeitlicher Verlauf, mehrere Orte, unbekannte Dauer – verlangen andere taktische Vorgehensweisen in der Präklinik und der Klinik.
- **Organisatorische Inhalte**
Der Kurs vermittelt unter dem Stichwort „Rettung unter Beschuss“ für den Terrorfall dringend notwendige Verhaltensweisen – sie sind zivilen Ärzten bisher nicht bekannt. Zudem werden die Mediziner sensibilisiert, dass für sie die Zusammenarbeit mit externen Partnern in besonderen Terrorsituationen in bisher nicht bekannter Art notwendig ist. Einen hohen Stellenwert nimmt dabei die Kommunikation mit der Polizei und deren Beurteilung zur Gefahrenlage ein, denn grundsätzlich muss immer auch das Leben der Retter geschützt werden. Involviert werden müssen dabei auch das Technische Hilfswerk und gegebenenfalls die Bundeswehr.
Außerdem lernen die Ärzte logistische und organisatorische Besonderheiten für die Materialbevorratung kennen: Beispielsweise sind Abbinde-systeme für die Gliedmaßen erforderlich.

4. Das TraumaRegister DGU® zur Erfassung von Schwerverletzten wird um ein Schuss- und Explosionsregister erweitert

Mit mehr als 30.000 Fällen pro Jahr ist das TraumaRegister DGU® eines der weltweit größten klinischen Schwerverletztenregister. Es ist Grundlage für wissenschaftliche Analysen und die Qualitätssicherung in den Kliniken. Das bisher von Sanitätsoffizieren gepflegte Register für Schuss- und Explosionsverletzungen wird dem TraumaRegister DGU® ab sofort angefügt. Somit können im Rahmen der zivilen Versorgung auch Schuss- und Explosionsverletzungen deutschlandweit einheitlich dokumentiert werden. Diese Dokumentation ermöglicht wissenschaftliche Auswertungen:



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

beispielsweise zu speziellen Verletzungsmustern, zu Versorgungsstrukturen oder zur Fehlervermeidung. Zudem können die Daten für internationale Vergleiche herangezogen werden.

5. Neben der Begründung einer strategischen Partnerschaft mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr wird auch die wissenschaftliche Kooperation über einen Vertrag mit der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP) dauerhaft gefestigt.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) vertieft ihre strategische Zusammenarbeit mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr und der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP). Im Zentrum steht der Wissens- und Erfahrungsaustausch – vor allem in Bezug auf die theoretische und praktische Schulung zu Vorgehensweisen im Terrorfall. Die Partnerschaft wird in Kürze mit der Unterzeichnung von Kooperationsvereinbarungen verbindlich geregelt.

Stand: 27.09.2016

Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda und Stefanie Becker
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 – 340 60 36 -06 oder -20
Fax: +49 (0) 30 – 340 60 36 21
E-Mail: presse@dgou.de

TDSC® – „Terror and Disaster Surgical Care“

Ärzteschulungen für den Ernstfall

Angesichts der weltweit anhaltenden Terrorgefahr könnte es auch in Deutschland jederzeit zu einem unvorhergesehenen Anschlag kommen. Um die Kliniken auf die Bewältigung des durch Terrorlagen bedingten Massenaufkommens an Verletzten vorzubereiten, können sich Ärzte im Rahmen des TDSC®-Kurses für diese speziellen Situationen schulen lassen.

Bei einem massiven Aufkommen von Verletzten durch Terroranschläge ist die Organisation der initialen medizinischen Versorgung eine der größten He-

rausforderungen für das Krankenhaus. Es ist mit vorübergehenden Engpässen zu rechnen, die sowohl der unkoordinierten Einlieferung der potenziell hämodynamisch instabilen Opfer als auch den vorwiegend zu erwartenden Schuss- und Explosionsverletzungen geschuldet sein können.

Zivilmilitärische Zusammenarbeit

Eigens hierfür wurde der Kurs „Terror and Disaster Surgical Care“ (TDSC®) unter der Führung der DGU und des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr (ZSanDstBw) entwickelt. Seit 2017 wird TDSC® von der bikmed GmbH, einer Tochter der AUC (Akademie der Unfallchirurgie GmbH), veranstaltet, wobei offene Kurse, TraumaNetzwerk-assoziierte Kurse und für größere Kliniken und Klinikverbünde auch „In-house“-Kurse angeboten werden. Bislang haben deutschlandweit zwölf Schulungen an zehn verschiedenen, unterschiedlichen TraumaNetzwerken angehörenden Standorten stattgefunden.

TDSC® richtet sich an erfahrene Kliniker, die bei Terrorereignissen als Entscheidungsträger fungieren und eine prioritätenorientierte Versorgung ver-

Vormerken!

TDSC®-Kurse

8.–10. November 2019, Ulm

6.–8. Dezember 2019, Koblenz

3. Notfallkonferenz

29. November 2019, Ludwigshafen

antworten müssen. Der Kurs vermittelt Grundlagen der innerklinischen taktischen Versorgung, medizinische Gesichtspunkte bezüglich der zu erwartenden Verletzungsmuster und schult in einem Tabletop-Entscheidungsstraining die Auswirkungen unterschiedlicher Vorgehens- und Versorgungsweisen bei Engpässen. Ziel ist es nicht, Standardlösungen anzubieten, sondern flexibles Handeln unter Berücksichtigung der Besonderheit der jeweiligen Situation durch die Steigerung der Resilienz und Handlungssicherheit zu vermitteln und zu trainieren.

Die Schulung von Chirurgen für die medizinische Versorgung von Terroropfern ist Teil des 5-Punkte-Plans zur zi-



© AUC

Die Kursdirektoren Prof. Dr. Benedikt Friemert und Prof. Dr. Axel Franke vom Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr (v.li.)

Schulungsorte in den TraumaNetzwerken	
Berlin	TraumaNetzwerk Berlin
Münster	TraumaNetzwerk Nord-West
Halle	TraumaNetzwerk Sachsen-Anhalt Süd
Köln	TraumaNetzwerk Region Köln
Koblenz	TraumaNetzwerk Mittelrhein
Frankfurt a. Main	TraumaNetzwerk Hessen/Region Südhessen
Ludwigshafen	TraumaNetzwerk Pfalz
Homburg	TraumaNetzwerk Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz
Ulm	TraumaNetzwerk Ulm
Zürich	TraumaNetzwerk Schwarzwald-Bodensee

© AUC

vilmilitärischen Zusammenarbeit, der gemeinsam von DGU und Bundeswehr entwickelt wurde. Er soll dazu beitragen, im Falle eines Terrorereignisses eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten und nahm seinen Auftakt mit der Notfallkonferenz im September 2016 in Berlin. Ein weiteres Element des 5-Punkte-Plans sind die in regelmäßigen

Abständen stattfindenden Notfallkonferenzen, auf denen im Erfahrungs- und Wissensaustausch mit relevanten Gruppen medizinische Abhilfe im Terrorfall unter verschiedenen Aspekten sowohl theoretisch beleuchtet als auch in Fallszenarien praktisch eingeübt wird. Die nächste und mittlerweile dritte Notfallkonferenz wird am 29. November 2019

an der BG Klinik Ludwigshafen stattfinden und thematisiert die Sicherheit der Klinik selbst.

Prof. Dr. Benedikt Friemert, Ulm
Nationaler Kursdirektor TDSC

Prof. Dr. Axel Franke, Koblenz
Nationaler Kursdirektor TDSC

Versorgung nach Terroranschlag

Notfall-OP-Sieb auf Vorrat

Das Überleben von Verletzten mit Schuss- und Explosionsverletzungen bei einem Massenanfall von Verletzten im Terrorfall/Amoklauf (TerrorMANV) hängt maßgeblich von einer schnellen Blutungskontrolle ab. Dafür hat die DGU jetzt ein Notfall-OP-Set zusammengestellt, das speziell auf lebensrettende Notfalloperationen zur Versorgung von sogenannten Höhlenblutungen ausgerichtet ist. „Die richtige Materialbewirtschaftung ist ein wesentlicher Aspekt, um in Ausnahmesituationen die bestmögliche Versorgung der Patienten ermöglichen zu können“, meint Prof. Dr. Paul Alfred Grützner, DGU- und DGOU-Präsident. Die Fachgesellschaft empfiehlt Kliniken, dieses Notfall-OP-Set für kritische Lagen in ausreichender Menge bereitzuhalten. Ein Beitrag zu diesem Thema erschien dieses Jahr auch in der Juli-Ausgabe der Fachzeitschrift „Der Unfallchirurg“ (<https://www.springermedizin.de/standardisierte-notfall-op-instrumentarien-fuer-kritische-lagen/16796310>).

Neue Verletzungen – neue Siebstruktur

Bisher gibt es keine vergleichbare OP-Sieb-Struktur. Denn: „Die Versorgung von polytraumatisierten Patienten mit Schuss- und Explosionsverletzungen kommt in der zivilen medizinischen Welt in Deutschland kaum vor“, so Oberstarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert vom Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Lei-

ter der DGU-AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (EKTC). Anders sei das in Krisen- und Kriegsgebieten. Das Notfall-OP-Set umfasst über 120 verschiedene Instrumente, darunter unter anderem Skalpelle, Pinzetten, Scheren, Knochenbohrer, Wundspreizer, Cutter, Knochenheber, Drainagen, Nahtmaterial. Friemert erklärt: „Das Operationssieb ist auf die Maßnahmen fokussiert, die für die Sicherung des Überlebens der Patienten notwendig sind.“ So könnten Unfallchirurgen und Chirurgen mit nur einem OP-Sieb die unterschiedlichsten Verletzungsmuster bei einem Mehrfachverletzten versorgen.

Erfahrungen der Bundeswehr

Bei der Entwicklung der OP-Sieb-Struktur wurden die Erfahrungen und Vorplanungen einer Arbeitsgruppe aus Berlin (Stabsstelle Katastrophenschutz der Charité in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit) und einer Arbeitsgruppe aus Frankfurt (Universitätsklinikum und BGU Frankfurt mit der Stabsstelle medizinische Gefahrenabwehr Gesundheitsamt) zusammengeführt. Zudem flossen die Erfahrungen der Siebzusammenstellung aus den Auslandseinsätzen der Bundeswehr ein.

Während bei zivilen Unfällen (z. B. Autounfall) Knochenbrüche, ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine Brustraumquetschung zu einer lebensbedrohlichen Situation führen, sind es bei einem Terroranschlag mit Schuss- und Explosions-

onswaffengebrauch offene Verletzungen mit stark blutenden Wunden bis hin zu schweren Explosionsverletzungen (Blast-Injury) mit Verlust von Gliedmaßen. „Auf diese Verletzungsmuster sollte man vorbereitet sein, um im Ernstfall gut aufgestellt zu sein“, sagt Prof. Dr. Dietmar Pennig und verweist auf weitere Maßnahmen hierfür, wie etwa das Kursformat TDSC® (Seite 56). Die DGU trägt mit ihrer Initiative TraumaNetzwerk DGU® bereits seit 2006 dafür Sorge, dass schwerverletzte Menschen an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr und flächendeckend in ganz Deutschland die bestmöglichen Überlebenschancen haben.



Mehr Informationen: www.dgou.de/presse

Susanne Herda
Berlin
Öffentlichkeitsarbeit
DGOU



© DGOU

Swetlana Meier
Berlin
Öffentlichkeitsarbeit
DGOU



© DGOU

Massenanfall von Verletzten

Fachgesellschaften fordern Budget

Der finanzielle Aufwand für eine Krankenhausnotfallübung zur Vorbereitung auf einen Massenanfall von Verletzten (MANV) liegt bei bis zu 100.000 €. Das zeigte jetzt eine Untersuchung, die unter dem Titel „Kostenabschätzung für MANV-Übungen im Krankenhaus“ online in der Fachzeitschrift „Der Unfallchirurg“ erschienen ist.

Zu hohe Kosten

Die hohen Kosten sind einer der Gründe, warum Notfallübungen in Deutschland bisher nicht zur Routine gehören. Doch Prof. Dr. Paul Alfred Grützner, Präsident der DGOU und DGU, warnt: „In Deutschland wird zu wenig geübt. Um gut für Großschadensereignisse gerüstet zu sein, benötigen Krankenhäuser MANV-Übungen.“ DGU und DGOU fordern daher die Bereitstellung eines festen Budgets für die Krankenhäuser, um sich mit Übungen auf den MANV vorbereiten zu können. Ärzte, Pflegekräfte, Verwaltungsmitarbeiter und Mitarbeiter des technischen Dienstes sollten einen Krankenhausnotfallplan mindestens einmal pro Jahr praktisch üben.

Regelbetrieb wird außer Kraft gesetzt

Während einer Notfallübung, bei dem ein Krankenhaus den Ernstfall trainiert, wird der Regelbetrieb weitestgehend stillgelegt: Der normale OP-Betrieb wird ausgesetzt – es entstehen Erlösausfallkosten. Alternativ findet die Übung außerhalb der Regelarbeitszeit statt, mit erheblichen Personalmehrkosten durch Überstunden. Dazu kommen Planungs-, Durchführungs- und Nachbereitungskosten des Übungsszenarios. Eine kleine MANV-Übung mit zirka 25 Patienten (Darstellern) kostet insgesamt zwischen 10.000 und 25.000 €. Eine Vollübung unter Einbindung aller notwendigen Ressourcen wie beispielsweise OP, Radiologie und Intensivstation erfordert eine Summe zwischen 40.000 und 100.000 €.

Refinanzierung nur selten geregelt

Um im MANV- beziehungsweise TerrorMANV-Fall handlungsfähig zu bleiben, setzt das Krankenhausmanagement einen Alarmplan in Kraft: Dabei wird der Regel- auf einen Notfallbetrieb umgestellt. Er umfasst Lage- und Ablaufpläne, Mitarbeiteralarmierung sowie ein situationsangepasstes Ressourcenmana-

Notfallübungen

- Bereitstellung eines staatlichen Budgets für Notfallübungen für die Krankenhäuser: Verteilung der Finanzierung der Übungen durch die Länder
- Entwicklung von alternativen Trainingskonzepten unterhalb von Vollübungen: beispielsweise Hybridübungen (präklinisch als Vollübung, innerklinisch als Simulationsübung) oder IT-gestützte Simulationen, mit denen insbesondere die logistischen Aspekte und das Ressourcenmanagement einer MANV-/TerrorMANV-Situation im Krankenhaus geübt werden können, ohne den Regelbetrieb zu stören
- Nachweis von MANV/TerrorMANV-Übungen als Rezertifikierungskriterium für Traumazentren der Initiative TraumaNetzwerk DGU®
- Bessere Vernetzung von Partnern aus dem Gesundheitswesen zur gegenseitigen Unterstützung von Rettungsübungen

gement. Bisher obliegt es weitgehend dem Engagement des Krankenhausträgers, die Übungen zu finanzieren: Die Refinanzierung ist nur in wenigen Bundesländern geregelt – Berlin gehört beispielsweise dazu. „Keinesfalls sind die Kosten den Krankenhäusern beziehungsweise Rettungsdiensten aufzubürden. Die Öffentlichkeit hat im Rahmen der Daseinsvorsorge ein Recht darauf, dass Krankenhäuser solche Szenarien üben, um sich bestmöglich vorzubereiten. Das muss entsprechend staatlich finanziert werden“, sagt Prof. Dr. Dietmar Pennig, DGU-Generalsekretär und stellvertretender DGOU-Generalsekretär.

Susanne Herda, Swetlana Meier
Berlin
Öffentlichkeitsarbeit DGU/DGOU



© S. Herda / DGOU

Sichtungs- und Simulationsübung eines Terroranschlags mit Statisten im Universitätsklinikum Frankfurt



© benjaminolte / stock.adobe.com

Sind wir auf einen Terroranschlag vorbereitet?

Schulterschluss zwischen DGU und Bundeswehr

Was passiert im Falle eines Terroranschlags? Sind Rettungskräfte und Mediziner der Herausforderung gewachsen? Inwieweit sind Ärzte – insbesondere Unfallchirurgen und Notärzte – und medizinische Versorgungseinrichtungen auf die neuen Bedrohungsszenarien vorbereitet? Der 5-Punkte-Plan zwischen Sanitätsdienst der Bundeswehr und DGU nimmt Gestalt an.

Seit den Terroranschlägen in Manchester, Brüssel, Paris und Berlin zeigt sich, dass terroristische Bedrohung in Europa keine Schimäre ist, sondern bittere Realität. Um darauf vorbereitet zu sein, müssen Unfallchirurgen mit der besonderen Gefahrensituation am Ereignisort, den taktisch-strategischen Erfordernissen und typischen

Verletzungsmustern vertraut sein. „Unsere Traumanetzwerke der Unfallchirurgie sind weltweit anerkannt und damit eine gute Basis für eine medizinische Betreuung im Terrorfall“, erklärt Prof. Dr. Ingo Marzi, Präsident der DGU, das Interesse an der Zusammenarbeit mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr. Schon im September 2016 wurde auf der 1. Notfallkonferenz der sogenannte 5-Punkte-

Plan der DGU mit den Partnern des Sanitätsdienstes der Bundeswehr zum Thema Terrorvorbereitung initiiert. Im Anschluss folgten im Januar und Februar 2017 vier Informationsveranstaltungen für sämtliche Traumanetzwerke in Deutschland, um für diese Thematik zu sensibilisieren. OUMN berichtete darüber. Nach zwei Pilotkursen wurde im Mai der 1. Terror und Disaster Surgical

„Unsere Traumanetzwerke sind weltweit anerkannt und damit eine gute Basis für eine medizinische Betreuung im Terrorfall.“

PROF. DR. INGO MARZI

Care Kurs (TDSC®) durchgeführt. Ein sehr positives Feedback der Teilnehmer zeigt, dass hier großes Interesse und ein hoher Informationsbedarf besteht. Insbesondere die Simulationsübungen in Form einer Art Brettspiel haben großen Anklang gefunden und offensichtlich das vermitteln können, was im täglichen Arbeitsleben nicht geübt werden kann. So war abschließend bei allen Absolventen ein anderer Mindset für das Thema Terror und Katastrophe zu spüren. Am 7. Juni konnte nun eine feierliche Vereinbarung – ein Letter of Intent – zwischen DGU und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr unterschrieben werden.

Letter of Intent

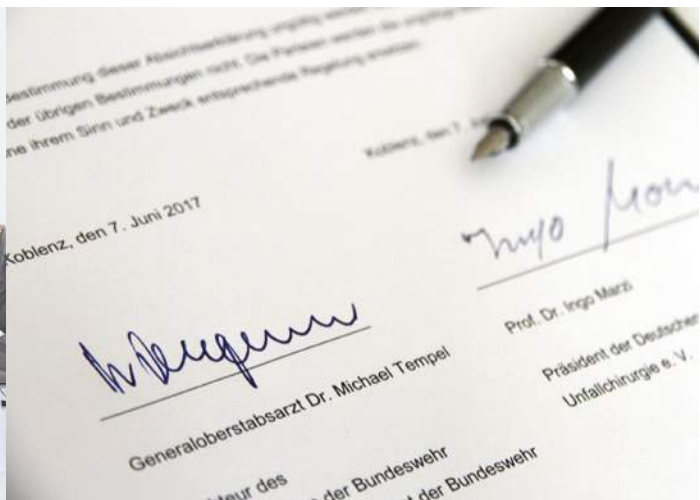
Prof. Dr. Ingo Marzi, Präsident der DGU, und Generaloberstabsarzt Dr. Michael Tempel, Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, unterzeichneten in der Falckenstein-Kaserne in Koblenz diese Absichtserklärung. Im militärischen Rahmen und musikalischer Untermalung durch ein Münsteraner

Klarinettenquartett des Heeresmusikcorps war der Rahmen in der höchsten Kommandobehörde des Sanitätsdienstes würdig und feierlich. Mit dem Letter of Intent konkretisierten die DGU und der Sanitätsdienst der Bundeswehr ihre künftige Zusammenarbeit. Er ist Bestandteil des 5-Punkte-Plans, der während der 1. Notfallkonferenz zum Thema „Terroranschläge – eine neue traumatische Herausforderung“ aufgesetzt wurde. Ziel ist der strukturierte Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen beiden Partnern. Denn nur, wenn Kompetenzen gebündelt werden und Expertenwissen ausgetauscht wird, kann langfristig den steigenden Anforderungen an die deutsche Unfallchirurgie begegnet werden. Der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt Dr. Michael Tempel erläuterte: „Mit Leben gefüllt ist unsere Kooperation schon lange, schon seit 20 Jahren stehen wir im gegenseitigen Austausch miteinander. So eine Absichtserklärung hat jedoch große Strahlkraft nach innen und

außen und deshalb eine große symbolische Bedeutung.“ Die DGU sieht die zwingende Notwendigkeit, das nötige Wissen zur medizinischen Versorgung von Terroropfern strukturiert zusammenzutragen und nutzbar zu machen. Dafür wurde das neue, von der Akademie der Unfallchirurgie (AUC) organisierte Kursformat Terror and Disaster Surgical Care (TDSC®) für leitende Unfallchirurgen und Chirurgen geschaffen.

1. Terror und Disaster Surgical Care Kurs (TDSC®)

Der TDSC®-Kurs sollte dazu befähigen, die richtigen taktisch-strategischen Entscheidungen in einer Terrorsituation zu treffen und mit den Verletzungsmustern zurecht zu kommen. Denn die Situation nach einem Einsatz von Schusswaffen oder Sprengstoff ähnelt eher der Situation eines Gefechtes im Einsatz der Bundeswehr, als der eines heimischen Unfalls, so Oberstarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert, Leiter der DGU-AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie. „Heute geht es um das Lernen von den „Einsatzchirurgen“. Es ist jedoch ein gegenseitiger Austausch. Die zivile Chirurgie gibt den State of the Art im Heimatland vor. Darauf werden militärische Kenntnisse aufgesattelt. Und diese fließen nun wieder zurück in den zivilen Bereich, damit dieses Spezialwissen Verbreitung findet.“ Damit konnte nun der 5-Punkte-Plan nahezu vollständig in-



Der Präsident der DGU, Prof. Dr. Ingo Marzi, und der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt Dr. Dr. Michael Tempel (v. l.) bei der Unterzeichnung der Absichtserklärung zwischen DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr

© [2] Dirk Bannert / Bundeswehr

Großes Journalisteninteresse am ersten TDSC®-Kurs

Der bundesweit erste TDSC®-Kurs zur Behandlung von Schuss- und Explosionsverletzungen vom 17. bis zum 19. Mai in Frankfurt/Main wurde auch interessiert von den Medien wahrgenommen. Was passiert im Falle eines Terroranschlags? Diese Frage beschäftigt nicht nur die Bevölkerung, sondern auch die Journalisten. Sie wollen wissen, inwieweit Ärzte und medizinische Versorgungseinrichtungen auf die neuen Bedrohungsszenarien vorbereitet sind.

Der Einladung der DGU zum Pressegespräch in Frankfurt/Main folgten 14 Medienvertreter. Vor Ort waren TV, Hörfunk, regionale und überregionale Tageszeitungen – darunter etliche Leitmedien – sowie eine Nachrichtenagentur. Besonders neugierig waren die Medienvertreter darauf, eine Stunde am TDSC®-Kurs teilzunehmen und bei einem Simulationsspiel quasi live in eine reale Terror-situation einzutauchen: Ein Bombenanschlag in der Fußgängerzone mit allen komplexen Folgeprozessen. Neben Beiträgen im Nachrichtenformat gab es auch sehr umfangliche und detaillierte Darstellungen.

Susanne Herda und Swetlana Meier, Öffentlichkeitsarbeit DGU/DGOU

nerhalb eines Jahres umgesetzt werden. Das ist der Grund dafür, am 27. September in Frankfurt am Main eine zweite Notfallkonferenz zum Thema Terror- und Katastrophenvorbereitung abzuhalten. Auf dieser Veranstaltung soll Bilanz gezogen werden, die erarbeiteten Punkte aus dem 5-Punkte-Plan in ihrer Umsetzung und im Ergebnis bewertet werden. Zudem wird es ein Update zur aktuellen Sicherheitslage in Deutschland von versierten Referenten geben, ergänzend wird die Simulationsübung aus dem TDSC® vorgestellt.

Checkliste für Traumanetzwerke

Ein Teil des 5-Punkte-Planes war die Erstellung einer Checkliste zur organisatorischen Vorbereitung für die Traumanetzwerke im Hinblick auf Terrorattentate und Katastrophenszenarien. Diese ist aktuell in Bearbeitung. Grundlage sind einerseits die aktuelle Literatur und die Erfahrungen aus den jüngsten Ereignissen, aber vor allen Dingen auch die aus den Workshops bei den Infoveranstaltungen erarbeiteten Inhalte. Diese Checkliste soll ebenfalls vorgestellt und den Teilnehmern bei der Konferenz ausgehändigt werden. Hiermit wird ihnen die Möglichkeit gegeben, sich im Rahmen der einzelnen Traumanetzwerke und der entsprechenden Kliniken besser auf die Versorgung von Patienten im Rahmen derartiger besonderer Ereignis-

se vorzubereiten. Weiterhin ein wesentlicher und bis dato noch nicht abschließend geklärt Aspekt ist die Herstellung der Sicherheit für Krankenhäuser, wenn es zu entsprechenden Terrorattentaten kommen sollte. Hier steht die AG EKTC nun mit der Bundespolizei und den Landespolizeien in Kontakt, um auch für diesen Aspekt kooperativ Hinweise erarbeiten zu können, die für die Sicherung der Krankenhäuser auf organisatorischer Ebene möglich sind.

Wie vom Bundesinnenminister Thomas de Maizière als auch vom Präsidenten des Verfassungsschutzes mehrfach vorgetragen, ist das Risiko für Terrorattentate in Deutschland weiterhin hoch, so dass es notwendig ist und bleibt, sich mit diesem Thema im Rahmen der Traumanetzwerke intensiv zu beschäftigen. Dazu soll als aktuelles Update die zweite Notfallkonferenz dienen.

Herzstück des 5-Punkte-Plans

Im Hinblick auf den TDSC®-Kurs, der sicherlich ein Herzstück des 5-Punkte-Plans darstellt, ist die Entwicklung für die nächsten Jahre ebenfalls gebahnt. Die Anfragen – bis hin zu In-House-Kursen – steigen stetig. Von Seiten der AG Einsatz-, Katastrophen und Taktische Chirurgie wird hierzu im September eine Klausurtagung abgehalten, um das Kursformat und die Inhalte, nach den Erfahrungen der zunächst durchge-

fürten Kurse weiter zu optimieren. Noch Ende diesen und zum Beginn des kommenden Jahres finden die nächsten TDSC®-Kurse statt, weitere sind für das Jahr 2018 in Planung. Der Mangel an Instruktoren lässt die AG EKTC mit der AUC-Akademie für Unfallchirurgie hierzu im Dezember den ersten Instruktorenkurs TDSC® abhalten. Die Internationalisierung des Kurses wird dann einen weiteren Meilenstein darstellen. Eine entsprechende Kooperation mit der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) ist angestoßen.

Für die Zukunft wird es wichtig sein, die entsprechenden Inhalte und Formate weiterzuentwickeln, um die Vorbereitung der Traumanetzwerke kontinuierlich zu verbessern und die einzelnen Kollegen in die Lage zu versetzen, im Fall der Fälle die richtigen Entscheidungen treffen zu können.

Dr. Gerhard Achatz, OSA
Ulm
Schriftführer der AG EKTC der DGU
Instruktor TDSC®



© G. Achatz

Prof. Dr. Benedikt Friemert, OTA
Ulm
Leiter AG EKTC der DGU
Nationaler Kursdirektor TDSC®



© B. Friemert

Unter Mitwirkung von Susanne Herda und Swetlana Meier, Öffentlichkeitsarbeit DGU/DGOU



Terminhinweis:

Die zweite Notfallkonferenz der DGU findet am 27. September 2017 in Frankfurt/Main statt.

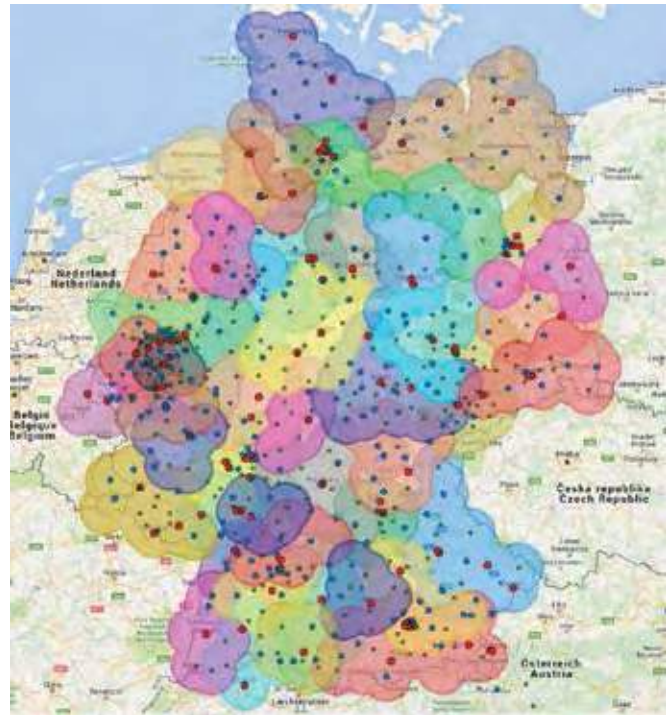
Weitere TDSC®-Kurse: 10.11. - 12.11.2017, 26.1. - 28.1.2018

Unfallchirurgen spannen Notfallnetz

Der DGU ist innerhalb von zehn Jahren mit der Initiative TraumaNetzwerk DGU® die Etablierung einer bundesweit hochwertigen Schwerverletztenversorgung gelungen. Rund 600 Traumazentren erfüllen die Qualitätsvorgaben der DGU und sind in 51 zertifizierten TraumaNetzwerken (TNW) zusammengeschlossen. Die 51. Zertifizierungsurkunde übergab die DGU am 1. Oktober 2015. Das TNW Brandenburg Nord-West mit sechs angegliederten Kliniken macht das Notfallnetz komplett. „Damit bietet die deutsche Unfallchirurgie flächendeckend, 365 Tage im Jahr, rund um die Uhr eine leistungsstarke Versorgung Schwerverletzter. Dieses System ist weltweit bisher einzigartig“, sagt DGU-Generalsekretär Professor Reinhard Hoffmann.

Jährlich erleiden in Deutschland ca. 35.000 Menschen schwere Verletzungen bei Verkehrs-, Arbeits- oder Freizeitunfällen. Ihre Rettung und Behandlung ist ein Wettlauf gegen die Zeit, bei dem jeder Handgriff stimmen muss. Im Jahr 2006 schrieben Unfallchirurgen die optimalen Bedingungen für die Versorgung von Schwerverletzten im Weißbuch Schwerverletztenversorgung fest und gründeten die Initiative TraumaNetzwerk DGU®. Damit sollten die unterschiedlichen Behandlungskonzepte und die Ausstattung an Personal, Geräten und medizinischem Zubehör in Deutschlands Unfallkliniken standardisiert werden. Ziel ist es, jedem Schwerverletzten an jedem Ort zu jeder Zeit bestmögliche Überlebenschancen zu bieten und auch außerhalb von Ballungszentren eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Die Teilnahme der Kliniken an der Initiative führte zu Änderungen in deren Organisations- und Personalstrukturen: beispielsweise wurden Schockraumleitlinien etabliert, Dienstpläne hinsichtlich der Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit eines kompetenten Notfallteams verändert oder Ärzte im Schockraummanagement geschult. In vielen Kliniken wurde zudem die Ausstattung optimiert: beispielsweise Röntgenanlagen und Ultraschallgeräte für den Notfall-Behandlungsraum nachgerüstet, teleradiologische Systeme eingeführt und die Bereitstellung von Instrumenten für Notfalloperation und Blutkonserven vorgenommen.

Die Kliniken werden bei der Qualitätsprüfung in Form einer Vor-Ort-Begehung durch eine unabhängige Zertifizierungsstelle entsprechend ihrer Ausstattung und Kompetenz einer von drei unterschiedlichen Versorgungsstufen zugeordnet. Überregionale Traumazentren verfügen über die Kompetenz zur Behandlung besonders schwerer, komplexer oder seltener Verletzungen. Dazu zählen beispielsweise Verletzungen der Hauptschlagader, Replantation abgetrennter Gliedmaßen oder schwere Gesichtsverletzungen. Die regionalen Traumazentren bieten eine umfassende Notfallversorgung in einem breiten Leistungsspektrum, so beispielsweise auch die Behandlung schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen. Die lokalen Traumazentren hingegen sichern die unfallchirurgische Grund- und Regelversorgung ab. Um regional eine bestmögliche Versorgung zu sichern, kooperieren Traumazentren verschiedener Versorgungsstufen innerhalb eines TraumaNetzwerkes. Durchschnittlich besteht ein TNW aus 14 Kliniken mit acht lokalen, vier regionalen und zwei überregionalen Traumazentren. Das Notfallnetz gewährleistet, dass der Rettungsdienst einen Notfall-Behandlungsraum eines Traumazentrums innerhalb von 30 Minuten erreichen kann – nicht nur in Ballungszentren, sondern auch in dünn besiedelten Gebieten. Das ist insbesondere für lebensgefährlich Verletzte wichtig, denn



AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Grafische Darstellung des Notfallnetzes. Bundesrepublik mit Darstellung der TraumaNetzwerke und Traumazentren

Rot: Überregionales Traumazentrum, Blau: Regionales Traumazentrum, Grün: Lokales Traumazentrum

ihre Überlebenschancen werden mit jeder verstrichenen Minute geringer. Sobald die Klinik-Ärzte den Patienten stabilisiert und außer Lebensgefahr gebracht haben, kann er im Bedarfsfall in eine für sein Verletzungsmuster ideale Klinik weiterverlegt werden. Die Kriterien für die Aufnahme und Weiterverlegung innerhalb eines TNW sind durch Kooperationsverträge klar geregelt und ersparen in zeitkritischen Situationen aufwendige Absprachen. Sie werden in TNW-Qualitätszirkeln regelmäßig überprüft. An diesen nimmt auch der Rettungsdienst teil, der eine wichtige Funktion bei der Auswahl einer geeigneten Klinik übernimmt.

Zur Überprüfung ihrer Behandlungsprozesse erfassen die Traumazentren anonymisierte Patientendaten im TraumaRegister DGU® – es gilt als weltweit umfangreichstes Register für Schwerverletzte und dokumentiert seit der Gründung im Jahr 1993 nahezu 200.000 Fälle. Über den TraumaRegister-Jahresbericht erhalten die Kliniken jedes Jahr eine Rückmeldung über ihre Leistung. Neben der allgemeinen Qualitätssicherung gibt das TraumaRegister zudem Antworten auf wissenschaftliche Fragestellungen zur Fehlervermeidung, Erhöhung der Patientensicherheit und Verbesserung des Behandlungsergebnisses.

Die Initiative TraumaNetzwerk DGU® genießt im In- und Ausland große Anerkennung. Bereits in Österreich und der Schweiz bauen Unfallchirurgen die Netzwerkstruktur nach deutschem Vorbild nach. Dabei konnte 2014 das TNW Salzburg mit acht Kliniken als erstes Netzwerk Österreichs nach den Kriterien der DGU zertifiziert werden. In einigen Bundesländern Deutschlands wird die Initiative bei der Krankenhausbedarfsplanung und Krankenhausfinanzierung berücksichtigt. (PM DGU/sh)

Weitere Informationen unter www.dgu-traumanetzwerk.de

Lebenslauf: Prof. Dr. Paul A. Grützner, Präsident der DGU und DGOU



Prof. Dr. Paul A. Grützner (* 1962) ist im Amtsjahr 2019 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2009 Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie. Darüber hinaus hat Grützner eine Professur an der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg inne.

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte

- Polytraumaversorgung
- Rekonstruktive Gelenkchirurgie
- Becken- und Acetabulumchirurgie
- Endoprothetik großer Gelenke
- Posttraumatische Deformitäten

Klinischer Werdegang

seit 2009

Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

seit 2009

Beratender Arzt der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) (LV Südwest und LV Mitte)

2008-2009

Ärztlicher Leiter des Zentrums für operative Medizin I am Klinikum Stuttgart

2006-2008

Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum Stuttgart (Katharinenhospital)

2005-2006

Geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der BG Unfallklinik Ludwigshafen

1999-2005

Oberarzt an der BG Unfallklinik Ludwigshafen

1996-1999

Assistenzarzt an der BG Unfallklinik Ludwigshafen

1987-1996

Assistenzarzt am Klinikum Worms – Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz

Akademischer Werdegang

seit 2009

Honorar-Professur an der Universität Heidelberg

2006

Lehrauftrag im Fachgebiet Chirurgie der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen

2005

Habilitation im Fach Unfallchirurgie an der BG Unfallklinik Ludwigshafen

1989

Promotion an der Neurochirurgischen Universitätsklinik Mainz

1981-1987

Studium der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und der University of Edinburgh

Fachqualifikationen

- 2008: Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
- 2006: Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Spezielle Unfallchirurgie (neue WBO)
- 2006: Durchgangsarzt
- 2005: ATLS - Zertifikat
- 2000: Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- 1995: Gebietsbezeichnung Unfallchirurgie
- 1993: Facharzt Chirurgie

Ehrenämter

- 2019: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- 2019: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- 2017: Tagungspräsident Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU)
- 2015: Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung
- seit 2010: Stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbands der D-Ärzte (BDD)
- 2007: Präsident der International Society of Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS)
- 2005: Chairman AO Master Course Davos
- Kongress-Sekretär der 68. Jahrestagung der DGU gemeinsam mit der Jahrestagung der DGOOC und des BVOU
- Vorsitzender der AOTK Expert Group „computer integration expert group“ (CIEG)

- Gutachter der Schlichtungsstellen der Landesärztekammern
- Wissenschaftlicher Beirat Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Reviewer diverser nationaler und internationaler wissenschaftlicher Zeitschriften

Mitgliedschaften

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. (VSOU)
- Bundesverband der Durchgangsärzte – stellv. Bundesvorsitzender
- Bund Deutscher Chirurgen (BDC)
- Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU)
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
- Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE)
- Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO International)
- AO Spine, AO Trauma Germany (Mitglied des Beirats)
- Deutsche Gesellschaft für Computer- und Roboterassistierte Chirurgie e.V. (CURAC)
- Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik (DGBMT)
- International Society for Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS)

Auszeichnungen

- 2001 Hap Paul Award der International Society of Arthroplasty

Stand: 2019



BUNDESWEHR

CURRICULUM VITAE

Generaloberstabsarzt Dr. med. Ulrich Baumgärtner
Inspekteur des Sanitätsdienstes



Name	Dr. med. Ulrich Baumgärtner
Geburtsdatum	04. Juli 1960
Familienstand	verheiratet, drei Kinder

Militärischer Werdegang

1980 bis 1986	Studium der Humanmedizin, Heidelberg
1986 bis 1988	Klinische Einweisung Bundeswehrkrankenhaus, Wildbad
1988 bis 1990	Truppenarzt bei der 1. Luftlandedivision, Bruchsal
1990 bis 1991	Weiterbildung am Bundeswehrkrankenhaus, Wildbad
1991 bis 1992	Brigadearzt Luftlandebrigade 25, Calw
1992 bis 1994	Teilnahme am 35. Generalstabslehrgang an der Führungsakademie der Bundeswehr, Hamburg
1994 bis 1995	Sanitätsstabsoffizier und S3 Stabsoffizier im Wehrbereichskommando III / 7. Panzerdivision, Düsseldorf
1995 bis 1996	Dezernat für Konzeption im Sanitätsdienst Heer Heeresunterstützungskommando III, Rheindahlen
1996 bis 1998	Dezernatsleiter für Organisation, Stärke- und Ausrüstungsnachweisung, Infrastruktur, Personal im Sanitätsdienst des Heeres, Heeresunterstützungskommando III, Rheindahlen
1998 bis 2001	Referent für Konzeption des Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Führungsstab des Sanitätsdienstes im Bundesministerium der Verteidigung II 1, Bonn
2001 bis 2003	Divisionsarzt der Division Spezielle Operationen, Regensburg; dabei Medical Advisor der NATO Allied Mobile Force, Heidelberg
2003 bis 2005	Medical Advisor Joint Force Command Headquarter, Brunssum
2005 bis 2008	Abteilungsleiter G3 im Sanitätsführungskommando, Koblenz
2008 bis 2010	Chef des Stabes im Sanitätsführungskommando, Koblenz
2010 bis 2012	Kommandeur Kommando Schnelle Einsatzkräfte des Sanitätsdienstes, Leer
2013 bis 2014	Abteilungsleiter B im Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr, Koblenz
Juli 2014 bis Dezember 2015	Unterabteilungsleiter Führung Streitkräfte II im Bundesministerium der Verteidigung
2016 bis 2018	Kommandeur Sanitätsdienstliche Einsatzunterstützung, Weißenfels
seit 25.09.2018	Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und Befehlshaber Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr, Koblenz

WWW.BUNDESWEHR.DE

SANITÄTSDIENST

Auslandseinsätze

2003	KFOR
2004	ISAF
2005	KFOR

Orden und Ehrenzeichen

1997	Ehrenkreuz der Bundeswehr in Silber
2001	Ehrenkreuz der Bundeswehr in Gold
2003	Einsatzmedaille der Bundeswehr KFOR
2004	Einsatzmedaille der Bundeswehr ISAF
2005	Einsatzmedaille der italienischen Streitkräfte KFOR

Qualifikationen

1986	Approbation als Arzt
1987	Promotion zum Dr. med.
1992	Zusatzbezeichnung Chirotherapie
1992	Zusatzbezeichnung Sportmedizin
1997	Facharzt für Allgemeinmedizin

Lebenslauf: Oberstarzt Prof. Dr. med. Benedikt Friemert



Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Septische und Rekonstruktive Chirurgie, Sporttraumatologie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Leiter der AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats seit 2016

Akademischer Lebenslauf/Beschäftigungsverhältnisse:

01.07.1983

Eintritt in die Bundeswehr als Wehrpflichtiger

01.01.1985

Übernahme als Sanitätsoffizieranwärter

1986 – 1992

Studium der Humanmedizin an der Universität zu Köln

03.12.1992

3. Staatsexamen der Humanmedizin

12/1992 – 01/1995

Assistenzarzt Chirurgie am Bundeswehrkrankenhaus Hamm, (Oberstarzt Dr. Leist)

21.04.1993

Promotion (Thema: Die postoperative Patella baja (Häufigkeit – Entstehung – Klinische Relevanz))

17.06.1994

Approbation

25.01.1995

Zusatzbezeichnung Sportmedizin

02/1995 – 03/1997

Truppenarzt TrspBtl 420, Burg/Magdeburg

04/1997 – 09/2004

Assistenzarzt am Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Abt. Chirurgie (Oberstarzt Prof. Dr. H. Gerngroß)

17.10.2000

Facharzt für Chirurgie

01.04.2001

Oberarzt der Chirurgischen Abteilung BWK Ulm (Oberstarzt Prof. Dr. H. Gerngroß)

01.01.2003

Stellv. Leiter Sektion Unfallchirurgie der Chirurgischen Abteilung Bundeswehrkrankenhaus Ulm
(Oberstarzt Prof. Dr. H. Gerngroß)

24.10.2003

Ernennung zum Ausbildungsleiter der DEGUM Sektion Chirurgie

10/2004 – 12/2005

Oberarzt der Abteilung Unfallchirurgie am Klinikum Rechts der Isar (Chefarzt Prof. Dr. MA. Scherer),
Chirurgische Klinik der TU München

01 – 12/2005

Leitender Oberarzt der Abteilung Unfallchirurgie am Klinikum Rechts der Isar (Chefarzt Prof. Dr. MA
Scherer), Chirurgische Klinik der TU München

01.12.2005

Schwerpunkt Unfallchirurgie

14.12.2005

Habilitation für das Fachgebiet Chirurgie an der Technischen Universität München (Thema: Die Short
and Medium Latency Response der Hamstrings nach einer ventralen Tibiatranslation als Korrelat der
funktionellen Kniegelenksinstabilität – Reliabilisierung einer Testmethode und Veränderungen nach
Kreuzbandverletzungen)

13.01.2006

Ernennung zum Privatdozenten an der TU München

01/2006 – 09/2007

Stellv. Leiter der Sektion Unfallchirurgie der Chirurgischen Abteilung im Bundeswehrkrankenhaus
Ulm (Oberstarzt Prof. Dr. H. Gerngroß, ab 2006 Dr. R. Steinmann)

24.05.2007

Facharztprüfung zum FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

10/2007 – 11/2009

Lt. Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm
(Oberstarzt Dr. R. Steinmann)

10.06.2008

Umhabilitation und Erteilung der Lehrbefugnis an der Universität Ulm für das Fach Chirurgie

13.11.08

Berufung auf die Chefarztposition der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am
Bundeswehrkrankenhaus Ulm zum 01.12.2009

seit 01.12.2009

Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Septische und Rekonstruktive Chirurgie, Sporttraumatologie am BWK Ulm

18.02.2010

Ernennung zum Außerplanmäßigen Professor der Universität Ulm im Fachgebiet Chirurgie

seit 4/2013

Geschäftsführender Arzt des Chirurgischen Zentrums des Bundeswehrkrankenhauses Ulm

seit 1/2015

Fachgebietsleiter für die Unfallchirurgie/Orthopädie in der Konsiliargruppe Chirurgie des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

seit 1/2016

Koordinator für Forschung und Lehre am Bundeswehrkrankenhaus Ulm

seit 1/2017

Mitglied im Direktorium am Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeit:

- Traumaversorgung
- Taktisch-strategische Chirurgie, Katastrophenchirurgie, Einsatzchirurgie
- Neurophysiologische Störungen des Bewegungsapparates
- Ultraschall

Funktionen in wissenschaftlichen Gesellschaften und Institutionen:

2010 – 2013

Vorsitzender der AG Ultraschall der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

2013 - 2019

Vorsitzender der AG Einsatz-, Katastrophen-, und Taktische Chirurgie (EKTC) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

2016 - 2018

Mitglied des nichtständigen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

seit 01/2011

Mitglied des Beirates des Traumanetzwerkes der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie als Vertreter des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

seit 08/2016

Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer

ab 01/2020

Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (3. Vizepräsident der DGU)

Auszeichnungen:

- Bundeswehrverdienstkreuz in Silber

Auslandseinsätze:

1996 (4 Monate)	Kroatien (SFOR)
11/2000 - 01/2001	Prizren (KFOR)
03/2003 - 05/2003	Prizren (KFOR)
01/2004 - 03/2004	Djibuti, Horn von Afrika (OEF)
01/2006 - 03/2006	Mazar e Sharif, Afghanistan (ISAF)
06/2007 - 07/2007	Mazar e Sharif, Afghanistan (ISAF)
05/2008 - 06/2008	Feyzabad, Afghanistan (ISAF)
03/2009 - 04/2009	Feyzabad, Afghanistan (ISAF)
12/2010 - 01/2011	Kunduz, Afghanistan (ISAF)
11/2013 - 12/2013	Mazar e Sharif, Afghanistan (ISAF)
02/2016 - 04/2016	Mazar e Sharif, Afghanistan

Stand: 2019

Lebenslauf: Prof. Dr. Dietmar Pennig, Generalsekretär der DGU und stellv. Generalsekretär der DGOU



Prof. Dr. Dietmar Pennig (* 1955) ist seit 2018 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Prof. Pennig ist Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals in Köln.

WEITERBILDUNG

Pathologie, Gerhard-Domagk-Institut für Pathologie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
(Prof. Dr. E. Grundmann) 1982/1983

Unfallchirurgie und Handchirurgie
Klinik und Poliklinik für Unfall- und Handchirurgie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
(Prof. Dr. E. Brug) 1983-1985

Chirurgie
Klinik und Poliklinik für Allgemeine Chirurgie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
(Prof. Dr. H. Bünthe) 1985-1988

Unfallchirurgie und Handchirurgie
Klinik und Poliklinik für Unfall- und Handchirurgie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
(Prof. Dr. E. Brug) 1988-1990

HABILITATION

Lehrbefugnis für Unfallchirurgie und Handchirurgie
28.06.1990
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

STIPENDIEN

Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD)
für Großbritannien 1979/80
Thyssen-Stiftung 1981/82

LETZTE POSITIONEN

Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Unfall- und Handchirurgie
(Direktor: Prof. Dr. E. Brug)
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
1988-1990

Gastdozentur an der Iran University of Medical Science
Shafa Orthopaedic Hospital Teheran (Iran)
Schwerpunkt: Rekonstruktive Chirurgie

Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie/Orthopädie,
Hand- und Wiederherstellungschirurgie
St. Vinzenz-Hospital
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
seit 01.01.1992

Ärztlicher Direktor
seit 2004

PROFESSUR

20.02.1997
Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

2002
Umhabilitation an die Albertus-Magnus-Universität zu Köln

BERUFSPOLITISCHE AKTIVITÄTEN

- Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e.V. (VLOU)
1. + 2. Bundesvorsitzender (bis 2018)
- Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC)
Referatsleiter Unfallchirurgie/Orthopädie (bis 2018)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Präsidiumsmitglied (seit 2007)
Generalsekretär seit 01.01.2018

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Gründungsmitglied; Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes
Generalsekretär ab 01.01.2020

MITGLIEDSCHAFTEN IN FACHGESELLSCHAFTEN

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
- Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Forschung
- Société Française de Chirurgie, Orthopédique et Traumatologique

- International Society for Fracture Repair
(Gründungsmitglied)
 - Gerhard Küntscher Kreis
 - Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft Handchirurgie
 - Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
 - Arbeitsgemeinschaft Obere Extremität e.V. (AGOE)
(Stellvertr. Vorsitzender)

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
 - Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE)
 - Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
 - Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

EHRENMITGLIED

- South African Orthopaedic Association
- Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatologia
- Serbian Orthopedic-Traumatologic Associaten

WISSENSCHAFTLICHE MITARBEIT IN ZEITSCHRIFTEN UND VERLAGEN

- OUMN: Schriftleiter
- Der Unfallchirurg: Herausgeber
- La Chirurgia Degli Organi di Movimento (Italien)
- Osteosynthese International
- INJURY (England)
- Co-Editor mit C. Court-Brown:
MUSCULOSKELETAL TRAUMA
Butterworth-Heinemann Verlag (England)
- Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Der Chirurg

BEIRATSMITGLIED

- Der Chirurg (Springer-Verlag GmbH)

VERÖFFENTLICHUNGEN

- Über 250 Veröffentlichungen in nationalen und internationalen Zeitschriften und Büchern

Köln, 21.11.2019

Prof. Dr. Dietmar Pennig