



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

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

Terror and Disaster Surgical Care (TDSC®)

Unfallchirurgen geben Einblicke in ersten Kurs zur Terror- und Katastrophen-Chirurgie

Freitag, 19. Mai 2017, 9:00 bis 9:45 Uhr
Universitätsklinikum Frankfurt,
Haus 10A, 3.OG, Raum 314,
Theodor-Stern-Kai 7
60509 Frankfurt

Themen und Referenten:

1. Status quo 5-Punkte-Plan: Wie gut sind wir für die Versorgung von Schwerverletzten nach einem Terroranschlag gerüstet?

Professor Dr. Ingo Marzi, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU);
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main

2. Das Umdenken in der Terrorlage lernen: Unfallchirurgen starten bundesweite Kurse zur Terror- und Katastrophen-Chirurgie

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, Bundeswehrkrankenhaus Ulm

3. DGU und Bundeswehr im Schulterschluss: Welche Partner wir noch benötigen

Professor Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU);
Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) Frankfurt am Main

Moderation: Susanne Herda, DGU-Pressestelle

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



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

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

Terror and Disaster Surgical Care (TDSC®)

Unfallchirurgen geben Einblicke in ersten Kurs zur Terror- und Katastrophen-Chirurgie

Freitag, 19. Mai 2017, 9:00 bis 9:45 Uhr

Universitätsklinikum Frankfurt,

Haus 10A, 3.OG, Raum 314,

Theodor-Stern-Kai 7

605 Frankfurt

Inhalt:

- DGU-Pressemitteilung vom 19.05.2017
- TDSC®-Kursplan
- Redemanuskripte von Prof. Dr. Ingo Marzi und Prof. Dr. Benedikt Friemert
- Lebensläufe der Referenten

Zusatzmaterial:

- DGU-Pressemitteilung vom 18.01.2017: Terrorgefahr: Mediziner fordern Ausstattung von Rettungswagen mit Tourniquets
- 5-Punkte-Plan der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. und der Bundeswehr
- DGU-Pressemitteilung vom 27.09.2016: Terrorgefahr in Deutschland: Unfallchirurgen ergreifen Maßnahmen für den Ernstfall
- „Auf Terroranschläge vorbereitet sein“, Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten, April 2017
- „Notfallkonferenz zum Thema Terroranschläge“, Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten, Dezember 2017
- „Für eine breite notfallchirurgische Kompetenz in Katastrophensituationen“, Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten, April 2014

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



Pressemitteilung

Erster TDSC®-Kurs zur Terror- und Katastrophenchirurgie

Unfallchirurgen starten neues Kursformat zur medizinischen Versorgung im Terrorfall

Frankfurt, 19.05.2017: Die [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.](#) (DGU) startet heute ein neues Kursformat zur Behandlung von Schuss- und Explosionsverletzungen nach einem Terroranschlag. Der neue Kurs zur Terror- und Katastrophenchirurgie mit dem Titel [„Terror and Disaster Surgical Care“ \(TDSC®\)](#) richtet sich an erfahrene Unfallchirurgen und Chirurgen an deutschen Kliniken, die mit der medizinischen Herausforderung bei Terrorlagen in Zukunft konfrontiert werden könnten. „Unfallchirurgen müssen im Katastrophenfall andere Prioritäten als in der Regelversorgung setzen. Der Kurs übt das Umdenken in der Terrorlage. Auch wenn wir hoffen, dass es nicht nötig sein wird, wollen wir vorbereitet sein, um im Ernstfall möglichst viele Patienten bestmöglich zu behandeln“, sagt DGU-Präsident Professor Dr. Ingo Marzi. DGU-Experten haben das Kurskonzept heute bei einem Pressegespräch in Frankfurt am Main vorgestellt und Einblicke in den ersten TDSC®-Kurs gegeben.

Der Massenanfall von Verletzten im Terrorfall (TerrorMANV) unterscheidet sich von einem MANV, wie beispielsweise nach einer Massenkarambolage auf der Autobahn. Die besondere Gefahrenlage und stark blutende Schuss- und Explosionsverletzungen verlangen am Anschlagort und im Krankenhaus ein besonderes Management. Der zweieinhalbtägige TDSC®-Kurs vermittelt unter anderem Kenntnisse über den Einsatz auf gefährlichem Terrain, wesentliche Aspekte der Wundballistik, Besonderheiten zur Versorgung der speziellen Verletzungsmuster, wichtige Entscheidungsalgorithmen und Maßnahmen zur Schadensbegrenzung und -regulierung (Damage Control). Das Kurs-Curriculum wurde von der DGU-AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC) entwickelt – dabei wirkten Experten des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ganz wesentlich mit. Oberstarzt Professor Dr. Benedikt Friemert und AG-EKTC-Leiter sagt: „Durch den engen Schulterschluss zur Bundeswehr sind wir in der Lage, hochspezialisiertes Wissen aus der Einsatzchirurgie an zivile Mediziner weiterzugeben.“

Die Teilnehmer erörtern die besonderen Szenarien bei terroristischen Anschlägen: Die hohe Anzahl lebensgefährlich verletzter Menschen, manchmal zeitgleich an mehreren Anschlagorten, die unbekannte Dauer eines Anschlags und unkalkulierbare Gefahrensituationen verlangen andere taktische Vorgehensweisen bei der Rettung, als auch bei der Versorgung von Terroropfern in den spezialisierten Traumazentren der Initiative [TraumaNetzwerk DGU®](#). Experten vermitteln dabei wichtige Kriterien – mit deren Hilfe erlernen die Teilnehmer, wie sie unter Beachtung ihres eigenen Schutzes möglichst vielen Menschen das Leben retten und die Betroffenen in einer Ausnahmesituation dennoch individualmedizinisch versorgen können.

Im Zentrum des Kurses steht eine Simulationsübung in Form eines Spiels. In verschiedenen Fallsimulationen werden die Teilnehmer mit einem Massenanfall von Verletzten infolge eines Terroranschlags (TerrorMANV) konfrontiert. Unter möglichst realitätsnahen Bedingungen trainieren die Teilnehmer ihre Entscheidungskompetenz in einer Terrorlage: Welcher Patient bekommt in welcher Reihenfolge welche Operation mit welchem Material. Friemert sagt: „Schwere Schuss- und Explosionsverletzungen wie auch das Arbeiten mit reduzierten Ressourcen spielen in der täglichen Versorgung bei uns in Deutschland bisher kaum eine Rolle. Daher ist es wichtig, dass wir diesen Kurs entwickelt haben, um nach den Erfahrungen aus Paris, Brüssel und Berlin für den Ernstfall gut aufgestellt zu sein.“



In dem Kurs thematisieren die Schulungsleiter zudem organisatorische Inhalte, wie beispielsweise den Krankenhaus-Alarmplan im Terrorfall. Immer wieder fordert die DGU die regelmäßige Überprüfung, Aktualisierung und Anpassung von Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplänen. Dabei raten die DGU-Experten, die bestehenden Krankenhaus-Alarmpläne für den Massenanfall von Verletzten um Aspekte bei extremen Gefahrenlagen wie Terrorattentaten zu ergänzen. DGU-Generalsekretär Professor Dr. Reinhard Hoffmann sagt: „Hierbei muss auch die enge Verzahnung mit den verantwortlichen Behörden sichergestellt werden. Die Vorhaltung eines Notfall-Kontingents an OP-Material und regelmäßige Notfallübungen müssen berücksichtigt und finanziell abgesichert sein. Dazu benötigen wir mehr Unterstützung von der Politik.“

Der Kurs durchlief eine halbjährige Pilotphase und wird zukünftig in Zusammenarbeit mit Experten anderer medizinischer Fachdisziplinen durchgeführt. Maßgeblich beteiligt sind die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV). Da Verletzungen nach Terroranschlägen vor allem durch schwere Blutungen bedrohlich sind, sind auch Mediziner der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) eingebunden. Zudem bringen Vertreter der Sanitätsakademie der Bundeswehr ihre Expertise zu atomaren, biologischen und chemischen Waffen (ABC-Waffen) ein.

Hintergrund:

Die Bedrohung durch den globalen Terrorismus ist aktuell eine große Herausforderung, denn die Wahrscheinlichkeit terroristischer Anschläge nimmt in Deutschland 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.

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 der Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen. 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 und nachhaltig weiter zu entwickeln.

Die DGU kümmert sich damit als erste medizinische Fachgesellschaft in Deutschland darum, dass das nötige Wissen zur medizinischen Versorgung von Terroropfern strukturiert zusammengetragen und nutzbar gemacht wird. Sie hat dazu im engen Schulterschluss mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr im September 2016 auf der ersten Notfallkonferenz der DGU einen [5-Punkte-Plan](#) vorgelegt. Der TDSC-Kurs ist ein wichtiger Meilenstein im 5-Punkte-Plan.

Terminhinweis:

28. September 2017: 2. Notfallkonferenz der DGU in Frankfurt am Main

Weitere Informationen:

www.tdsc-kurs.de



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

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 -00

Fax: +49 (0) 30 – 340 60 36 21

E-Mail: presse@dgou.de

www.dgu-online.de

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



TDSC® - Terror and Disaster Surgical Care

im Universitätsklinikum Frankfurt am 17.-19.05.2017

Tag 1: 17.05.2017

Universitätsklinikum Frankfurt, Haus 10A (2. OG) Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt

08:00 - 08:20 **Registrierung**

BLOCK 1

08:20 - 10:00 Einführung ins Thema Grundlagen, Ziel des Kurses, Einführung Simulationsübung

10 min - Friemert

Begrüßung

30 min - Friemert

Was ist anders beim TerrorMANV - Dynamische Lagen

30 min - Franke

Was ist anders beim TerrorMANV - Medizinische Anforderungen

30 min - Josse

Prälinik beim Terror

10:00 - 10:15 **Kaffeepause**

BLOCK 2

10:15 - 12:00 **1.Simulationsübung**

45 min - Alle

Einführung

45 min - Alle

Simulationsübung

15 min - Alle

Besprechung

12:00 - 13:15 **Mittagspause**

BLOCK 3

13:15 - 14:45 **Prälinik, innerklinische Sichtung, Schockraum**

30 min - Kleber

Innerklinische Sichtung beim Terror

15 min - Kleber

Fallbeispiel mit TED

30 min - Achatz

Schockraum - müssen wir anders handeln?

15 min - Achatz

Fallbeispiel mit TED

14:45 - 15:00

Kaffeepause

BLOCK 4

15:00 - 16:30

Explosionsverletzungen

30 min - Bieler

Kinematik von Explosionen und Pathophysiologie von Explosionsverletzungen

30 min - Bieler

Therapieprinzipien von Explosionsverletzungen

30 min - Bieler

Fallbeispiele mit TED

16:30 - 16:45

Kaffeepause

BLOCK 5

16:45 - 18:15

Wundballistik und ballistisches Trauma

30 min - Hauer

Grundlagen der Wundballistik

30 min - Hauer

Therapieprinzipien von Schuss- und Splitterverletzungen

30 min - Hauer

Fallbeispiele mit TED

Kursdinner um 19:00 im Depot1899, Textorstr. 33, 60594 Frankfurt

Tag 2: 18.05.2017

Universitätsklinikum Frankfurt, Haus 10A (2. OG) Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt

BLOCK 6

08:15 - 09:45

2. Simulationsübung

75 min - Alle

Simulationsübung

15 min - Alle

Besprechung

09:45 - 10:00

Kaffeepause

BLOCK 7

10:00 - 13:25

Taktisch-strategische Entscheidung DSC oder TASC usw.

20 min - Josse

Damage Control Resuscitation

10 min - Josse

Fallbeispiel

20 min - Horter

Damage Control Burns

10 min - Horter

Fallbeispiel

20 min - Achatz

Damage Control Orthopedics

10 min - Achatz

Fallbeispiel

11:30 - 11:45

Kaffeepause

20 min - Hinck

Damage Control Vascular

10 min - Hinck

Fallbeispiel

30 min Schwab

Damage Control Surgery

10 min Schwab

Fallbeispiel

30 min - Kehe

ABC-Lagen

13:25 - 14:15

Mittagspause

BLOCK 8

14:15 - 15:30

3. Simulationsübung

75 min - Alle

Simulationsübung

15 min - Alle

Besprechung

15:30 - 15:45

Kaffeepause

BLOCK 9

15:45 - 17:15

Intensivmedizin

30 min - Horter

Intensivtherapie bei Verbrennungen

30 min - Josse

Therapie Hämorrhagie bei Schuss- und Explosionsverletzungen

30 min - Franke

Intensivmedizinische Aspekte bei Explosionsverletzungen

Tag 3: 19.05.2017

Universitätsklinikum Frankfurt, Haus 10A (2. OG) Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt

BLOCK 10

08:00 - 09:30

Vorbereitung des Krankenhauses

30 min - Kleber

Krankenhausalarmplan beim Terror - was ist anders

30 min - Kleber

Vorbereitung des Traumanetzwerkes beim Terror

30 min - Kleber

Sicherung des eigenen Krankhauses - mit einfachen Mitteln

09:30 - 10:00

Kaffeepause

BLOCK 11

10:00 - 11:30

4. Simulationsübung

60 min - Alle

Simulationsübung

30 min - Alle

Besprechung

11:30 - 11:45

Abschlussbesprechung, Zertifikat usw.

Friemert

Statement von Professor Dr. Ingo Marzi

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU);
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main
anlässlich des Pressegesprächs
„Unfallchirurgen geben Einblicke in ersten Kurs zur Terror- und Katastrophen-Chirurgie“
am 19. Mai 2017 in Frankfurt am Main

Status quo 5-Punkte-Plan: Wie gut sind wir für die Versorgung von Schwerverletzten nach einem Terroranschlag gerüstet?

TraumaNetzwerk DGU® – eine weltweit einzigartige Versorgungsstruktur

Im TraumaRegister DGU® (TR-DGU) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) wurden für 2015 über 30.000 verletzte Patienten dokumentiert. Sie wurden nach einem schweren Unfall über den Schockraum eines Traumazentrums eingeliefert und mussten intensivmedizinisch behandelt werden. Die aufwändige Behandlung dieser Verletzten erfolgt in einem gestuften Versorgungskonzept mit lokalen, regionalen und überregionalen Traumazentren. Dieses Konzept bzw. die optimalen Bedingungen für die Versorgung von Schwerverletzten haben Unfallchirurgen im Weißbuch Schwerstverletztenversorgung 2006 erstmals definiert und im Rahmen der Qualitätsinitiative TraumaNetzwerk DGU® ab 2008 umgesetzt. Innerhalb von nur zehn Jahren ist der DGU damit die Etablierung einer bundesweit hochwertigen Schwerverletztenversorgung gelungen. Dieses Weißbuch wird derzeit auf die heutige Situation und die aktuellen Gegebenheiten aktualisiert. Das Wesentliche am TraumaNetzwerk DGU® ist die Vernetzung der über 600 auditierten Kliniken zu regionalen Traumanetzwerken. Mittlerweile ist die gesamte Bundesrepublik flächendeckend mit über 50 regionalen Traumanetzwerken überzogen. Von besonderer Bedeutung bei der Schwerverletztenversorgung ist die S3-Leitlinie Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung. Die kürzlich erschienene 2. Auflage (2016) der über 400-seitigen Leitlinie dokumentiert aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und gibt über 250 Empfehlungen zur Versorgung von Patienten mit einem Polytrauma – vom Unfallort über den Schockraum bis hin in den OP.

Medizinische Versorgung nach Terroranschlägen: Kliniken müssen sich darauf einstellen

Die Bedrohung durch Terroranschläge stellt die deutsche Unfallchirurgie vor neue Herausforderungen: Zum einen unterscheiden sich Schuss- und Explosionsverletzungen durch die Energie und Blutungsgefahren von den bekannten zivilen Verletzungen deutlich. Zum anderen müssen Rettungsdienste und Klinikpersonal auf den Einsatz auf gefährlichem Terrain neu eingestellt werden: Rettung unter Gefahrenlage, akute, präklinische Blutstillung (Tourniquet), klinikinterne

Ablaufübungen unter Akutbedingungen, erhöhte Infektionsgefahren und Anpassung der Therapieverfahren.

Die DGU kümmert sich als verantwortliche medizinische Fachgesellschaft in Deutschland darum, dass das nötige Wissen zur medizinischen Versorgung von Terroropfern strukturiert zusammengetragen und nutzbar gemacht wird. Sie hat dazu im engen Schulterschluss mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr im September 2016 auf der ersten Notfallkonferenz der DGU einen 5-Punkte Plan (siehe Anlage) vorgelegt, der bereits zu großen Teilen umgesetzt wurde:

1. Am 28.09.2016 fand die erste Notfallkonferenz zum Thema „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“ in Berlin statt. Diese Notfallkonferenz schaffte den Auftakt für einen langfristigen, strukturierten Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen der DGU und der Bundeswehr. Die 2. Notfallkonferenz findet am 28.9.2017 in Frankfurt am Main statt.
2. Über die Netzwerk-Struktur der Initiative TraumaNetzwerk DGU® hat die DGU begonnen, künftig dringend nötige Erkenntnisse über die medizinische Versorgung von Terroropfern in allen Traumazentren zu etablieren. Dazu fanden im ersten Quartal 2017 vier Regionalkonferenzen statt: in München, Koblenz, Hamburg und Leipzig. Im Rahmen dieser jeweils eineinhalbtägigen Informationsveranstaltungen wurden an den vier Standorten die regionalen Sprecher der Traumanetzwerke der DGU, die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst sowie andere wichtige Vertreter der Hilfsdienste mit dem Themenkomplex „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“ vertraut gemacht.
Die Informationen werden derzeit in den Traumanetzwerken weiter kommuniziert. (Siehe auch Anlage Bericht „Auf Terroranschläge vorbereitet sein“)
3. Ein wichtiger Meilenstein im 5-Punkte-Plan ist unser neues Kursformat zur Behandlung von Schuss- und Explosionsverletzungen nach einem Terroranschlag. Der neue Kurs zur Terror- und Katastrophenchirurgie mit dem Titel „Terror and Disaster Surgical Care“ (TDSC®) richtet sich an erfahrene Unfallchirurgen und Chirurgen an deutschen Kliniken, die mit der medizinischen Herausforderung bei Terrorlagen in Zukunft konfrontiert werden könnten. Der Kurs findet nach einer halbjährigen Pilotphase aktuell erstmals in Frankfurt statt.
4. Das TraumaRegister DGU® zur Erfassung von Schwerverletzten wird um ein Schuss- und Explosionsregister erweitert. Diese Erweiterung des jährlich fast 30.000 Verletzte umfassenden Registers wird für diese Verletzungsarten gerade durch ein separates Modul erweitert.
5. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) vertieft ihre strategische Zusammenarbeit mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr und der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

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.

(Es gilt das gesprochene Wort, Frankfurt am Main, 19.5.2017)



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

„Unfallchirurgen geben Einblicke in ersten Kurs zur Terror- und Katastrophen-Chirurgie“
am 19. Mai 2017 in Frankfurt am Main

Neuer Kurs „Terror and Disaster Surgical Care“ (TDSC®): Versorgung von Terroropfern verbessern

In den letzten Jahren beobachten wir eine Zunahme terroristischer Anschläge, sowohl in unserem europäischen Umfeld als auch in Deutschland. Bei diesen Anschlägen werden viele Menschen zum Teil schwer verletzt, eine erhebliche Anzahl kommt gar zu Tode. Betrachtet man die Verletzungsmuster wie auch die Anschlagsszenarien, dann zeigen diese mehr Ähnlichkeiten mit Situationen eines Gefechtes im Einsatz der Bundeswehr, als mit denen eines heimischen Unfalls.

Dabei stellt schon die Behandlung schwerverletzter Patienten bei herkömmlichen Unfällen das Rettungssystem und die behandelnden Kliniken zum Teil vor erhebliche Anforderungen, fachlich wie organisatorisch. Hier hat sich die Initiative TraumaNetzwerk DGU® sehr bewährt. Ein Unfall hier in Deutschland ist in der Regel eine Situation zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem bestimmten Ort. Meist entstehen sogenannte stumpfe Verletzungen, wie sie für Unfälle der Zivilgesellschaft typisch sind.

Bei terroristischen Anschlägen sieht das anders aus. Hier sind die Szenarien nicht vorhersehbar. Es können mehrere Orte betroffen sein, alle gleichzeitig oder zeitlich versetzt. Der Anschlag ist punktuell oder er erstreckt sich über einen längeren Zeitraum. Die Art des Anschlages ist nicht kalkulierbar, was seitens der Terroristen auch so gewollt ist. Gleichzeitig werden in der Regel Schusswaffen oder Sprengsätze bei den Anschlägen eingesetzt, so dass es zu den für Kampfhandlungen typischen penetrierenden Verletzungsmustern bis hin zur sogenannten Blast-Injuries kommt. Diesbezüglich ist es möglich, dass die medizinischen Kapazitäten der Versorgungseinrichtungen schnell überschritten werden.

All dies kennen wir Sanitätsoffiziere der Bundeswehr aus unseren Einsätzen. Wir sind es gewohnt, mit derartigen Szenarien umzugehen, wir kennen uns mit diesen Verletzungen aus, und wir sind es gewohnt, mit reduzierten Mitteln zu arbeiten, wie es bei einem Massenanfall von Verletzten bei einem terroristischen Anschlag notwendig werden kann.



All die Besonderheiten bei einem Anschlag sind in der Zivilgesellschaft hier in Deutschland zum Glück weitestgehend nicht mehr bekannt. Daher erscheint es nur logisch, dass die Fähigkeiten und Kenntnisse des Sanitätsdienstes der Bundeswehr mit den Fähigkeiten des zivilen Gesundheitssystems, insbesondere des TraumaNetzwerk DGU®, zusammengeführt werden. Wir müssen in Deutschland wieder lernen, mit diesen Verletzungsmustern und Anschlagsszenarien umzugehen. Wir als Sanitätsoffiziere der Bundeswehr geben deshalb unser Wissen, welches wir in unseren Einsätzen erworben haben, nun wieder an das medizinische System in Deutschland weiter.

TDSC®-Kurs ist ein wichtiger Meilenstein im 5-Punkte-Plan

Um das zu realisieren, hat die DGU bei der 1. Notfallkonferenz im September 2016 einen 5-Punkte-Plan vorgestellt. Ein wesentlicher Teil dieses Plans ist die Etablierung eines TDSC®-Kurses, der die oben geforderten Inhalte vermittelt und schult, besser noch trainiert. Dieser Kurs wurde nach einer Erprobung in zwei Pilotkursen in den letzten drei Tagen nun erstmalig durchgeführt. Ausgerichtet und organisiert wird dieser Kurs durch die AUC – Akademie der Unfallchirurgie (AUC), sie bietet auch die bekannten ATLS® - und DSTC®-Kurse an.

Ziel dieses Kurses ist es, erfahrenen Chirurgen – denn diese sind die Entscheidungsträger in einer solchen Situation – folgende Inhalte zu vermitteln:

1. Die Behandlung der besonderen Verletzungsmuster wie Schuss- und Explosionsverletzungen,
2. die Entscheidungsalgorithmen zu den taktisch-strategischen Entscheidungen auf medizinischem Gebiet (z.B. Arbeiten mit reduzierten Mitteln) und
3. organisatorische Fragen (z.B. Organisation des Traumanetzwerks mit seinen Traumazentren, Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit THW, Polizei, Politik usw.).

Der Schwerpunkt dieses Kurses besteht neben der Vermittlung der besonderen Wissensinhalte vor allem darin, zu erlernen, wie und nach welchen Kriterien zwischen verschiedenen

Versorgungsstrategien der Patientenversorgung unterschieden und gewechselt werden muss, um im Rahmen von Terrorszenarien möglichst vielen Menschen das Leben zu retten. Gleichzeitig gilt es, ein nach individualmedizinischen Gesichtspunkten ausgerichtetes, möglichst optimales Ergebnis zu erreichen, wissentlich, dass dieses nicht immer erreichbar ist. Der Teilnehmer soll lernen, sich in diesem Spannungsfeld zu bewegen. Um diese Entscheidungsprozesse zu üben und zu trainieren, ist ein Simulationsspiel entwickelt worden, welches im Anschluss an das Pressegespräch offen für Journalisten ist.



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

Die DGU und die AUC möchten in Kooperation mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr mit diesem Kurs zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Sie knüpfen damit an das seit Jahren bestehende TraumaNetzwerk DGU® an, welches eine hervorragende flächendeckende Versorgung der schwerverletzten Patienten in Deutschland sicherstellt. Der TDSC®-Kurs stellt im Rahmen dieser Versorgung eine wesentliche Ergänzung dar, um für die spezifische Situation einer TerrorMANV bestmöglich gerüstet zu sein.

(Es gilt das gesprochene Wort, Frankfurt am Main, 19.5.2017)

Lebenslauf: Prof. Dr. Ingo Marzi, Präsident der DGU und DGOU



Prof. Dr. Ingo Marzi (* 1959) ist seit Januar 2017 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2001 Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt der Goethe-Universität, wo er auch eine Professur innehat.

Marzi war 2012 Präsident der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) und leitete 2014 als Präsident den World Trauma Congress.

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte

- Translationale Polytraumaforschung: Frühdiagnostik inflammationsbedingter System-Reaktionen, Mikrozirkulationsstörungen und Organversagen
- Experimentelle und klinische Studien zur Knochenregeneration und Stammzelltherapie
- Wundheilung, Gewebeersatz und Infektsanierung
- Kindertraumatologie
- Wirbelsäulentraumatologie

Klinischer Werdegang

Seit 2001	Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt
1999 – 2001	Kommissarischer Direktor der Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes
1996 – 1999	Leitender Oberarzt der Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes
1986 – 1996	Assistenz- und Oberarzt der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums des Saarlandes
1985 – 1986	Assistenzarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhaus St. Marienwörth in Bad Kreuznach
1984 – 1985	Stabsarzt in Kastellaun

Wissenschaftlicher Werdegang

seit 2001	Universitätsprofessor der Goethe-Universität in Frankfurt am Main
1998	Außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes
1993	Habilitation im Fach Chirurgie an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes
1987 – 1988	Forschungsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) am Department of Pharmacology der University of North Carolina, USA
1985	Promotion im Fach Neurologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
1977 – 1983	Studium der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Fachqualifikationen

- 2010: Zusatzbezeichnung Sportmedizin
- 2005: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 2000: Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
- 1996: Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- 1993: Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
- 1992: Fachkundenachweis Rettungsdienst
- 1992: Facharzt für Chirurgie

Mitgliedschaften und Ehrenämter

2017	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
seit 2015	Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
2014	Kongresspräsident des World Trauma Congress (WTC)
2011	Präsident der Sektion Grundlagenforschung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
2011	Präsident der European Society for Trauma & Emergency Surgery (ESTES)
2009 – 2014	Leiter des Wissenschaftsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Weitere Mitgliedschaften:

- AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU)
- European Shock Society (ESS)
- European Society for Trauma & Emergency Surgery (ESTES)
- Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica (EMN)
- Association for Orthopedic Research (AFOR)
- Shock Society
- AO International

Stand: 2017

Oberstarzt Prof. Dr. med. Benedikt Friemert



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

Leiter der AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der DGU

Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats seit 2016

* 1963

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 <i>(Thema: Die postoperative Patella baja (Häufigkeit – Entstehung – Klinische Relevanz))</i>
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 <i>(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)</i>
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

Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeit:

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

Funktionen in wissenschaftlichen Gesellschaften und Institutionen:

06/2010 – 7/2013	Vorsitzender der AG Ultraschall 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 07/2013	Vorsitzender der AG Einsatz-, Katastrophen-, und Taktische Chirurgie (EKTC) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
seit 01/2016	Mitglied des nichtständigen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
seit 08/2016	Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer

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)
2/2016 – 4/2016	Mazar e Sharif, Afghanistan

Lebenslauf: Professor Dr. Dr. Reinhard Hoffmann



- Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
- Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGO)
- Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) Frankfurt am Main

Name		<u>Reinhard</u> Friedrich Gustav Hoffmann
geboren	17. 09.1957	in Unna / Westf.
Approbation	09.05.1983	
Dissertation		<i>Insulinverluste an Infusionsmaterial.</i> Med. Klinik E, Heinrich Heine Universität Düsseldorf (Prof. Dr. M. Berger)
	25.05.1983	Erlangung des Doktorgrades für das Fach Humanmedizin
	1983-1984	Stabsarzt der Flusspionierkompanie 801, Rheinhafen, Krefeld
Assistenzarzt	1984-1992	Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum Chirurgie
Oberarzt und lfd. Oberarzt	1992-1999	Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt- Universität zu Berlin, Campus Virchow Klinikum, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Direktor: Prof. Dr. med. N. P. Haas
Habilitation	19.05.1994	<i>Dreidimensionale Messung von Frakturspalt- bewegungen mit einem computergesteuerten Magnetfeldwegaufnehmer. Ein neues bio- mechanisches Meßverfahren.</i> Erteilung der Venia legendi für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie durch die Freie Universität Berlin
Chefarzt	01.05.1999 – 31.12.2009	Klinikum Offenbach - Unfall- und Wiederherstellungschirurgie - Zentrum für Schwerbrandverletzte (bis 2003)

Stellvertretender Ärztlicher Direktor	2001-2009	Klinikum Offenbach
APL-Professur	07.03.2000	Erteilung der außerplanmäßigen Professur der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin
APL-Professur	01.12.2015	Berufung zum außerplanmäßigen Professor der Goethe Universität Frankfurt am Main Erteilung des Titels „Dr.med.habil.“ zusätzlich zum „Dr. med.“
Ärztlicher Direktor	01.07.2004 andauernd	Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main und Chefarzt der Unfallchirurgie und orthopädischen Chirurgie
Fachgesell- schaften/ Beiräte		Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOÜ) (Leiter Ausschuss Versorgung Qualität und Sicherheit bis 2012, Vorstand, Präsident 2013, stv. Generalsekretär 2014-2015, Generalsekretär 2016-2017) Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) (Leiter berufsständischer Ausschuss bis 2012, Vorstand, Präsident 2013, Generalsekretär 2014-2017) Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) Mitglied des Vorstands Berliner Chirurgische Gesellschaft Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG) AO-Trauma Deutschland / AO-Trauma Europe AO Foundation Board Trustee 2006 - 2011 Beratender Arzt des Landesverbands Mitte der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Mitglied des Medizinischen Beirats der BG-Kliniken gGmbH

Berufsverband Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) – Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands

Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU/ 2. Vorsitzender Landesverband Hessen)

Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC)

Beirat Unfallchirurgie und Orthopädie
Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Hessen (GQH) (bis 2014)

Facharztprüfer/ Mitglied der Gutachter und Schlichtungsstelle Landesärztekammer Hessen

Mitglied der Akademie ärztlicher Fortbildung der LÄK Hessen

Visiting Professor - Medical School of Chinese People's Liberation Army Beijing, China 2013

IQTIG – Bundesfachgruppe
Orthopädie-Unfallchirurgie seit 2015

AOK – Bundesverband –WIDO – QSR
Panel Frakturversorgung Hüfte seit 2016

Zeitschriften

(Rubriken)Herausgeber „Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie“ (CME-Refresher)

(Mit)Herausgeber der „Zeitschrift Orthopädie und Unfallchirurgie up2date“

(Mit)Herausgeber Zeitschrift „Trauma und Berufskrankheit“.

(Mit)Herausgeber Zeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten (OUMN)

(Rubrik)Herausgeber Zeitschrift „Der Unfallchirurg“ (Berufspolitisches Forum)

Advisory Editorial-Board Zeitschrift “Archives of orthopedic trauma and surgery”

Advisory Editorial Board Zeitschrift “European Journal of Trauma and Emergency Surgery”

Frankfurt am Main, 15. November 2016

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann



Gemeinsame Pressemitteilung von DGU und DGAI

Blutungen stoppen, Leben retten

Terrorgefahr: Mediziner fordern Ausstattung von Rettungswagen mit Tourniquets

Berlin, 18.01.2017: Die [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.](#) (DGU) und die [Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.](#) (DGA) fordern, dass Rettungswagen bundesweit mit sogenannten Tourniquets ausgestattet werden. Das Tourniquet ist ein Abbinde-System, mit dem eine lebensbedrohliche Blutung an Armen oder Beinen unterbrochen und gestoppt werden soll – beispielsweise nach Explosions- oder Schussverletzungen bei einem Terroranschlag. Auf diese Forderung verständigten sich die Unfallchirurgen und Rettungsmediziner auf der DGU-Veranstaltung „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“ am 14. Januar 2017 in München. DGU-Präsident Professor Ingo Marzi sagt: „Wir müssen uns weiterhin gut für den Fall terroristischer Anschläge vorbereiten – daher ist es sinnvoll, die Ausstattung mit Tourniquets für die Schwerverletztenversorgung nachzuholen.“

Der Sprecher der DGAI-Arbeitsgemeinschaft (AG) Taktische Medizin und Oberstarzt Professor Matthias Helm wies in seinem Vortrag darauf hin, dass etwa 90 Prozent der Opfer von Terroranschlägen sterben würden, weil sie verbluteten. „Die Stillung der Blutung steht nach einer Explosion an erster Stelle“, betont DGU-Generalsekretär Professor Reinhard Hoffmann. Die Erfahrung von Medizinern, die die Opfer der Anschläge von Paris vor Ort versorgten, zeige, dass die Tourniquets, die auf den Rettungswagen waren, nicht ausreichten – die Rettungskräfte und Ärzte griffen auf ihre Hosengürtel zurück und banden damit die verletzten Extremitäten ab. „Das Tourniquet ist eine einfache Maßnahme, um eine Blutung zu stoppen und somit Leben zu retten. Wir müssen es nur parat haben“, sind sich Hoffmann und Helm einig.

Das Tourniquet stammt ursprünglich aus der militärischen Einsatzmedizin. Angesichts der aktuellen Terrorgefahr erfährt es nun auch in der Zivilmedizin große Bedeutung. Während in Frankreich alle Rettungsfahrzeuge damit ausgestattet sind, ist das in Deutschland noch nicht flächendeckend der Fall: Die Rettungswagen in Bayern haben bereits militärische Sanitätsausrüstung an Bord. „Schuss- und Explosionsverletzungen sind hierzulande seit 60 Jahren ein seltenes Verletzungsmuster. Daher müssen wir uns neu darauf einstellen, um optimal vorbereitet zu sein – sowohl in den Krankenhäusern, als auch am Unfallort“, sagt Oberstarzt Professor Benedikt Friemert, Leiter der DGU-AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie.

Zudem überlegen die Unfallchirurgen, auch die Bevölkerung in die Versorgung stark blutender Schuss- und Explosionsverletzungen einzubeziehen: In einem nächsten Schritt wäre es denkbar, öffentliche Plätze mit Tourniquets auszustatten – analog zu Defibrillatoren. Da die Tourniquets, die einer Blutdruckmanschette ähneln, leicht zu handhaben sind, könnte jeder Bürger im Ernstfall dazu beitragen, dass bei einer lebensbedrohlichen Blutung schnell gehandelt werden kann. Die Schulung darin könnte ein Punkt bei Erste-Hilfe-Kursen sein.

In den USA gibt es die Kampagne „Stop the bleeding“: Gemeinnützige Organisationen werben in gemeinsamer Verantwortung mit der Regierung dafür, dass jeder Bürger in die Lage versetzt werden kann, eine lebensgefährliche Blutung zu stoppen. „Diese politische Unterstützung wünschen wir uns auch in Deutschland“, sagt Hoffmann. Bisher gingen alle Aktivitäten, um die medizinische Versorgung von Opfern von Terroranschlägen zu optimieren, auf gemeinnützige Initiativen zurück. „Hier vermissen wir ein politisches Signal“, betont Hoffmann.

Hintergrund:



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

Die Veranstaltung „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“ vom 13. und 14. Januar 2017 in München ist Teil eines [5-Punkte-Planes](#), mit dem sich die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) im engen Schulterschluss mit der Bundeswehr angesichts der steigenden Terrorgefahr in Deutschland auf Anschläge vorbereitet. Mit Hilfe des 5-Punkte-Planes wollen DGU und Bundeswehr für die Zukunft Sorge tragen, dass Opfer von möglichen terroristischen Attentaten in Deutschland zu jeder Zeit und an jedem Ort schnell und situationsgerecht auf hohem Niveau versorgt werden können. Die Informationsveranstaltung richtete sich an die verantwortlichen Sprecher der TraumaNetzwerke der DGU-Initiative [TraumaNetzwerk DGU®](#) und die Leiter der Rettungsdienste. Die gleichnamige Auftaktveranstaltung auf Bundesebene fand am 28. September 2016 mit vorgeschalteter [Pressekonferenz](#) in Berlin statt.

Die weiteren regionalen Informationstage finden wie folgt statt:

27./28. Januar 2017 in Hamburg

10./11. Februar 2017 in Leipzig

24./25. Februar 2017 in Koblenz

Die Informationstage werden von der [AUC – Akademie der Unfallchirurgie](#) im Auftrag der DGU organisiert.

Weitere Informationen:

www.dgu-online.de

<https://www.dgai.de/>

www.traumanetzwerk-dgu.de

Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda

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 -00

Fax: +49 (0) 30 – 340 60 36 21

E-Mail: presse@dgou.de

Anka Feyh-Oeder

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

Roritzerstr. 27

90419 Nürnberg

Tel.: +49 (0) 911 – 933 78-28

Fax: +49 (0) 911- 3938-195

E-Mail: afeyh-oeder@dgai-ev.de

www.dgai.de

Sollten Sie die Pressemitteilungen der Fachgesellschaften (DGOU, DGU, DGOOC) künftig nicht mehr erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender E-Mail-Adresse ab: presse@dgou.de



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



Pressemitteilung

DGU und Bundeswehr stellen 5-Punkte-Plan vor

Terrorgefahr in Deutschland: Unfallchirurgen ergreifen Maßnahmen für den Ernstfall

Berlin, 27.09.2016: Angesichts der steigenden Terrorgefahr in Deutschland bereitet sich die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) im engen Schulterschluss mit der Bundeswehr auf einen möglichen Terroranschlag vor: Mit Hilfe eines neuen 5-Punkte-Planes wollen DGU und Bundeswehr für die Zukunft Sorge tragen, dass Opfer von möglichen Terroranschlägen in Deutschland zu jeder Zeit und an jedem Ort schnell und situationsgerecht auf hohem Niveau versorgt werden können. So findet erstmals bundesweit und flächendeckend einheitlich die fachliche Schulung von Chirurgen zur medizinischen Versorgung von Terroropfern statt. Den Auftakt dazu gibt die Notfallkonferenz der DGU „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“, zu der morgen rund 200 Teilnehmer aus Chirurgie, Notfallmedizin und Politik in Berlin erwartet werden. „Mit dieser Initiative nehmen wir als Unfallchirurgen gemeinsam mit der Bundeswehr unsere nationale Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung auch bei Terroranschlägen wahr“, sagte DGU-Präsident Professor Dr. Florian Gebhard bei der heute stattfindenden Pressekonferenz in Berlin.

Die DGU vertieft somit ihre zivil-militärische Kooperation mit der Bundeswehr, die ihre medizinische und taktische Expertise zur Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen und dem Einsatz auf gefährlichem Terrain in die Initiative TraumaNetzwerk DGU® schon jetzt maßgeblich einbringt. So hat die DGU bereits 2013 die Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC) gegründet, die von Sanitätsoffizieren der Bundeswehr geführt wird und interdisziplinär besetzt ist. „Die qualitative Versorgung von schwerverletzten Unfallopfern ist eine Kernaufgabe der DGU. Als erste medizinische Fachgesellschaft in Deutschland wollen wir nun sicherstellen, dass das qualitativ hohe Wissensniveau auch zur medizinischen Versorgung von Terroropfern strukturiert gebündelt und somit flächendeckend nutzbar gemacht wird“, betont DGU-Generalsekretär Professor Dr. Reinhard Hoffmann.

Die Bedeutung der zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen DGU und Bundeswehr unterstreicht in diesem Zusammenhang der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt Dr. Michael Tempel: „Im Ernstfall sind sowohl das Militär als auch die zivile Medizin gleichermaßen auf die Nutzung des vollen Umfangs der vorliegenden Erfahrungen angewiesen. Nur unter Rückgriff auf die Expertise des anderen sind wir in der Lage, die Herausforderungen angesichts des Terrorismus zu bewältigen.“

DGU-Experten und Bundeswehrmediziner haben hierzu den 5-Punkte-Plan zur zivil-militärischen Zusammenarbeit entwickelt, der folgende taktische und strategisch angelegte Maßnahmen auf dem Gebiet der Katastrophenchirurgie beinhaltet:

1. Notfallkonferenz zum Thema „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“ am 28.09.2016 in Berlin
Programm 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
3. Weiterführende, spezielle Ausbildungsformate für Chirurgen zur Behandlung von Terroropfern mit Schuss- und Explosionsverletzungen



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

Ausführliche Erläuterungen zum 5-Punkte-Plan finden Sie [hier](#).

Hintergrund:

Die Bedrohung durch den globalen Terrorismus ist aktuell eine große Herausforderung für unsere Gesellschaft, denn die Wahrscheinlichkeit terroristischer Anschläge nimmt in Deutschland 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 lebensgefährlich verletzter Menschen an möglicherweise mehreren Orten zu verschiedenen Zeitpunkten stellen Rettungskräfte, Notärzte und Kliniken im TraumaNetzwerk DGU® sowohl vor neue medizinische als auch taktisch-strategische Herausforderungen.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (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. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr verfügt wiederum über medizinische Kompetenzen in besonderen Gefahrenlagen wie beispielsweise der „Rettung unter Beschuss“ und der Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen. Gemeinsames Ziel von DGU und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr ist es, die taktische und medizinische Kompetenz für die Versorgung von Terroropfern wissenschaftlich fundiert, bundesweit flächendeckend und nachhaltig weiter zu entwickeln. Die DGWMP ist ein zusätzlicher wichtiger Partner. Die Kooperationspartner sind sich ihrer Verantwortung für die Sicherheit und medizinische Versorgung der Bevölkerung bewusst und haben daher eine verbindliche zivil-militärische Zusammenarbeit auf diesem Gebiet der Katastrophenchirurgie vereinbart.

Weitere Informationen:

www.dgu-online.de

www.traumaregister-dgu.de

www.traumanetzwerk-dgu.de

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

Sollten Sie die Pressemitteilungen der Fachgesellschaften (DGOU, DGU, DGOOC) künftig nicht mehr erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender E-Mail-Adresse ab: presse@dgou.de

AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC)

Auf Terroranschläge vorbereitet sein

Die AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC) der DGU hat sich in den vergangenen Jahren zunehmend um die Versorgungsoptionen in außergewöhnlichen Situationen, insbesondere von Katastrophenereignissen oder Terroranschlägen, bemüht. Diese Ansätze haben durch die Ereignisse in Deutschland und den benachbarten Ländern nochmals deutlichen Nachdruck erhalten.

Zuletzt hat gerade der Terroranschlag am Breitscheidplatz in Berlin vom 19. Dezember 2016 die Notwendigkeit unterstrichen, sich auf derartige Szenarien vorzubereiten. Die AG EKTC hat dazu nun schrittweise Projekte auf den Weg gebracht, über deren aktuellen Stand wir an dieser Stelle näher informieren möchten, zum Beispiel auch neue Kursformate.

Informationstage der Traumanetzwerke

Nach der 1. Notfallkonferenz vom 28.9.2016 in Berlin und der begonnenen, strukturierten Zusammenarbeit zwischen der DGU und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr im Sinne einer engen zivil-militärischen Kooperation wurde nun durch weitere Informationstage für alle deutschen Traumanetzwerke der DGU die Problematik bundesweit noch mehr hervorgehoben, um zu sensibilisieren. Diese Veranstaltungen als ein Baustein des im Rahmen der 1. Notfallkonferenz vorgestellten 5-Punkte-Plans waren zuletzt an vier Orten angeboten worden: München: 13. und 14. Januar 2017, Hamburg: 27. und 28. Januar 2017, Leipzig: 10. und 11. Februar 2017 und Koblenz: 25. und 26. Februar 2017.

Das Bewusstsein, dass besondere Maßnahmen ergriffen werden müssen, ist da. Notwendig erscheint hier für die Zukunft die Zusammenarbeit der Mediziner mit Politikern, Polizei und anderen verantwortlichen Organisationen. Die Netzwerk-Struktur der Initiative TraumaNetzwerk DGU® bietet dazu die idealen Rahmenbedingungen, künftig dringend nötige Erkenntnisse über die medizinische Versorgung von Terroropfern in alle Traumazentren zu transportieren. Im Rahmen dieser jeweils ein- oder mehrtägigen Informationsveranstaltungen wurden an den vier Standorten die regionalen Sprecher der Traumanetzwerke der DGU, die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst sowie andere wichtige Vertreter der Hilfsdienste mit dem Themenkomplex „Terroranschläge – eine



© DGU

Erster Informationstag TraumaNetzwerk DGU® am 13.1. 2017 in München: Prof. Dr. Bertil Boullion, OTA Prof. Dr. Benedikt Friemert, GSA Dr. Gesine Krüger, Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, OTA Prof. Dr. Matthias Helm, Prof. Dr. Florian Gebhard (v.l.n.r.)

neue traumatologische Herausforderung“ vertraut gemacht.

Die Auftaktveranstaltung in München wurde dabei durch Prof. Dr. Gebhard, Ulm, den aktuellen Past-Präsidenten, zusammen mit Prof. Dr. Dr. Hoffmann, Frankfurt, als Generalsekretär der DGU eröffnet. Im Rahmen der Veranstaltungen erfolgte jeweils einleitend eine explizite Darstellung der Unterschiede in den Versorgungsnotwendigkeiten beim Terrorfall, wobei diese Aspekte durch einen sehr eindrücklichen und plastischen Beitrag über die Ereignisse aus Paris vom 13.12.2015 von Frau Dr. Rivet, die direkt in die Behandlung der Terroropfer an diesem Tag eingebunden war, unterstrichen wurden. Ein Überblick über die aktuelle sicherheitspolitische Lage rundete den ersten Tag ab.

Der zweite Tag widmete sich dann in zwei Vortragsblöcken und einer Workshop-Runde mehr inhaltlichen Fragen. So wurden im ersten Teil die klinisch-medizinischen Aspekte von Terroranschlägen beleuchtet und vorgestellt. Ein zweiter Vortragsblock rückte im Anschluss den in diesem Zusammenhang wichtigen taktisch-medizinischen Aspekt in den Fokus. Intensive Workshops folgten zum Abschluss und boten Raum für intensive und ausführliche Diskussion zwischen Veranstaltern und Teilnehmern, hier wurde den Vertretern der regionalen Organisationsstrukturen explizit die Gelegenheit eingeräumt, über den

Wichtige Termine 2017

5.–6.5 : 2. Pilotkurs TDSC®, Koblenz

17.–19.5: 1. TDSC®-Kurs, Frankfurt am Main

27. 9. : 2. Notfallkonferenz der DGU und des Sanitätsdienstes der Bundeswehr



Informationen unter:
www.refudocs.de

aktuellen Sachstand zu berichten. Dies ist ein ganz wesentliches Mittel der Arbeit der AG EKTC, um hier die Position der „Bedarfsträger“ in den TraumaNetzwerken DGU* aufzugreifen und somit die Thematik umfänglich bearbeiten zu können, dies insbesondere nun gerade auch in der Vorbereitung der Terror and Disaster Surgical Care® (TDSC)-Kurse.

Neues Kursformat

Mit der Entwicklung und Implementierung der sogenannten TDSC®-Kurse soll nun zukünftig ein Kursformat angeboten werden, welches die bisherigen Aktivitäten aufgreift und damit eine ganz besondere Ausbildung für Unfallchirurgen und Chirurgen zur Behandlung von Terroropfern zur Verfügung stellt. Der Kurs wird dabei bewusst in Anlehnung an bestehende Formate der Akademie der Unfallchirurgie AUC als TDSC®-Kurs bezeichnet werden, um somit die enge Beziehung zu bisherigen Formaten zu unterstreichen und diesen Kurs als entsprechend engbenachbarte Ergänzung für unsere tägliche Arbeit verstanden zu wissen. Da es sich um ein völlig neues Kursformat handelt, werden nun vor dem offiziellen Start der TDSC®-Kurse im Mai 2017 zwei Pilotkurse veranstaltet, mit dem Ziel, das Kurskonzept zu evaluieren und anzupassen. Dabei werden zu den anstehenden Pilotkursen erfahrende und langjährig tätige Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der Unfallchirurgie eingeladen, um einerseits den Kurs zu absolvieren, diesen jedoch auch kritisch zu begleiten und über entsprechende Evaluationsmöglichkeiten hier Anpassungsvorschläge einfließen zu lassen.

Inhaltlich sollen sich diese Kurse im Wesentlichen mit fachlich innerklini-

schen Fragestellungen, einem operativ und taktisch-strategischen Schwerpunkt wie der Abarbeitung/Bewältigung einer Damage Control Surgery (DCS) – beziehungsweise weiterführend einer Tactical Abbreviated Surgical Care (TASC)-Situation bei möglichen Terroranschlagsszenarien beschäftigen. Zudem wird ein wesentlicher Aspekt auch organisatorische Fragen in derartigen Szenarien thematisieren und der interdisziplinäre Ansatz berücksichtigt. Die zentrale Komponente wird das Problem der Entscheidungsfindung bei ungewohnten, anderen Vorgehensweisen in der „taktischen Chirurgie“ sein. In Zukunft werden dabei vielleicht auch besondere Lagen mit möglicher Kontamination mit atomaren, biologischen oder chemischen Kampfstoffen eine Rolle spielen, so dass auch diese Themen Berücksichtigung finden sollten. Ziel ist es, den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen alltagstaugliche Entscheidungshilfen und damit eine entsprechende Handlungssicherheit an die Hand geben zu können.

2. Notfallkonferenz DGU

Im Weiteren wird nun diese Thematik mit einer 2. Notfallkonferenz, abgehalten von der DGU in Kooperation mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr, am 27.9.2017 in Frankfurt am Main aufgegriffen. Es soll hier die Möglichkeit zu einem Fazit bestehen, von hier aus die Zusammenarbeit von DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr weiterentwickelt werden und damit die AG EKTC in ihren Bemühungen um den Themenkomplex Versorgungsoptionen im Katastrophen- und Terror-Fall weiter gestärkt werden.

Tourniquets in Rettungswagen

Die DGU und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) forderten in einer gemeinsamen Pressemitteilung vom 18.1.2017, dass Rettungswagen mit sogenannten Tourniquets ausgestattet werden. Das Tourniquet ist ein Abbinde-System, mit dem eine lebensbedrohliche Blutung an Armen oder Beinen unterbrochen und gestoppt werden soll – etwa nach Explosions- oder Schussverletzungen bei einem Terroranschlag.



Pressemitteilung:
www.dgu-online.de/presse/pressemitteilungen

Prof. Dr. Benedikt Friemert, OTA
Leiter AG EKTC der DGU



© B. Friemert

Dr. Gerhard Achatz, OSA
Schriftführer AG EKTC der DGU



© G. Achatz

Notfallkonferenz zum Thema Terroranschläge

Prof. Dr. Benedikt Friemert, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Am 28.9.2016 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) in Berlin (BG Unfallkrankenhaus) in Kooperation mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr eine Notfallkonferenz mit dem Titel „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“ durchgeführt. Am Tag zuvor fand in dem Haus der Bundespressekonferenz eine Pressekonferenz der DGU und des Sanitätsdienstes der Bundeswehr statt. Vertreten waren u. a. der Präsident der DGU, Prof. Dr. Gebhardt sowie der Generalsekretär der DGU, Prof. Dr. Hoffmann und Generaloberstabsarzt Dr. Tempel, Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Die Pressekonferenz am 27.9.2016 in der Bundespressekonferenz war sehr gut besucht. Das nachfolgende Presseecho war außergewöhnlich umfangreich und demonstrierte, dass das Thema eine aktuelle Brisanz und große gesellschaftliche Bedeutung hat.

Terror fordert heraus

Hintergrund dieser beiden gemeinsamen Veranstaltungen von DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr ist das Bewusstsein, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie auf Grund der aktuellen Sicherheitslage dringlich mit den Herausforderungen der Versorgung von Patienten nach terroristischen Anschlägen auseinandersetzen muss. DGU und Bundeswehr tragen besonders für die Versorgung solcher Terroropfer in dem Sinne eine nationale Verantwortung, als dass sie gemeinsam Aus- und Fortbildungskonzepte für die zivilen Kollegen entwickeln, um das notwendige Wissen flächendeckend zu verbreiten. Als Grundlage für die Verbreitung und dann auch die Versorgung kann selbstverständlich das seit Jahren etablierte TraumaNetzwerk DGU® der DGU dienen, welches eine schnelle, sichere und hoch qualitative Versorgung von Schwerstverletzten in der Bundesrepublik Deutschland flächendeckend sicherstellt. Durch die Analyse terroristischer Anschläge der Vergangenheit

ist allerdings deutlich geworden, dass Terroranschläge Verletzungsmuster und dynamische Szenarien mit sich bringen, die auch in den regionalen Traumanetzwerken eine Auseinandersetzung mit den taktischen und strategischen Vorgehensweisen in terroristischen Bedrohungslagen erfordert. Eine allein klinisch-medizinische Betrachtung genügt dann nicht mehr. Verletzungen nach Terroranschlägen sind mit Kriegsverletzungen vergleichbar. Eine umfassende Expertise auf diesem Gebiet ist beim Sanitätsdienst der Bundeswehr vorhanden. Ein strukturierter, langfristiger Erfahrung- und Wissensaustausch zwischen der DGU und der Bundeswehr ist daher unabdingbar. Den Rahmen für das künftige Vorgehen schafft der 5-Punkte-Plan der DGU.

Mit der Notfallkonferenz, über die hier berichtet wird, beginnt dieser Plan, der letzte und wichtigste Punkt ist eine Vereinbarung zur strategischen Partnerschaft mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr wie auch eine Vereinbarung zur wissenschaftlichen Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. (DGWMP).

Kooperation mit Bundeswehr

Prof. Dr. Ekkernkamp, als Hausherr am BG Unfallkrankenhaus Berlin, begrüßte die Teilnehmer der Notfallkonferenz. Er hob die hohe Bedeutung dieser Konferenz gerade in der aktuellen Situation hervor. Die schon seit langem bestehende exzellente Zusammenarbeit von Sanitätsoffizieren des Sanitätsdienstes der Bundeswehr mit der DGU und anderen Fachgesellschaften stelle eine hervorragende Grundlage dar. Er konnte dieses sehr überzeugend darstellen, da er selber Oberstarzt der Reserve ist.

Nachfolgend wurden vom Generalsekretär der DGU, Prof. Dr. Hoffmann, sowie dem Inspekteur des Sanitätsdienstes, Generaloberstabsarzt Dr. Tempel, nochmals die Herleitung und Begründung

für die notwendige und von allen Seiten gewünschte enge Kooperation zwischen den beiden Organisationen bekräftigt. Die Zusammenarbeit wird in Kürze durch einen Letter of intent zwischen DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr dokumentiert werden.

Anschließend folgten die Grußworte von Prof. Dr. Pohlemann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH), der insbesondere die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit vor allem mit Kollegen anderer chirurgischer, aber auch nicht-chirurgischer Disziplinen bei der Behandlung von Terroropfern betonte.

Generalarzt a. D. Dr. Veit sprach als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP) einleitende Worte. Diese wissenschaftliche Fachgesellschaft wird mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zusätzlich einen Kooperationsvertrag abschließen und besonders auf wissenschaftlichem Gebiet die Kooperation mit dem Sanitätsdienst flankieren.

Terror in Paris

Hochrangige Vertreter von Unfallchirurgie und Bundeswehr waren während der Notfallkonferenz durchgehend vor Ort und unterstrichen auch so die Bedeutung der Konferenz. Die ca. 180 Teilnehmer kamen aus Traumazentren und Rettungsdienstorganisationen, sowie aus Politik und Sicherheitsbehörden wie Polizei, Feuerwehr und Katastrophenschutz. Eine sehr eindrückliche Einführung in das Thema wurde von Dr. Stéphane Travers, Médecin en Chef de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), Colonel der französischen Armee, vorgebracht. Seine persönlichen Erfahrungen während des Terroranschlags in Paris, präsentiert in realen Bild- und Tondokumenten von den Anschlägen, hat auf erschütternde Weise unterstrichen, weshalb die laufende Notfallkonferenz als erste Plattform für den fachübergreifen-

den Austausch aller Akteure dringend erforderlich ist. Dr. Travers benannte auch sehr deutlich die immensen Probleme, die es bei der taktisch-logistischen und auch klinisch-medizinischen Bewältigung der außerordentlich großen Zahl der Terroropfer von Paris gab. So war es denn auch reiner Zufall, dass noch am Vormittag des Anschlages eine große Übung der Sicherheitsbehörden in Paris stattfand. Vermutlich war diese Übung für die vielen Beteiligten hilfreich, den Zusammenbruch der Kommunikation an einigen Einsatzorten konnte die Übung jedoch nicht verhindern. Das speziell für solche Situationen in Paris geschaffene Kommunikationssystem konnte die Anforderung einer solchen Extremsituation nicht bewältigen, die zivilen Mobilfunknetze dienten als Ersatz. In seinem Vortrag verwies Dr. Travers also bereits auf ein Problem, das in der Folge mehrfach aufgegriffen wurde.

Die aktuelle Sicherheitslage in Deutschland und Europa wurde durch Dr. Goertz (Hochschule des Bundes, Bundespolizei, Staats- und Gesellschaftswissenschaften, Sicherheitspolitik/Terrorismus) dargestellt. Er ging auf die bestehenden terroristischen Strukturen und ihre Entwicklung ein. Letztlich musste er zusammenfassend sagen, dass terroristische Anschläge weder zeitlich noch räumlich, noch in ihrer Dynamik vorhersehbar sind. Unerwartetes und unvorhersehbares Geschehen sind eine immanente Methode, um das Hauptziel der Terroristen, Angst und Unsicherheit in der Zivilgesellschaft zu erzeugen, zu erreichen. Die aktuellen Änderungen in der Taktik der Terroristen, von aufwendig geplanten Attentaten zu „spontanen Angriffen“ von Einzel-Tätern überzugehen, erschwert den Sicherheitskräften ein erfolgreiches Vorgehen. Die vorbeugende Aufklärung ist zudem bei der zumeist hohen Geschwindigkeit der „Radikalisierung“, zum Beispiel über das Internet, sehr erschwert.

Der zweite Vortragsblock beschäftigte sich mit der Frage, ob und wie sich die zivilen und militärischen Strategien im Rahmen der präklinischen Versorgung von Terrorismusopfern unterscheiden würden. Oberstarzt Prof. Dr. Friemert (Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm) beschäftigte sich mit den spezifischen Gefahrenlagen. Im Wesentlichen wurde in diesem Vor-

trag dargestellt, welche Unterschiede zwischen einem Großschadensereignis ziviler Art und einem terroristischen Anschlag bestehen. Der entscheidende Unterschied besteht in den Verletzungsmustern und der zeitlichen, räumlichen und dynamischen Variabilität und Unberechenbarkeit der Vorgänge im Gegensatz zu den zumeist einmaligen, abgegrenzten Vorgängen im zivilen Bereich, zum Beispiel bei Zugunglücken.

Oberstarzt PD Dr. Kehe (Leitung medizinischer ABC-Schutz an der Sanitätsakademie der BW) beschäftigte sich in seinem Vortrag anschließend mit den Fragen von ABC-Lagen. An verschiedenen realen Beispielen der Vergangenheit, bei denen chemische Kampfstoffe zum Einsatz gekommen sind, konnte er sehr eindrücklich die sehr speziellen und besonderen Gefahren auch für die Helfer in Präklinik und Klinik darstellen. Bei Terrorattacken ist prinzipiell auch mit atomaren, biologischen und chemischen Kampfstoffen zu rechnen. In der nachfolgenden Diskussion stand die Möglichkeit von Terrorangriffen direkt auf chemische Industrieanlagen im Vordergrund, was nach Einschätzung des Referenten gerade für Deutschland eine denkbare Bedrohungslage darstellen könnte.

Unter Beschuss bergen

Im Rahmen der präklinischen Versorgung von Terrorismusopfern ist es möglich, dass eine Rettung der Verletzten erfolgen muss, obwohl der terroristische Anschlag unter Nutzung von Schusswaffen noch andauert. Bezüglich dieser sogenannten „Rettung unter Beschuss“ wurden von Herrn MacLean vom SEK Baden-Württemberg Konzepte vorgestellt, mit denen die Sondereinsatzkommandos der Polizei eine besondere medizinische Ausbildung erhalten, die eine notfallmäßige Versorgung und Evakuierung der Verletzten und zugleich einen wirkungsvollen Schutz des Retters selbst sicherstellen. Gleichwohl derartige medizinische Versorgungsstrategien den Extremfall betreffen, kann über die weiterführende Nutzung dieser etablierten Konzepte auch außerhalb von SEK diskutiert werden.

Dr. Wagner aus der BG Unfallklinik Murnau (nationaler Kursdirektor ATLS Deutschland), mit großer Erfahrung in Planung, Übung und realen Einsätzen bei

Großschadensereignissen, stellte in seinem Vortrag „Präklinisches Management des Terrors“ die zivile Perspektive dar. Die bestehenden etablierten Strukturen stellen zumindest ein sicheres Gerüst dar, auf dem die Besonderheiten der Terroraspekte bearbeitet werden können. Dem gegenüber stellte Oberfeldarzt Dr. Hossfeld (Oberarzt, Sektion Notfallmedizin, an der Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Bundeswehrkrankenhauses Ulm), die militärische Perspektive dar und kam zu dem Schluss, dass die Handlungsempfehlungen in Terrorlagen für den Rettungsdienst elementar von der Behandlung und Organisation von zivilen Katastrophen-Lagen (MANV) zu unterscheiden seien. Den Unterschied sah er durchaus auch bei fachlichen Fragen, vor allen Dingen aber im taktisch-strategischen Handeln. So wäre es zum Beispiel zwingend erforderlich, so schnell wie möglich die eigentliche Anschlagsstelle zu verlassen, um den Terroristen keine Chance zu geben, im Rahmen eines Second Hit auch noch die Rettungskräfte anzugreifen. Second Hit ist eine bekannte Strategie von Terroristen, in Zukunft wäre auch ein Angriff auf eine Notaufnahme eines Krankenhauses durchaus denkbar (einzelne Beispiele bei internationalen Attacken gibt es bereits).

Im Rahmen der nachfolgenden, sehr engagierten Diskussion wurde klar, dass es erheblichen Abstimmungsbedarf gibt, um hier eine gemeinsame, einheitliche Vorgehensweise und Lösung zu finden.

Besondere Verletzungsmuster

Der dritte Sitzungsblock der Notfallkonferenz beschäftigte sich dann mit dem taktischen Vorgehen in der Klinik sowie mit der Behandlung der besonderen Verletzungsmuster, die bei terroristischen Attentaten zumeist und in der Regel vorkommen. Dazu erfolgte zunächst ein Vortrag von Oberstarzt PD Dr. Kollig (Leitender Arzt und Klinikdirektor der Klinik für Unfallchirurgie in Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus Koblenz), der sehr eindrücklich und umfänglich darstellte, welche besonderen Verletzungsmuster terroristische Anschläge nach sich ziehen. Hier sind vor allen Dingen die penetrierenden Verletzungen bis hin zur Blast Injury, die durch Schusswaffen und Explosionen verursacht werden, zu nennen. Die Komplexität dieser Verletzungsmus-

ter wurde deutlich herausgearbeitet und gut dargestellt. Bei seinem Vortrag wurde klar, dass zur Behandlung dieser Verletzungen prinzipiell ein interdisziplinärer Ansatz unter Hinzuziehung von Viszeral- und gegebenenfalls Thorax- und Gefäß-Chirurgen sowie der Intensivmedizin unabdingbar ist.

Prof. Dr. Flohé (Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Solingen) analysierte, welche Defizite bei diesen besonderen Verletzungen aus seiner Sicht im Bereich der klinischen Medizin vorliegen würden. Es fehlen nach seiner Meinung erprobte klinische Konzepte, da die zivile Unfallchirurgie in den letzten Jahrzehnten nicht mit solchen Problemen konfrontiert war. Typischerweise würden bei terroristischen Attentaten besonders viele sogenannte „rot codierte“ Patienten, die nach der Definition einer sofortigen chirurgischen Intervention bedürfen, der Versorgung benötigen. Dieses würde selbst bei einem besonderen zivilen Großschadensereignis, wie einem Zugunglück, nicht vorkommen. Es würden daher noch verschiedene „Entscheidungsbäume“ fehlen. Eine Auseinandersetzung mit der eventuellen Situation, dass die Individualmedizin für eine bestimmte Zeit nicht mehr durchzuhalten sei, sei ebenfalls dringlich notwendig. Letztlich würden in solchen Situationen die Ressourcen zum Teil die Entscheidungen vorgeben.

Prioritäten setzen

Oberfeldarzt PD Dr. Franke (geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus Koblenz) stellte in seinem Vortrag die Frage, inwieweit das von den Unfallchirurgen im Rahmen der Polytraumaversorgung praktizierte Damage Control Surgery Konzept im Rahmen von terroristischen Anschlägen überhaupt noch aufrechterhalten werden kann. Er wies darauf hin, dass unter militärmedizinischen Aspekten, die nach größeren terroristischen Angriffen gelten, der Umfang der medizinischen Versorgung eventuell noch mehr reduziert werden muss und letztlich zunächst im Rahmen eines Konzepts der „Tactical abbreviated surgical care“ der Fokus auf die absolut lebensbedrohlichen Verletzungen gerichtet sein müsse. Vordringlich gilt das Ziel, möglichst vielen Patienten zunächst das Überleben zu sichern. Hier würde die Ma-

xime „Life before Limb“ gelten. Er führte aus, dass insbesondere Übungen dieser Abläufe, vor allen Dingen unter Stresssituationen, ein absolutes Muss darstellen und die Grundlage für die Handlungsfähigkeit des Medizinterams darstellen.

Im letzten Vortrag dieses Symposiums wurde durch Prof. Dr. Matthes (Oberarzt an der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Unfallkrankenhauses Berlin, Sprecher des Traumanetzwerks Berlin) erläutert, wie im Traumanetzwerk Berlin bereits vor geraumer Zeit mit Überlegungen und Planungen zu den Folgen eines terroristischen Anschlages begonnen wurde. Nach seinen Erfahrungen sind nicht nur die komplexen medizinischen Fragestellungen zu bearbeiten, sondern, noch bedeutsamer, eine große Zahl organisatorischer Fragen zu lösen. Auch hob er vor allem die Problematik der funktionierenden Kommunikation, die Einbindung der Polizei und die Vorrhaltung ausreichender Mengen spezieller Materialien, wie sie für solche Fälle in ungewöhnlicher Zahl benötigt werden, hervor. Er stellte zum Beispiel folgende Frage: Es ist bekannt, dass auch Kliniken zu den Anschlagzielen von Terroristen gehören. Wer ist im Anschlagfall für den Schutz und für Sicherheitsfragen rund um das Krankenhaus zuständig? Er hob hervor, dass es anhand der Struktur des flächendeckenden TraumaNetzwerks DGU® möglich sein kann, solche Fragen jeweils regionalbezogen zu bearbeiten und Lösungen mit den zuständigen, verantwortlichen Stellen zu finden.

Katastrophenübungen notwendig

Anschließend erfolgte mit den Rednern noch eine rege Podiumsdiskussion, bei der besondere Aspekte, wie zum Beispiel die Notwendigkeit der funktionierenden Kommunikation oder auch der regelmäßigen Übungen unter Einbindung aller Beteiligten (Medizin, Polizei, Rettungsorganisationen, THW, Bundeswehr), nochmals beleuchtet und erörtert wurden. Gerade im Hinblick auf die auch von der Öffentlichkeit zurecht geforderte hohe Kompetenz in ständiger Bereitschaft sind regelmäßige Übungen unumgänglich. Es gebe in Deutschland Hauptstädte von Bundesländern, in denen zumindest in den letzten Jahrzehnten noch keine einzige Katastrophenübung stattfand. Ursächlich ist natürlich, dass solche Übungen bei Kliniken sehr rasch zu Kosten im

sechststelligen Bereich führen. Nach dem Amoklauf in München sind zum Beispiel Kosten für die Unikliniken zwischen 100.000 und 150.000 Euro (vorwiegend Personalkosten) entstanden, ohne dass überhaupt mehrere Patienten behandelt werden mussten. In anderen Bundesländern wiederum seien solche Übungen gesetzlich vorgeschrieben, damit sei auch die Kostenübernahme geregelt.

Prof. Dr. Pohlemann (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie) sieht natürlich die Fachgesellschaften in der Verantwortung zur fachlichen Vorbereitung von Übungen – in diesem besonderen Fall zusammen mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr. Die Politik sei allerdings aufgerufen, die Voraussetzungen für regelmäßige Übungen zu schaffen, dies kann in gesetzlichen Festlegungen bestehen, vor allem aber auch in der Übernahme der Kosten. Großübungen können nicht durch die Kliniken und auch nicht durch Vereine wie die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie flächendeckend finanziert und durchgeführt werden.

Strategische Partnerschaft

Zum Schluss wurde von Prof. Dr. Sturm (Geschäftsführer der AUC – Akademie der Unfallchirurgie) und Dr. Veit (Präsident der DGWMP) erläutert, dass die anstehenden Probleme und Fragen in einer strategischen Partnerschaft der DGU zum einen mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr, zum anderen mit der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie in Angriff genommen werden sollen. Als Konzept für die nächste Zukunft dient hier der 5-Punkte-Plan der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, der erste Punkt auf diesem Plan wurde mit der sehr erfolgreichen Notfallkonferenz abgearbeitet. Die nächsten Schritte werden darin bestehen, Bewusstsein für die Probleme zu schaffen und Kenntnisse zu transportieren. Das vorhandene enggewebte TraumaNetzwerk® DGU stellt das ideale Vehikel für diese Informationsmaßnahmen dar. Im Januar und Februar 2017 werden die Vertreter aller deutschen Traumanetzwerke bei vier regionalen „Informationstagen TNW“ informiert, Bundeswehr und DGU zusammen werden mit den Kollegen Fragestellungen, die durchaus spezifisch für die Regionen sein mögen, erarbeiten und vertiefen. Die verantwortlichen Netzwerk-Sprecher können dann in ihren

Traumanetzwerken für die Behandlung bzw. Verbreitung der fachlichen, taktisch-strategischen sowie organisatorischen Themen Sorge tragen. Außerdem wird ab März 2017 ein neues Kursformat zum Thema „Behandlung von Terroropfern“ für erfahrene Kliniker gestartet werden

Die Notfallkonferenz der DGU in Zusammenarbeit mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr sowie die dazugehörige Pressekonferenz kann als ein erfolgreicher erster Schritt angesehen werden. Das Ziel ist die flächendeckende und fachübergreifende Vorbereitung von Traumazentren und Traumanetzwerken auf terroristische Attacken. Allen Beteiligten war es ein großes Anliegen, klar zu ma-

chen, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie mit ihrer Kernkompetenz zuständig für die Versorgung der verletzten Patienten in unserem Lande fühlt und dieses selbstverständlich auch für terroristische Opfer gilt. Dabei ist von vornherein klar, dass es sich um eine interdisziplinäre Aufgabe handelt, Kollegen anderer Fachdisziplinen der Chirurgie oder auch der Anästhesie sowie Rettungsorganisationen sind einzubinden. Seitens des Sanitätsdienstes der Bundeswehr besteht das Selbstverständnis, medizinische Erfahrungen, die die Bundeswehr im Einsatz gesammelt hat, auch den Bürgern in Deutschland in diesen außergewöhnlichen Situationen zur Verfügung zu stellen. Am besten geschieht dies durch eine

fest vereinbarte strategische Kooperation. Die Arbeitsgemeinschaft EKTC der DGU, die Mitglieder aus dem zivilen und militärischen Bereich verbindet, wird sich in nächster Zukunft dem Thema der Versorgung von Patienten nach terroristischen Attacken verstärkt widmen. Dabei wird selbstverständlich mit den anderen interdisziplinären Arbeitsgemeinschaften, die diese Themen behandeln, eng zusammengearbeitet werden.

*Prof. Dr. Benedikt Friemert
Leiter der DGU-AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie*

*Prof. Dr. Reinhard Hoffmann
Generalsekretär DGOU und DGU*

Für eine breite notfallchirurgische Kompetenz in Katastrophensituationen

Miriam Buchmann-Alisch

Im Oktober 2013 hat sich beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) die neugegründete AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der DGU zum ersten Mal getroffen. Zu den Aufgaben und Zielen der AG sprechen DGU-Generalsekretär Prof. Reinhard Hoffmann und AG-Leiter Prof. Benedikt Friemert im Interview.

Was war der Anlass für die Gründung der neuen AG?

Reinhard Hoffmann: Die Einsatz- und Katastrophenchirurgie ist in der Unfallchirurgie fest verwurzelt. Man könnte auch sagen: Sie ist die Mutter der Unfallchirurgie, die sich letztlich ganz wesentlich aus der Militärchirurgie entwickelt hat. Deutschland und die Bundeswehr haben sich in den vergangenen Jahren zunehmend international geöffnet und Verpflichtungen – auch militärische – im Rahmen der Bündnisse übernommen. Die Bedrohungslage in Deutschland ist aktuell zwar nicht konkret vorhanden. Wir sind von befreundeten Staaten umgeben. Aber Unruheherde „vor unserer Haustür“ – wie jetzt in der Ukraine oder vor nicht langer Zeit auf dem Balkan – erinnern uns nachhaltig an die potenziellen Bedrohungen. Diese kommen in Deutschland derzeit eher aus dem Inneren, wie bei möglichen Terroranschlägen. Darauf müssen wir vorbereitet sein. Die formale Einrichtung einer derartigen AG innerhalb der DGU war daher nur logisch und längst fällig. Von den Erfahrungen der Einsatzchirurgie der Bundeswehr können wir auch im zivilen Bereich und im Katastrophenschutz nur profitieren.

Welche gemeinsame thematische Basis haben die drei im Titel der AG genannten Gebiete?

Benedikt Friemert: Allen drei Gebieten gemeinsam ist, dass es sich hierbei um Chirurgie in einer Ausnahmesituation handelt. Zum einen gibt es in solchen Situationen zu wenig Ärzte für zu viele

Patienten. Zum anderen sind die materiellen und infrastrukturellen Ressourcen sehr reduziert und begrenzt. Auch die zu erwartenden Verletzungsmuster, insbesondere bei möglichen terroristischen Attentaten, entsprechen den Verletzungen des Krieges. Insofern unterscheidet sich die Einsatz- von der Katastrophenchirurgie nicht grundlegend. Der Begriff Taktische Chirurgie zielt darauf ab, dass es in Ausnahmesituationen nicht reicht, nur als Chirurg zu denken. Wir müssen auch taktische und strategische Entschei-

Bauch oder Thorax. Dieses bedingt natürlich auch eine besondere Ausbildung, um im Einsatz eine breite notfallchirurgische Kompetenz zu besitzen und dennoch zu Hause ein Spezialist zu sein.

Welche Bereiche betrifft dies insbesondere?

Benedikt Friemert: Dies betrifft Verletzungen von Körperhöhlen mit den parenchymatösen Organen, Hohlorganen und Gefäßen, vor allem an den Extremitä-

Der Schwerverletzte hat nicht eine Summe verschiedener Verletzungen, sondern ein komplexes Krankheitsbild, das man nur behandeln kann, wenn es umfänglich verstanden ist.

Benedikt Friemert

dungen treffen, die die Gesamtsituation berücksichtigen. Dabei sind Fragen zu klären, wer wird wann und vor allem wie operiert, wer kann oder muss verlegt werden, und wie der Patient verlegt werden kann usw.

Sie sind viel zu Auslandseinsätzen in Krisengebieten unterwegs. Welche Ihrer dort gemachten Erfahrungen lassen sich in der zivilen Chirurgie nutzen und weitergeben?

Benedikt Friemert: Es ist ganz wesentlich die Beschäftigung mit den taktisch-strategischen Prozessen und Entscheidungen, die uns für die Katastrophenchirurgie fit machen. Dazu kommt die Erkenntnis, dass Unfallchirurgie nicht primär eine Frage der chirurgischen Skills ist. Sie hat den gesamten Patienten im Auge. Der Schwerverletzte hat nicht eine Summe verschiedener Verletzungen, sondern ein komplexes Krankheitsbild, das man nur behandeln kann, wenn es umfänglich verstanden ist. Im Einsatz gewinnt eine solche Sichtweise enorm an Bedeutung, da man als Chirurg dort für alles verantwortlich ist, ob Knochen,

ten, sowie die in der Regel mitverletzten Weichteile bis hin zur Defektwunde. Die Inhalte der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ sollten für diese besonderen Anforderungen modulhaft verstärkt und ergänzt werden. Dass das erfolgreich geht, zeigen wir im Sanitätsdienst der Bundeswehr und an den Bundeswehrkrankenhäusern seit 20 Jahren. Dazu gehört natürlich auch die Beschäftigung mit besonderen Verletzungsmustern wie der Schussverletzung und Blast-Injuries, die es hier in Deutschland ja fast nicht mehr gibt. Alle diese Aspekte und Erfahrungen aus den Einsätzen können eine Leitstruktur für die Katastrophenchirurgie sein. Sie sind natürlich nicht eins zu eins auf die hiesigen Bedingungen übertragbar. In der AG soll es darum gehen, eine sinnvolle gemeinsame Entwicklung auf diesem Gebiet voranzutreiben.

Worin bestehen die besonderen Erfahrungen bei speziellen Verletzungsmustern und in der Verletztenversorgung, zum Beispiel bei Sprengstoffanschlägen?

Benedikt Friemert: Die Besonderheit gerade bei den Sprengstoffanschlägen



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann,
DGU-Generalsekretär



Prof. Dr. Benedikt Friemert,
Leiter der AG EKTC.

besteht darin, dass es sich um eine sogenannte thermo-mechanische Kombinationsverletzung handelt. Es entsteht eine Schädigung zum einen durch die mechanische Verletzung. Dabei handelt es sich meist um offene Verletzungen mit Gewebedefekten und Kontamination. Dazu kommt eine Verletzung, die durch die Druckwelle entsteht. Hierbei steht ganz besonders die Lunge im Vordergrund. Zusätzlich sind meist thermische Schäden dabei, die wie Verbrennungen zu betrachten sind. Gerade die Kombination dieser Verletzungen ist es, was die Behandlung besonders schwierig und aufwändig macht.

Wie kann die zivile Chirurgie zum Beispiel bei einem Massenanfall von Verletzten (MANV) von den Einsatzchirurgen lernen?

Reinhard Hoffmann: Wir sind in Deutschland da bereits gut aufgestellt und auch umfänglich vorbereitet. Das zeigen die Erfahrungen von Eschede und vielen Großunfällen (zum Beispiel Busunglücke). Wir haben ein vorbildliches Rettungswesen und ein bundesweites Netz von Rettungshubschraubern und Traumazentren. Deutschland ist, was das angeht, international eindeutig an der Spitze! Der Massenanfall von Verletzten – besonders in Katastrophenfällen mit teilweise zerstörter Infrastruktur – stellt aber besondere Anforderungen. Triage, Prioritätensetzung, praktisch zupackendes Handeln mit einem klinischen Blick für das Wesentliche, und das ohne Zeitverzug unter maximalem persönlichem Stress – das muss man trainieren und am

besten auch persönlich erfahren. Diese Erfahrungen können die aktiven Einsatzchirurgen mit uns Zivilisten teilen und an uns weitergeben.

Eines der Hauptthemen der AG wird zunächst die Analyse der aktuellen chirurgischen Notkompetenzen der Ärzte in Kliniken auf Grundlage der WBO sein. Können Sie bereits eine erste Einschätzung hinsichtlich der Analyse geben?

Benedikt Friemert: Die Umfrage befindet sich gerade in der Vorbereitung. Im ersten Schritt geht es darum, die formalen Weiterbildungs- und Kompetenzniveaus zu erarbeiten. Hierbei geht es auch um Fragen zur Traumaversorgung und zu Vorbereitungen der Katastrophenchirurgie. Diese erste Umfrage richtet sich an die Chefärzte der entsprechenden Kliniken. In einer zweiten anonymen Umfrage wollen wir uns an die Mitarbeiter selbst wenden. Hierbei wird es um die Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen gehen. Eine solche Umfrage haben wir vor ein paar Jahren unter Chirurgen innerhalb der Bundeswehr durchgeführt. Dabei haben wir ganz wesentliche Erkenntnisse zu den Defiziten erhalten, die dann in unser Ausbildungskonzept des Einsatzchirurgen eingeflossen sind.

Welche Ergebnisse erhofft sich die DGU von der Arbeit der AG für die chirurgische Aus- und Weiterbildung?

Reinhard Hoffmann: Vieles ist weiterzuentwickeln. Das gilt besonders für die Versorgung von schwersten Traumata. Das erleben wir in Friedenszeiten

glücklicherweise nur in Ausnahmefällen. Die Anzahl Schwerstverletzter ist fast jährlich rückläufig. Umso mehr sind Trainingsmodule und entsprechende Trainingszentren erforderlich, wo man Entsprechendes modellhaft üben und vermitteln kann. Die DGU hat mit den DSTC-Kursen und vielen anderen Formaten hier schon wertvolle Vorarbeit geleistet. Das gilt es gemeinsam mit der neuen AG voranzutreiben – aufbauend auf den ganz besonderen Erfahrungen und Fähigkeiten ihrer Mitglieder.

Worin besteht in der Ausbildung zum Einsatzchirurgen der größte Unterschied zu der in der zivilen Chirurgie?

Benedikt Friemert: Die profunde und substanzielle Weiterbildung kostet Zeit. Es ist nicht möglich, einen Komplexchirurgen wie den Einsatzchirurgen in sechs Jahren auszubilden. Gleiches gilt aus meiner Sicht für die Weiterbildung zu einem guten, erfahrenen Traumathologen, der sich dem Polytrauma intensiv widmet. Eine breite notfallchirurgische Ausbildung zum Einsatzchirurgen beinhaltet neben dem Common Trunk 18 Monate Orthopädie und Unfallchirurgie, 18 Monate Viszeralchirurgie und 12 Monate Gefäßchirurgie. Daneben erfolgt eine intensive sonografische Ausbildung, da die Sonografie im Einsatz ein wesentliches diagnostisches Tool ist. In verschiedenen Kursen werden dann noch intensive Skills der Neurotraumatologie, der Gefäßtraumatologie, der Gesichts- und Halsstraumatologie sowie in einem speziellen Kurs die Einsatzchirurgie ausgebildet. In diesem werden auch

Die Anzahl Schwerstverletzter ist fast jährlich rückläufig. Umso mehr sind Trainingsmodule und entsprechende Trainingszentren erforderlich, wo man Entsprechendes modellhaft üben und vermitteln kann. Reinhard Hoffmann

taktisch-strategische Kenntnisse vermittelt. Insgesamt dauert die Weiterbildung zu einem erfahrenen Einsatzchirurgen also zehn bis zwölf Jahre. Daneben gilt es natürlich auch, die Weiterbildung zum „Spezialisten“ durchzuführen, denn im täglichen Leben hier zu Hause müssen wir uns mit den Anforderungen des „zivilen Marktes“ auseinandersetzen und dort bestehen. Es hat sich aber die letzten 20 Jahre gezeigt, dass es möglich ist, diesen Spagat erfolgreich zu bestehen.

Wie ist der derzeitige Stand der Zusammenarbeit zwischen der Einsatzchirurgie und der zivilen Chirurgie?

Reinhard Hoffmann: Er entwickelt sich. Projekte wie die AG EKTC der DGU sollen dazu beitragen, Konzepte und Know-how weiterzugeben und gemeinsam zu

perfektionieren. Alle können voneinander lernen. Es geht um praktische und taktische Überlegungen, der Organisation des Chaos im Katastrophenfall und um modulare Ausbildungskonzepte für die komplexen Herausforderungen in derartigen Situationen. Ziel muss eine breite notfallchirurgische Kompetenz für diese Katastrophensituationen sein. Hier ist die AG zukünftig gefordert.

Bei der konstituierenden Sitzung in Berlin waren auch viele Vertreter anderer Sektionen und AGs der DGU dabei. Wo sehen Sie Anknüpfungspunkte für Kooperationen?

Reinhard Hoffmann: Die Schnittmengen werden sich sehr zwanglos finden – zum Beispiel mit der Sektion Notfall-, Inten-

sivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS), aber auch mit anderen. Der DGU-Vorstand setzt große Erwartungen an die neue AG und ist sich sicher, dass diese sich in das Gesamt-Portfolio nahtlos und als wertvoller Baustein integrieren wird.



Miriam Buchmann-Alisch ist Redakteurin bei der DGU.

MEHR INFOS

Weitere Informationen zur AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der DGU finden Sie unter: www.dgu-online.de
→ Arbeitsplattformen → Arbeitsgemeinschaften → AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie