



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

Pressegespräch

4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) gemeinsam mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr und der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V. (DGWMP)

Freitag, den 13.05.2022, 12:15 Uhr

Medizinische Versorgung von Verletzten in Krisensituationen gewährleisten

Inhalt

- Presseeinladung
- Pressemitteilung
- Redemanuskripte
- 5-Punkte-Plan 2.0 der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr
- Programm der 4. Notfallkonferenz
- Lebensläufe der Referenten

Pressekontakt für Rückfragen:

Swetlana Meier

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin

Telefon: 030/340 60 36 -16 oder -00

E-Mail: presse@dgou.de



Einladung zum (Web)-Pressegespräch der 4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) am 13.05. in Hamburg

Medizinische Versorgung von Verletzten in Krisensituationen gewährleisten

Berlin/Hamburg, 02.05.2022: Wie gut sind wir auf Kriegsgeschehen, terroristische Anschläge, Naturkatastrophen oder Pandemien vorbereitet? Wie müssen zivile und militärische Akteure zusammenarbeiten, um in schwierigen Einsatzlagen Leben zu retten und die medizinische Versorgung von Opfern, Unbeteiligten und Einsatzkräften zu sichern? Wie sehen Krisenszenarien der Zukunft aus? Die Herausforderungen sind groß und haben sich bereits in der Pandemie und Hochwasserlage gezeigt. Auch die Unterstützung bei der nach einem Waffenstillstand sicherlich in großem Umfang anstehenden Koordination und Behandlung Kriegsverletzter aus der Ukraine ist ein aktuelles Thema. Damit die Zusammenarbeit von zivilen Gesundheitseinrichtungen, dem Sanitätsdienst der Bundeswehr sowie Hilfs- und Rettungsorganisationen auch unter Extrembedingungen funktioniert, initiiert die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V. (DGWMP) und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr einen Erfahrungs- und Wissensaustausch unter den relevanten Akteuren.

Schwerpunkt der diesjährigen Notfallkonferenz wird ein Blick darauf sein, wie sich starke Netzwerke für die Bewältigung von Terroranschlägen wie auch Pandemien nutzen lassen und wie wichtig eine gute Bevorratung geworden ist. Zusätzlich steht die Vorbereitung auf einen ABC-Terroranschlag im Fokus. An der am 13. Mai stattfindenden 4. Notfallkonferenz nehmen Spitzenvertreter der deutschen Unfallchirurgie, weiterer chirurgischer Disziplinen und der Notfallmedizin, aus Rettungs- und Sicherheitsorganisationen sowie Politik und Bundeswehr teil.

Medienvertreter sind herzlich zum Pressegespräch und zur Parcours-Präsentation eingeladen. Das Gespräch wird auch per Livestream übertragen. Bitte beachten Sie die geänderten Angaben zu Zeit und Ort.

Pressegespräch

Freitag, den 13. Mai 2022, 12:15 Uhr bis 13:00 Uhr

Veranstaltungsort: Offizierheimgesellschaft (OHG) an der Helmut-Schmidt-Universität / Universität der Bundeswehr Hamburg, Rodigallee 98, 22043 Hamburg

Presse-Akkreditierung: presse@dgou.de

- Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie am Pressegespräch per Livestream teilnehmen möchten, dann erhalten Sie von uns den Einwahllink.
- Für das Pressegespräch vor Ort gelten die 3G-Regeln.
- Der Zutritt zur Konferenz selbst und zur Parcourspräsentation ist nur nach voriger schriftlicher Anmeldung unter Beachtung der 2G-Regel möglich, da der Zutritt zum Gelände eingeschränkt ist.



Themen und Referenten:

1. Daseinsvorsorge – Wertigkeit von Netzwerken und Bevorratung: Alarmierungskonzepte und trainierte Abläufe ermöglichen schnellen koordinierten Einsatz.

Vorstellung des TraumaNetzwerks DGU und des 5-Punkte-Plans 2.0 zur zivil-militärischen Zusammenarbeit

Oberstarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) in 2022

2. Notwendige Bevorratung ist aufwändig und kostenintensiv: Refinanzierung der Vorhaltekosten in der Notfallversorgung

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

3. Regelversorgung im Ausnahmezustand: Wie kann die unfallchirurgische Versorgung während einer Pandemie sichergestellt werden?

Prof. Dr. Michael J. Raschke, Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Münster, 1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

4. Die Bedeutung der zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr: Nur im Verbund können lebensbedrohliche Einsatzlagen gemeistert werden.

Generalstabsarzt Dr. Stephan Schoeps, Kommandeur Gesundheitseinrichtungen und Stellvertretender Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP)

5. Gemeinsame Ausbildungskonzepte: Was können zivile und militärische Akteure voneinander lernen und wie wichtig ist eine gemeinsame Ausbildung?

Univ.-Prof. Dr. Tim Pohlemann, Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Sprecher des Wehrmedizinischen Beirats des Bundesverteidigungsministers

Moderation: Prof. Dr. Andreas Seekamp / Oberstarzt Prof. Dr. Friemert

Weitere Informationen:

Programm der 4. Notfallkonferenz der DGU:

<https://kurse.bikmed.de/kursangebot/kurs/notfallkonferenz-dgu-137.html>



Pressemitteilung

4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

Unfallchirurgen stellen 5-Punkte-Plan 2.0 zur Versorgung von Verletzten in Kriegs-, Terror- und Katastrophensituationen vor

Berlin/Hamburg, 13.05.2022: Unfallchirurgen und Ärzte der Bundeswehr haben heute bei einem Pressegespräch über erforderliche Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung in vielfältigen Kriegs-, Krisen- und Katastrophenfällen gesprochen, auch mit Blick auf die aktuelle Lage in der Ukraine. Anlass ist die 4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) in Kooperation mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr und der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP) an der Helmut-Schmidt-Universität der Bundeswehr in Hamburg. Kernpunkte sind eine strukturierte Bevorratung in Krankenhäusern und die systematische Einbindung politischer Entscheidungsträger in bestehende Netzwerkstrukturen. „Die Menschen erwarten, dass auch in einer Extremsituation jeder in Not geratene Mensch die erforderliche schnelle medizinische Hilfe erhält. Deshalb müssen wir uns auf unterschiedlichste Gefahrensituationen vorbereiten und haben dafür einen neuen 5-Punkte-Plan 2.0 entwickelt, mit anstehenden taktischen Schritten für die nächsten Jahre“, sagt DGU-Präsident Prof. Dr. Benedikt Friemert beim Kongress.

Der Ukraine-Krieg zeigt die zunehmende Bedeutung einer funktionierenden zivil-militärischen Zusammenarbeit, wenn es um die medizinische Versorgung von Kriegsverletzten geht. Seit Beginn des Kriegs wurden die bestehenden Strukturen des TraumaNetzwerks DGU an die aktuellen Anforderungen angepasst, um Kriegsverletzte in der zu erwartenden größeren Zahl auch in Deutschland bestmöglich behandeln zu können. Terroranschläge, schwere Unfälle sowie Naturkatastrophen und andere Großschadensereignisse können in Deutschland schnell zu einer Situation führen, in der die Versorgung verletzter Personen nicht mehr angemessen gewährleistet werden kann. Ist die Einsatzlage so schwerwiegend, dass die zuständigen Behörden und Einrichtungen sie nicht mehr mit eigenen Kräften bewältigen können und besteht zusätzlich Gefahr für das Leben von Opfern, Unbeteiligten und Einsatzkräften, spricht man von einer lebensbedrohlichen Einsatzlage. „Solchen Einsatzlagen kann oft nur mit einer engen Zusammenarbeit verschiedener ziviler und auch militärischer Kräfte begegnet werden“, sagt Univ.-Prof. Dr. Tim Pohlemann, Sprecher des Wehrmedizinischen Beirats des Bundesverteidigungsministeriums.

Mit dem neuen 5-Punkte-Plan 2.0, der in der DGU-Arbeitsgemeinschaft für Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC) entwickelt wurde, werden taktische Schritte für die nächsten Jahre formuliert mit dem Ziel, dass Opfer von möglichen Terroranschlägen oder bei Naturkatastrophen in Deutschland zu jeder Zeit und an jedem Ort schnell und situationsgerecht auf hohem Niveau versorgt werden können.

5-Punkte-Plan 2.0 der DGU-AG EKTC zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung in besonderen Katastrophen und bei möglichen Terroranschlägen:

1. Informationsveranstaltungen für nicht-medizinische Entscheidungsträger auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene zu den Besonderheiten eines Massenanfalls von Verletzten (MANV) und eines Massenanfalls von Verletzten bei Terrorlagen (TerrorMANV).



2. Optimierung der interdisziplinären Erstversorgung in der Klinik bei einem MANV oder TerrorMANV mittels einer Beschreibung personeller, fachlicher und materieller Empfehlungen für die teambasierte und interdisziplinäre Erstversorgung in einer lebensbedrohlichen Einsatzlage.

3. Etablierung einer Personenzertifizierung für den Themenkomplex „umfängliche Traumachirurgie“: Entwicklung eines Aus- und Weiterbildungskonzepts für Ärzte zur Vertiefung der Traumaversorgungskompetenz für den einzelnen Verletzten und die Verletzten im Rahmen eines MANV oder TerrorMANV.

4. Sicherheit an und in der Klinik: Erarbeiten von Empfehlungen und praktischen Maßnahmen zur Verbesserung der aktiven und passiven Sicherheit in Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen bei einem Terror-MANV.

5. Weitergehende Empfehlungen für den Terror-, Katastrophen- und Verteidigungsfall wie das Erstellen einer Kapazitätsanalyse und Behandlungsempfehlungen für die innerklinische Katastrophenmedizin sowie einer Simulation zum Abgleich zwischen Behandlungsempfehlungen und -kapazitäten.

Wie wichtig eine gute zivil-militärische Zusammenarbeit ist, wurde auch beim Hochwasser in der Eifel und im Ahrtal sichtbar. Auch terroristische Bedrohungslagen verlangen nach Kooperation. Dies beinhaltet den Austausch von Wissen und Ressourcen zwischen zivilen Gesundheitseinrichtungen und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr sowie Hilfs- und Rettungsorganisationen. „Der kontinuierliche intensive Austausch zwischen zivilen Ärzten und Sanitätsoffizieren sowie regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen haben zu einem besseren gegenseitigen Verständnis und zu einer verbesserten Vorbereitung in den zivilen Kliniken geführt“, sagt Generalstabsarzt Dr. Stephan Schoeps, Stellvertreter des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und Kommandeur Gesundheitseinrichtungen im Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr.

Eine wichtige Aufgabe für die Zukunft besteht in der Klärung, wie notwendige kostenintensive Bevorratung und Notfallübungen finanziert werden. „Die notwendigen Strukturanpassungen mit einem Ad-hoc-Hochfahren der Versorgungsstrukturen in Form von Sachmitteln, Personal und Ausstattung können keinesfalls von den Kliniken aus dem laufenden Budget finanziert werden“, sagt DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Dietmar Pennig. „Wir fordern von Politik und Kostenträgern die Bereitstellung von Mitteln entsprechender Größenordnung, um die berechtigten Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf die Daseinsfürsorge zu ermöglichen und das Vertrauen in die medizinische Versorgung sowie die politischen Entscheidungsträger zu rechtfertigen.“

Hintergrund:

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) begeht in diesem Jahr ihr 100-jähriges Jubiläum. Die medizinische Fachgesellschaft wurde am 23. September 1922 in Leipzig als „Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin“ gegründet. Um jedem Verletzten an jedem Ort in Deutschland zu jeder Zeit die gleichen Überlebenschancen zu bieten, hat die DGU im Jahr 2008 das Projekt TraumaNetzwerk DGU® ins Leben gerufen. Bereits 1993 wurde das TraumaRegister DGU® erstellt. Mittlerweile zeichnet sich in Deutschland eine deutliche Verbesserung der klinischen Infrastruktur und der Prozessqualität bei der Versorgung schwerverletzter Patienten ab.



Statement von Prof. Dr. Benedikt Friemert

Oberstarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) in 2022
anlässlich der 4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
am 13. Mai 2022 in Hamburg.

**Daseinsvorsorge – Wertigkeit von Netzwerken und Bevorratung: Alarmierungskonzepte und trainierte Abläufe ermöglichen schnellen koordinierten Einsatz.
Vorstellung des TraumaNetzwerks DGU und des 5-Punkte-Plans 2.0 zur zivil-militärischen Zusammenarbeit**

Staatliche Daseinsvorsorge ist ein Thema, welches seit der Coronapandemie wieder deutlich in den Fokus der Politik und Öffentlichkeit gerückt ist. Dabei handelt es sich um Aufgaben der öffentlichen Hand, die für das Leben und die Versorgung der Bevölkerung unabdingbar sind (Strom, Wasser, Gesundheitseinrichtungen usw.). Gerade aber auch die Sicherung von Lieferketten für entsprechende Rohstoffe (Gas, Öl), aber auch die Beschaffung von Medikamenten und Schutzausrüstungen gehört dazu. Mehr denn je führt uns nun der aktuelle Krieg in der Ukraine vor Augen, welche Bedeutung die Globalisierung und daraus folgend z.B. der Einkauf von Rohstoffen ausschließlich im Ausland hat. Dabei ist Daseinsvorsorge etwas, was in Zeiten, in denen sie nicht gebraucht wird, etabliert und aufgebaut werden muss, um sie dann zur Verfügung zu haben, wenn es notwendig ist. Ein gutes Beispiel ist hier die Feuerwehr. Es besteht in der Gesellschaft kein Zweifel daran, dass diese benötigt wird und dass die notwendigen Kosten dafür auch aufgebracht werden müssen.

Im Gesundheitssystem gibt es ebenfalls zur Daseinsvorsorge, ganz besonders die Notfallversorgung der Bevölkerung. Hierbei spielt die Unfallversorgung eine sehr große Rolle, da ca. 30 % aller Notfälle in einer Notaufnahme dem chirurgischen Fachgebiet zuzuordnen sind, davon sind ca. 70 % traumatologische und orthopädische Notfälle.

Um dieser Aufgabe der traumatologischen Notfallversorgung, vor allem der Schwerverletztenversorgung, gerecht zu werden, hat die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) schon vor über 20 Jahren das TraumaNetzwerk DGU in Deutschland etabliert. Dieses Netzwerk umfasst inzwischen ca. 650 Kliniken. Es handelt sich bei diesen Kliniken um speziell auditierte Kliniken in einem dreistufigen System (Lokale -, Regionale -, und Überregionale TraumaZentren). Im Weißbuch der Schwerverletztenversorgung der DGU sind genaue Kriterien festgelegt, die das jeweilige TraumaZentrum für die angestrebte Versorgungsstufe erfüllen muss, um die Auditierung erfolgreich ablegen zu können. Diese einzelnen Kliniken sind dann in 56 TraumaNetzwerken zusammengeschlossen und als solche zertifiziert. Somit ist ein flächendeckendes, zertifiziertes Netzwerk von Kliniken entstanden, welches 24/7/365 für die Versorgung von verletzten Patienten zur Verfügung steht. Ergänzt wird dieses TraumaNetzwerk durch das Traumaregister, in welches die in den TraumaNetzwerken eingebundenen Kliniken die Behandlung der Patienten strukturiert eingeben, um daraus nicht nur einen jährlichen Qualitätsbericht für die Kliniken zu erstellen, sondern auch um die Ergebnisse wissenschaftlich auswerten zu können, um damit die Versorgung der Patienten zu verbessern. Somit ist der Dreiklang aus Weißbuch, TraumaNetzwerk und Traumaregister nicht nur die Etablierung der Daseinsvorsorge für verletzte Patienten, sondern auch eine



Qualitätssicherung dieser Versorgung. Daher wissen wir, dass die Traumaversorgung in Deutschland flächendeckend und qualitativ hochwertig sichergestellt ist.

Ein wesentlicher Mehrwert dieser Netzwerkstrukturen ist die vorgeplante und organisierte Patientenverlegung zwischen den Kliniken. Dies ist zum Teil in der Pandemie, vor allem aber nun bei der Aufnahme der schwerstverletzten Kriegsgesopfer aus der Ukraine von wesentlicher Bedeutung. Zunehmend gibt es Anfragen der ukrainischen Regierung zur Übernahme der Behandlung dieser Patienten. Die TraumaNetzwerke und die DGU sind in die Kleeblattstrukturen der Länder integriert und beraten hier auf verschiedenen Ebenen bei der Zuteilung der Patienten auf die entsprechenden Kliniken. Dieses gelingt deswegen reibungslos, da die Verantwortlichen der TraumaNetzwerke (Netzwerksprecher und Bundeslandsprecher) die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Kliniken sehr gut kennen, gleichzeitig auch deren Aufnahmekapazitäten.

Aufgrund der Terrorattentate 2015 in Paris hat die DGU zusammen mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr einen 5-Punkteplan beschlossen und inzwischen auch umgesetzt. Bei diesem ging es darum, die medizinischen und organisatorischen Besonderheiten von Patienten mit Kriegsverletzungen in den TraumaNetzwerken bekannt zu machen und klar zu machen, dass wir uns mit unseren Krankenhäusern und dem Personal auf diese Situationen vorbereiten müssen. Kern dieses 5-Punkte-Plans war die Entwicklung einer Simulationsübung in Form eines Brettspiels, mit dem diese besondere Situation trainiert werden kann. Dieser 5-Punkte-Plan hat wesentlich dazu beigetragen, dass in den Kliniken der TraumaNetzwerke dieses Thema nun präsent ist, was uns in dieser Situation bei der Aufnahme der ukrainischen Kriegsverletzten sehr hilft. Dieses Thema hat es nun auch in die letzte Auflage des Weißbuches der Schwerverletztenversorgung geschafft. Um nun aber weitere Verbesserungen bei der Versorgung von Terroropfern, Terroranschlägen aber auch Kriegsgesopfern zu erreichen, hat die AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der DGU einen 5-Punkteplan 2.0 aufgelegt (s.u.).

Zusammenfassend wird klar, dass durch die Initiativen der DGU ein wesentlicher Teil der staatlichen Daseinsvorsorge sichergestellt wird, nämlich die umfassende Versorgung von verletzten und schwerverletzten Patienten, egal ob durch ein ziviles Trauma, einen Terroranschlag oder der Behandlung von Kriegsgesopfern. Dieses sich „um den verletzten Patienten kümmern“ wird auch weiterhin unsere Passion bleiben.

(Es gilt das gesprochene Wort, Hamburg, 13. Mai 2022)



Statement von Prof. Dr. Dietmar Pennig

bis 30.09.2021 Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals Köln,
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU),
stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
anlässlich der 4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
am 13. Mai 2022 in Hamburg.

**Thema: Notwendige Bevorratung ist aufwändig und kostenintensiv:
Refinanzierung der Vorhaltekosten in der Notfallversorgung**

Terroranschläge und Massenanfälle von Verletzten (MANV) stellen zusätzlich zur Grundversorgung der Bevölkerung eine neue traumatologische Herausforderung dar, die gekennzeichnet ist durch die Notwendigkeit, innerhalb kürzester Zeit auf den Massenanfall von Opfern zu reagieren. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), kooperierende Fachgesellschaften und der Sanitätsdienst der Bundeswehr sind dafür initiativ in Vorleistung getreten. Die notwendigen Strukturanpassungen sowohl in Form von Sachmitteln als auch von Personal und Ausstattung der Krankenhäuser können allerdings keinesfalls von den Kliniken aus dem laufenden Budget finanziert werden. Hier ist die Bereitstellung von Mitteln entsprechender Größenordnung zu fordern, um die berechtigten Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf die Daseinsfürsorge zu ermöglichen und das Vertrauen in die medizinische Versorgung sowie die Politik zu rechtfertigen. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie sieht daher die nachfolgenden Maßnahmen als essentiell unabdingbar an:

Regelmäßige Notfallübungen in Krankenhäusern bei einem Massenanfall von Verletzten im Terrorfall (Terror-MANV).

Die DGU unterstützt die TraumaZentren® der Initiative TraumaNetzwerk® und die Krankenhäuser bei der Durchführung von Notfallübungen, in die alle Elemente der Rettungskette und Notaufnahme sowie der Versorgung in Operationssälen eingeschlossen sind. Notwendigerweise müssen während solcher Notfallübungen die Aktivitäten des Regelbetriebes einer Klinik ruhen, Operationssäle können nicht weiter betrieben werden. Dementsprechend ergeben sich hier Kosten von bis zu 100.000 € pro Übung. Keinesfalls sind hier die Kosten den Krankenhäusern bzw. den Rettungsdiensten aufzubürden. Es gilt hierfür ein Budget bereitzustellen. Die Öffentlichkeit hat im Rahmen der Daseinsvorsorge ein Recht darauf, dass Übungen dieser Art durchgeführt werden, die entsprechend auch staatlich zu finanzieren sind. Der Terroranschlag von Paris war unter anderem davon gekennzeichnet, dass am Morgen des Terroranschlages eine solche Übung – erstmalig und zufälligerweise – durchgeführt worden war. Alle Beteiligten waren daher tagesaktuell „gebrieft“.

Gegenfinanzierung von notfallkontingentnahm OP-Material

Für einen Massenanfall von Verletzten nach einem terroristischen Anschlag sind Ausrüstungen erforderlich, die weit über die Ausstattung der Kliniken für die normale Versorgung von Verletzten hinausgehen. Dies gilt insbesondere für die Bevorratung von OP-Material, Bereitstellung von Fixateur Externen-Systemen, Materialien für die Versorgung von Bauch- und Thoraxverletzungen sowie Spezialverbandsmaterialien zur Versorgung von Weichteilverletzungen. Dieses Material ist in den



Kliniken einzulagern und regelmäßig zu ersetzen, da ein großer Teil dieses Materials als Sterilgut vorzuhalten ist.

Ausstattung mit der Notfallbox

Rettungswagen und Notaufnahmen müssen mit Tourniquets ausgestattet werden, die als Erstmaßnahme dienen können, um eine Blutung an den Extremitäten zu stillen und den lebensbedrohlichen Blutverlust zu verhindern. Das Tourniquet ist ursprünglich in der militärischen Einsatzmedizin eingeführt worden. Auch in die zivilen Versorgungsstrukturen ist aufgrund der erhöhten Terrorgefahr in Deutschland die Einführung erforderlich. In Frankreich beispielsweise sind alle Rettungsfahrzeuge mit diesen Materialien ausgestattet, in der Bundesrepublik Deutschland gilt dies bislang nur für Bayern.

Schulung der Bevölkerung

Die Laienschulung zur Lebensrettung im Terror- und Katastrophenfall muss intensiviert werden und der Gebrauch von Notverbandsmaterialien und Tourniquets muss unterrichtet werden. Analog zu den an öffentlichen Plätzen vorhandenen Defibrillatoren sind beispielsweise auch an Flughäfen und Bahnhöfen solche Materialien vorzuhalten. Die Anwendung kann im Rahmen aktualisierter Erste-Hilfe-Kurse durchgeführt werden. Auch die Ausstattung von Autoverbandskästen mit Tourniquets ist sinnvoll.

Sicherheitskonzepte für Krankenhaus-Notaufnahmen

Die Diskussion um die Sicherheit von Mitarbeitern in Notfallambulanzen und Kliniken ist intensiv zu führen. Das Beispiel vom März 2017, als vier Attentäter in Arztkleidung in ein Hospital in Kabul eindrangen und dort sieben Stunden lang ein Massaker anrichteten, muss als warnendes Beispiel dienen. Es steht zu befürchten, dass diese Vorgehensweisen nach Europa exportiert werden. Die medizinischen wie politischen Folgen eines Ausfalls, beispielsweise eines besonders leistungsfähigen, überregionalen TraumaZentrums® nach einer Attacke durch solche Attentäter sind nicht auszudenken.

Aktualisierung und Zertifizierung von Krankenhausnotfallplänen

Krankenhausnotfallpläne müssen regelmäßig aktualisiert werden mit besonderem Fokus auf dem Massenansturm von Notfallverletzten. Hierbei müssen die besonderen Aspekte von Terrorattentaten Berücksichtigung finden.

Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur dreistufigen Notfallversorgung beinhalten für die mit dieser Versorgungsstruktur beauftragten Kliniken hohe Vorhaltekosten im Personal- und Sachbereich. Diese müssen refinanziert werden; die Sicherstellung der Notfallversorgung ist als Daseinsfürsorge zu begreifen. Ohne solide Refinanzierung laufen wir Gefahr, dass Kliniken der Notfallversorgung aus dieser Versorgungsform ausscheiden, mit der Folge der Überlastung der verbliebenen Versorger und resultierender zeitlicher Verzögerung.

LITERATUR:

1. Franke A, Bieler D, Friemert B, et al: Erstversorgung und innerklinische Therapie von Schuss- und Explosionsverletzungen. Dtsch Arztebl Int 2017; 114 (14): 237-43.
2. Friemert B, Achatz G: Auf Terroranschläge vorbereitet sein. Orthopädie und Unfallchirurgie 2017; 7 (2): 54-55.



3. Pressemitteilung der DGU vom 19. Mai 2017: <http://daebl.de/WM74> (last accessed 6. Dezember 2017).
4. Hirsch M, Carli P, Nizard R, et al: The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. Lancet. 2015; 386 (10012): 2535-8.
5. Lemke H, Lenz W, Schiffner J, et al: Bundesweite Einführung eines Krankenhauskatasters in den Klinikalltag und bei Großschadens- und Bedrohungslagen. Der Unfallchirurg 2018; <https://doi.org/10.1007/s00113-018-0472-0>

(Es gilt das gesprochene Wort, Hamburg, 13. Mai 2022)



Statement von Prof. Dr. Michael J. Raschke

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum
Münster, 1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU),

1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
und Unfallchirurgie (DGOU)

anlässlich der 4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
am 13. Mai 2022 in Hamburg.

**Thema: Wie kann die unfallchirurgische Versorgung während einer Pandemie sichergestellt werden?
Welches Potenzial besitzt das TraumaNetzwerk DGU® (TNW)?**

In Hinsicht auf Verletzungen sind Unfallchirurgen gut vorbereitet, denn sie verfügen mit dem TraumaNetzwerk DGU® (TNW) über ein länderübergreifendes Akutnetzwerk, in dem Schwerverletzte an jedem Ort in Deutschland rund um die Uhr optimal versorgt werden. Mit Verlegungskonzepten zur Zuweisung von Patienten wird sichergestellt, dass die einzelne Klinik nicht überlastet wird. Solche Strukturen könnten auch bei einer Pandemie helfen, die Patienten koordiniert auf die Krankenhäuser zu verteilen und damit die Auslastung zu steuern, um Überlastung zu vermeiden. Denn ein Virus, wie Corona, macht nicht an Ländergrenzen halt. Die Netzwerkstruktur, die wir in den TraumaNetzwerken seit mehr als 15 Jahren ‚leben‘, könnte das Modell für die Zukunft sein.

Denn eine Pandemie und ein Massenanfall von Verletzten, wie etwa bei einem Zugunglück, haben eines gemeinsam: zu viele Patienten für zu wenige Kapazitäten. So gibt es bei einem Terroranschlag in kürzester Zeit ungewöhnlich viele Patienten, die medizinisch versorgt werden müssen. Bei einer Epidemie oder Pandemie steigen die Zahlen eher langsam, dafür aber über einen längeren Zeitraum unaufhörlich. Anders als bei der organisierten Schwerverletztenversorgung sind viele Krankenhäuser auf einen Massenanfall an Erkrankten im Falle einer Pandemie nur bedingt vorbereitet.

Überdurchschnittlich viele Patienten müssen in Kliniken aufgenommen werden, wobei es regional sehr große Unterschiede bei der Erregerausbreitung gibt. Schnell muss klar sein, wer verfügt über freie Betten, freie Intensivkapazitäten und Fachpersonal. Falls regional eine Klinik mit ihren Ressourcen an ihre Grenzen stößt, müssen Patienten frühzeitig in andere Kliniken verlegt und aufgenommen werden. Hier spielt der Zeitpunkt der Verlegung eine entscheidende Rolle. In der Realität scheitert das Vorhaben nicht selten an den föderalen Krankenhausstrukturen, die an Ländergrenzen enden. Bei einer Überlastung ist es dann sehr aufwändig, länderübergreifend Patienten zu verlegen oder überhaupt Krankenhäuser zu finden, die Patienten aufnehmen können. Denn für diesen Fall existieren keine strukturierte Steuerung, etablierte Kommunikationswege und gemeinsam genutzte Telematikstrukturen.

Länderübergreifende Netzwerkstrukturen bringen für die Patienten einen Riesenvorteil. Denn kein Krankenhaus steht bei einem Massenanfall an Verletzten alleine da. Wenn alle Betten voll sind, ist klar, welche Klinik angefragt werden kann und welche gegenseitigen Aufnahmeverpflichtungen bestehen. Mit dem Ausrollen der Netzwerkstrukturen von 700 Kliniken, angepasst an die Notwendigkeiten einer Pandemie, auf die insgesamt über 2000 Krankenhäuser, würde beispielsweise eine flächendeckende telemedizinische Vernetzung zwischen allen Kliniken in Deutschland etabliert. Diese könnte auch über die aktuelle Lage hinaus Bestand haben. Denn es gibt zwar bereits jetzt schon lokale und regionale Krankenhauskooperationen, aber sie sind unterschiedlich organisiert und haben verschiedene digitale Standards.

(Es gilt das gesprochene Wort, Hamburg, 13. Mai 2022)



Statement von Generalstabsarzt Dr. Stephan Schoeps

Stellvertreter des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und
Kommandeur Gesundheitseinrichtungen
anlässlich der 4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
am 13. Mai 2022 in Hamburg.

Die 4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ist der Ausdruck einer langen und intensiven Kooperation zwischen der DGU und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr. Diese zu fördern und auszubauen, ist Ziel unseres Inspektors, Generaloberstabsarzt Dr. Ulrich Baumgärtner und auch von mir. Unsere Kooperation folgt dem Ziel, die traumatologische Versorgung von Opfern lebensbedrohlicher Einsatzlagen, beispielsweise Terroranschlägen, Amoklagen oder Naturkatastrophen, in ganz Deutschland zu verbessern.

Das Verletzungsmuster in solchen Ausnahmesituationen unterscheidet sich sehr stark von den üblichen Behandlungsfällen in deutschen Kliniken. Der Sanitätsdienst hat in den vergangenen Jahren in vielen Einsätzen weltweit wertvolle Erfahrungen in der Behandlung dieser schwerstverletzten Patientinnen und Patienten gesammelt. Dies gilt im Besonderen für Verletzungen, welche in Deutschland sehr selten auftreten, beispielsweise Schussverletzungen und Explosionsverletzungen, oft in Kombination mit Verletzungen der Extremitäten oder lebensbedrohlichen Blutungen.

Hier arbeiten die DGU und der Sanitätsdienst der Bundeswehr daran, dieses Wissen in die zivile Medizin zu integrieren, wissenschaftlich weiterzuentwickeln und in die nächste Generation von Ärztinnen und Ärzten zu tragen.

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr kooperiert sehr eng mit der DGU, beispielsweise in der AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie sowie der Partizipation von Bundeswehrkrankenhäusern am TraumaNetzwerk DGU® und TraumaRegister DGU®. Ärztinnen und Ärzte des Sanitätsdienstes der Bundeswehr geben ihr erlangtes und durch Einsatzerfahrung erweitertes Wissen beispielsweise im Kurs „Terror and Disaster Surgical Care (TDSC®)“ weiter und trainieren realitätsnah die Besonderheiten von Terrorlagen, innerklinischer Sichtung und chirurgischer Behandlungsstrategien.

Auch aufgrund qualitativ hochwertiger Forschung und Behandlung konnten sich die Ärztinnen und Ärzte des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und unsere Bundeswehrkrankenhäuser in den vergangenen Jahren in den medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands einen guten Ruf erarbeiten. Dass mit Oberstarzt Professor Dr. Benedikt Friemert ein Angehöriger des Sanitätsdienstes der Bundeswehr die DGU im Jubiläumsjahr „100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie“ führen darf, zeugt davon. Wir glauben weiter daran, dass die zivile Medizin und der Sanitätsdienst der Bundeswehr von einem engen fachlich-wissenschaftlichen Austausch profitieren können.

Nur gemeinsam werden wir in der Lage sein, die medizinischen Herausforderungen terroristischer Bedrohungslagen, von Katastrophenszenarien oder der Landes- und Bündnisverteidigung zu bewältigen.

(Es gilt das gesprochene Wort. 13. Mai 2022)



Statement von Univ.-Prof. Dr. Tim Pohlemann

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes,

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),

Sprecher des wehrmedizinischen Beirates der Bundesministerin der Verteidigung (BMVg)
anlässlich der 4. Notfallkonferenz der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
am 13. Mai 2022 in Hamburg.

Thema: Behörden und Organisationen mit Sicherungsaufgaben (BOS) und terrorassoziierte Lagen im Saarland: landesweites Schulungskonzept unter Einbeziehung des TraumaNetzwerkes DGU® (TNW)

Die Versorgung einer größeren Anzahl von Patienten nach terrorassoziierten Verletzungen stellt ein ziviles Gesundheitssystem vor teilweise unlösbare Probleme. Während die präklinische Notfallversorgung unter der Verantwortung der Innenministerien in der Regel effektiv organisiert werden kann, ist die notwendige, unmittelbare operative Erst- und Weiterversorgung in den aufnehmenden Kliniken in der Regel fachlich nicht, oder zumindest nicht flächendeckend zu gewährleisten.

Die Vorgaben für die chirurgischen Kliniken (Verantwortungsbereich Sozialministerium) sind unter den derzeitigen Prämissen des DRG-Systems schlagwortartig durch die Begriffe „minimalinvasiv“, „hochelektiv“ und „Spezialisten-assoziiert“ zu charakterisieren. Kenntnisse der Akut- und Kriegschirurgie sind weitestgehend verschwunden.

In dieser Situation wurde 2015 unter dem Eindruck der zunehmenden Anschlagsgefahr im Saarland, auf Initiative des Sprechers des TraumaNetzwerkes Saar-(LOR)-Lux-Westpfalz (Prof. T. Pohlemann), organisiert durch das Innenministerium des Saarlandes (Staatssekretär S. Seel) eine „Task Force Terror Saar“ initiiert. In dieser Task Force sind alle Behörden und Organisationen mit Sicherungsaufgaben (BOS) mit Vertretern der Krankenhäuser und den Mitgliedern des TraumaNetzwerkes DGU® an einem „runden Tisch“ vereint.

Neben allgemeinen, übergreifenden Themen zur Terrorprävention und -abwehr (Polizei/Feuerwehr/Behörden etc.) wurde ein besonderer Schwerpunkt auf die Organisation einer lückenlosen Versorgungskette vom Anschlagort bis nach der operativen Erst- und Definitivbehandlung gelegt. Im Auftrag der Task Force erarbeiteten die Mitglieder des TNW ein landesweites Schulungs- und Übungskonzept. Ärztliche Schulungen umfassen dabei taktische (TDSC) und operationstechnische (DSTC) Elemente, ergänzt durch Seminare der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Allgemein und Viszeralchirurgie (DGAV). Dieses Curriculum wird seit 2016 mit jeweils 50.000 € durch das saarländische Sozialministerium gefördert und durch das TNW organisiert. Inzwischen wurden mehr als 50 Kolleginnen und Kollegen aus den beteiligten Kliniken des Saarlandes geschult und deren Fähigkeitsstand durch ein „Auffrischungskonzept“ sichergestellt.



Strukturierte Beratungen der Kliniken zur Umsetzung der Krankenhausalarmplanung ergänzen dieses Programm (Akademie der Unfallchirurgie, AUC).

Ein abgestimmtes Übungskonzept der Institutionen und Krankenhäuser, ebenfalls finanziell durch das Sozialministerium bezuschusst, umfasste neben individuellen Übungen auch eine landesweite integrierte Übung unter Einbeziehung von Polizeidienst, Feuerwehr, Rettungsdienst, Behörden und Anderen, sowie vier 4 Kliniken des TraumaNetzwerkes DGU[®]. Vertreter der restlichen saarländischen Kliniken waren systematisch als Schiedsrichter und Beobachter beordert.

In Zusammenarbeit mit dem Rettungszweckverband wurde inzwischen ein Alarmierungssystem etabliert, das eine sofortige institutionelle „Aktivierung“ des TNW möglich macht. Ziel ist, als chirurgische Fachvertretung einem erweitert Einsatzstab zur Beratung und besonders auch der Koordination einer möglichen Zusammenarbeit mehrere Netzwerke zur Verfügung zu stehen. Vorgabe muss sein, möglichst vielen Patienten schnellstmöglich individualisierte Maximaltherapie zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang wurde kürzlich das Militärkrankenhaus Landstuhl (U.S. Army Hospital - LRMC) als Regionales TraumaZentrum DGU[®] zertifiziert. Ziel ist die Einsteuerung von Verletzten im Rahmen eines Massenanfalls in die drei angrenzenden deutschen TraumaNetzwerke DGU[®]. Diese Modelle sind beispielhaft für die künftige Weiterentwicklung der Konzeption der TraumaNetzwerke DGU[®], besonders unter dem Gesichtspunkt einer intensivierten zivil-militärischen Zusammenarbeit zur Bewältigung künftiger Krisensituationen.

(Es gilt das gesprochene Wort, Hamburg, 13. Mai 2022)



5-Punkte-Plan 2.0 der DGU-AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC) zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung in besonderen Katastrophen und bei möglichen Terroranschlägen:

5-Punkte-Plan 2.0

- 1. Informationsveranstaltungen für nicht-medizinische Entscheidungsträger** auf Bundes- und Landes- und lokaler Ebene zu den Besonderheiten eines Massenanfalls von Verletzten (MANV) und eines Massenanfalls von Verletzten bei Terrorlagen (TerrorMANV).
- 2. Optimierung der interdisziplinären Erstversorgung in der Klinik bei einem MANV oder TerrorMANV** mit einer Beschreibung personeller, fachlicher und materieller Empfehlungen für die teambasierte und interdisziplinäre Erstversorgung in einer lebensbedrohlichen Einsatzlage.
- 3. Etablierung einer Personenzertifizierung für den Themenkomplex „umfängliche Traumachirurgie“:** Entwicklung eines Aus- und Weiterbildungskonzepts zur Vertiefung der Traumaversorgungskompetenz für den einzelnen Verletzten und die Verletzten im Rahmen eines MANV oder TerrorMANV.
- 4. Sicherheit an und in der Klinik:** Erarbeiten von Empfehlungen und praktischen Maßnahmen zur Verbesserung der aktiven und passiven Sicherheit in Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen beim Terror-MANV.
- 5. Weitergehende Empfehlungen für den Terror-, Katastrophen- und Verteidigungsfall** wie das Erstellen einer Kapazitätsanalyse und Behandlungsempfehlungen für die innerklinische Katastrophenmedizin sowie einer Simulation zum Abgleich zwischen Behandlungsempfehlungen und -kapazitäten.

Nofallkonferenz der DGU
13. Mai 2022, Helmut Schmidt Universität der Bundeswehr
Holstenhofweg 85, 22043 Hamburg

09:00 – 09:20	Begrüßung <i>Seekamp, Friemert</i> Grußworte <i>Präsident der Universität</i> <i>Generalsekretär der DGU</i> <i>Stellv. des Inspektors des Sanitätsdienstes / Präsident der DGWMP</i>
Sitzung I <i>Moderation</i>	Zivil-militärische Zusammenarbeit (ZMZ) - Gestern und heute <i>Friemert, Raschke</i>
09:20 – 09:50	Zivil-militärische Zusammenarbeit heute – Eine Standortbestimmung <i>Most</i>
09:50 – 10:10	Erfolgreiche zivil-militärische Zusammenarbeit in der Luft und am Boden <i>Siegl</i>
10:10 – 10:30	Triage beim Terror und in der Pandemie – Ist es dasselbe? <i>Friemert</i>
10:30 – 10:50	Sanitätsdienst, DGU, AUC und Universität der Bundeswehr München: TDSC <i>Franke</i>
10:50 – 11:00	Zusammenfassung und Fragen
Sitzung II <i>Moderation</i>	Daseinsvorsorge – Wertigkeit von Netzwerken und Bevorratung <i>Pennig, Schoeps</i>
11:00 – 11:20	Was haben wir nach den bisherigen Terroranschlägen verändert? <i>Schweigkofler</i>
11:20 – 11:40	Krankenversorgung bei einem „Klinik-Lock-Down“ <i>Raschke</i>
11:40 – 12:00	Der Nutzen von Netzwerken bei Terroranschlägen und in der Pandemie <i>Ruchholtz</i>
12:00 – 12:10	Zusammenfassung und Fragen
12:10 – 13:00	Mittagspause und Pressegespräch

13:00 – 13:45 **Parcours**
Bauer
Sanitätsdienst der Bundeswehr
Berufsfeuerwehr Hamburg
Polizei Hamburg

Sitzung III
Moderation **Versorgung von Opfern kriegerischer Gewalt**
Friemert, Pohlemann

13:45 – 14:10 Herausforderungen bei typischen Verletzungsmustern
Franke

14:10 – 14:30 Einschätzungen zur aktuellen Lage in der Ukraine
Friemert

14:30 – 14:40 Zusammenfassung und Fragen

Sitzung IV
Moderation **Szenarien der Zukunft – Auf was müssen wir uns einstellen?**
Matthes, Reuter

14:40 – 15:00 Anschläge auf Transportmittel, und Transportwege
Wagner

15:00 – 15:20 Anschläge auf Klinik IT
Schütz

15:20 – 15:30 Zusammenfassung und Fragen

15:30 – 15:50 **Pause**

Sitzung V
Moderation **Gemeinsame Ausbildungskonzepte - Lernen voneinander und miteinander**
Pohlemann, Seekamp

15:50 – 16:10 ATLS®, eine international-medizinische und gemeinsame zivil-
militärische Sprache
Fischer

16:10 – 16:30 BOS und terrorassoziierte Lagen im Saarland: landesweites
Schulungskonzept unter Einbeziehung des TraumaNetzwerkes
Pohlemann

16:30 – 16:50 DSTC, DATC, ASSET und DGAV Seminar – gemeinsam beste zivil-
militärische Fortbildung
Schwab

16:50 – 17:00 Zusammenfassung und Fragen

17:00 – 17:15 **Schlusswort und Verabschiedung**

Lebenslauf: Oberstarzt Prof. Dr. med. Benedikt Friemert



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

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) im Jahr 2022

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) im Jahr 2022

Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats seit 2016

Akademischer Lebenslauf/Beschäftigungsverhältnisse:

01.07.1983

Eintritt in die Bundeswehr als Wehrpflichtiger

01.01.1985

Übernahme als Sanitätsoffizieranwärter

1986 – 1992

Studium der Humanmedizin an der Universität zu Köln

03.12.1992

3. Staatsexamen der Humanmedizin

12/1992 – 01/1995

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

21.04.1993

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

17.06.1994

Approbation

25.01.1995

Zusatzbezeichnung Sportmedizin

02/1995 – 03/1997

Truppenarzt TrspBtl 420, Burg/Magdeburg

04/1997 – 09/2004

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

17.10.2000

Facharzt für Chirurgie

01.04.2001

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

01.01.2003

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

24.10.2003

Ernennung zum Ausbildungsleiter der DEGUM Sektion Chirurgie

10/2004 – 12/2005

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

01 – 12/2005

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

01.12.2005

Schwerpunkt Unfallchirurgie

14.12.2005

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

13.01.2006

Ernennung zum Privatdozenten an der TU München

01/2006 – 09/2007

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

24.05.2007

Facharztprüfung zum FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

10/2007 – 11/2009

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

10.06.2008

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

13.11.08

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

seit 01.12.2009

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

18.02.2010

Ernennung zum Außerplanmäßigen Professor der Universität Ulm im Fachgebiet Chirurgie

seit 4/2013

Geschäftsführender Arzt des Chirurgischen Zentrums des Bundeswehrkrankenhauses Ulm

seit 1/2015

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

seit 1/2016

Koordinator für Forschung und Lehre am Bundeswehrkrankenhaus Ulm

seit 1/2017

Mitglied im Direktorium am Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeit:

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

Funktionen in wissenschaftlichen Gesellschaften und Institutionen:

2010 – 2013

Vorsitzender der AG Ultraschall der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

2013 - 2019

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

2016 - 2018

Mitglied des nichtständigen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

seit 01/2011

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

seit 08/2016

Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer

ab 01/2020

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

Auszeichnungen:

- Bundeswehrverdienstkreuz in Silber

Auslandseinsätze:

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

Stand: 2019

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



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

Prof. Pennig war bis zum 30. September 2021 Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals in Köln.

WEITERBILDUNG

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

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

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

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

HABILITATION

Lehrbefugnis für Unfallchirurgie und Handchirurgie
28.06.1990
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

STIPENDIEN

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

LETZTE POSITIONEN

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

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

Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie/Orthopädie,
Hand- und Wiederherstellungschirurgie
St. Vinzenz-Hospital
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
01.01.1992 bis 2021

Ärztlicher Direktor
2004 bis 2021

PROFESSUR

20.02.1997
Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

2002
Umhabilitation an die Albertus-Magnus-Universität zu Köln

BERUFSPOLITISCHE AKTIVITÄTEN

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

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Gründungsmitglied; Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes
Stellvertretender Generalsekretär seit 01.01.2022

MITGLIEDSCHAFTEN IN FACHGESELLSCHAFTEN

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
- Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Forschung
- Société Française de Chirurgie, Orthopédique et Traumatologique
- International Society for Fracture Repair (Gründungsmitglied)
- Gerhard Küntscher Kreis
- Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft Handchirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
- Arbeitsgemeinschaft Obere Extremität e.V. (AGOE) (Stellvertr. Vorsitzender)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
- Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE)
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
- Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

EHRENMITGLIED

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

WISSENSCHAFTLICHE MITARBEIT IN ZEITSCHRIFTEN UND VERLAGEN

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

BEIRATSMITGLIED

- Der Chirurg (Springer-Verlag GmbH)

VERÖFFENTLICHUNGEN

- Über 250 Veröffentlichungen in nationalen und internationalen Zeitschriften und Büchern

Köln, 1. November 2021

Prof. Dr. Dietmar Pennig

Lebenslauf: Prof. Dr. Michael J. Raschke



Prof. Dr. Michael J. Raschke (* 1959) war in den Amtsjahren 2020 und 2021 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2003 Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Münster.

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte

- Polytraumaversorgung
- Fraktur- und posttraumatische Endoprothetik
- Problemfrakturen
- Sporttraumatologie
- Becken- und Azetabulumfrakturen
- Navigation und intraoperative 3D-Bildgebung
- Wirbelsäulenchirurgie
- Alterstraumatologie

Klinischer Werdegang

seit 08/2003

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinik Münster (UKM)

seit 05/2003

“außerplanmäßiger Professor” der Medizinischen Fakultät Humboldt-Universität zu Berlin

Seit 12/2000

ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren (§ 6 – Zulassung für berufsgenossenschaftliche Heilverfahren

05/1999-04/2003

leitender Oberarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin und ständiger Vertreter der Klinikleitung (Prof. Dr. N. P. Haas)

03/1994-04/1999

verantwortlicher Leiter des Biomechanik- und Histomorphologischen Knochenlabors der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Biomedizinischen Forschungszentrum an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

03/1994

Oberarzt der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Charité – Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. N. P. Haas)

1993-2003

Klinik für Unfall und Wiederherstellungschirurgie, Charité – Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. N. P. Haas)

1987-1993

Klinik für Viszeral- und Unfallchirurgie, Technische Universität München (Prof. Dr. J. R. Siewert – Prof. B. F. Claudi)

1985-1987

Anatomisches Institut Universität Hamburg (Prof. Dr. W. Lierse)

1979

MTA-Schule Allgemeines Krankenhaus St. Georg Hamburg, Medizinisch-Technischer Assistent MTA

Akademischer Werdegang

seit 2003

Berufung zum Lehrstuhlinhaber für Unfallchirurgie und zum Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Münster, Westfälische Wilhelms-Universität

03/1997

Abschluss des Habilitationsverfahrens und Erlangung der Venia Legendi für das Fach „Chirurgie“ mit dem Thema: „Hybridsysteme zur Behandlung von Unterschenkelfrakturen mit schwerem Weichteilschaden und der Folgezustände - Experimentelle Analyse und Klinische Anwendungen“

1987

Dissertation (Dr. med.) Medizinische Hochschule zu Lübeck, Institut für Biochemische Endokrinologie

1985

Approbation

1979-1985

Studium der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und der Medizinischen Hochschule zu Lübeck

Fachqualifikationen

2018: Europäischer Facharzt “Fellow European Board of Surgery/FEBS Traumatology”

2009: Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie

2005: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie; Schwerpunkte: Spezielle Unfallchirurgie und Handchirurgie

2002: Facharzt für Handchirurgie

1998: Facharzt für Unfallchirurgie

1994: Facharzt für Chirurgie

Ehrenämter, Mitgliedschaften und Auszeichnungen

Ehrenämter:

2020/2021: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

2020/2021: stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

2020: Mitglied des Aufsichtsrats der Universitätsklinik Münster

seit 2018: Chair of AOTK Trauma, Member of AOTK Executive Board

2016-2018: Chair “Anti-Infection-Task Force – AITF”

2013-2018: Präsident der AOTrauma Deutschland

2010-2016: Chair “Biomaterials-Task Force – BMTF” – AO Technische Kommission

seit 2007: Sprecher des TraumaNetzwerk-NordWest

2003-2010: Leiter der Arbeitsgemeinschaft „Alterstraumatologie“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Mitgliedschaften:

A.S.A.M.I German (Founding Member)

AG Notarzt – Berlin (AGN Berlin)

AOTrauma Deutschland (AOTD)

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE-Deutschland)

Berliner Chirurgische Gesellschaft (BCG)

Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DCGOU)

Deutsche Kniegesellschaft (DKG)

Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG)

European Bone and Joint Infection Society (EBJIS)

European Society for Surgical Research (ESSR)

Fragility Fracture Network (FFN)

Norddeutsche Orthopäden und Unfallchirurgen Vereinigung (NOUV)

Orthopaedic Research Society (ORS)

Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU)

Vereinigung Niederrheinisch Westfälischer Chirurgen

Auszeichnungen:

2013: AO-Foundation: TK Innovation Prize, Davos

“Outstanding Contributions in the Development of the ProTect Nail”

2009: Karl Storz Innovationspreis Telemedizin 2009

Universitätsklinikum Münster, Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie, Projekt TEAM TNNW – Telematic in Acute Medicine in Traumanetwork NorthWest

2000: Hans Liniger Preis der DGU

Awarded at the 64. annual meeting, Hannover: Schmidmaier G, Wildemann B, Bail H, Lucke M, Stemmerger A, Flyvbjerg A, Raschke M

“Die lokale Freisetzung von IGF-I und TGF- β 1 aus einer biodegradierbaren Poly (D,L-Laktid) Beschichtung von Implantaten beschleunigt die Frakturheilung”

Münster, Oktober 2021

Prof. Dr. Michael J. Raschke



BUNDESWEHR

CURRICULUM VITAE

Generalstabsarzt Dr. Stephan Schoeps
Kommandeur Gesundheitseinrichtungen und Stellvertreter des
Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr



Name	Dr. Stephan Schoeps
Geburtsdatum	18. April 1958

Militärischer Werdegang

1977 bis 1983	Studium der Humanmedizin, Essen
1983 bis 1985	Assistenzarzt Innere Medizin am Bundeswehrkrankenhaus in Hamm
1985 bis 1986	Truppenarzt an der Schule für Personal in integrierter Verwendung in Köln
1986 bis 1988	Dezernent „Führung und Einsatz“ in der Abteilung Sanitäts- und Gesundheitswesen beim Territorialkommando Nord, Mönchengladbach
1988 bis 1990	Teilnehmer am 31. Generalstabslehrgang des Heeres an der Führungsakademie der Bundeswehr in Hamburg
1990 bis 1992	Referent für Internationale Beziehungen im Bundesministerium der Verteidigung – Inspektion des Sanitätsdienstes, Bonn
1992 bis 1998	Referent für Konzeption, Einsatzführung, Bundeswehr- und Studienplanung im Bundesministerium der Verteidigung – Inspektion des Sanitätsdienstes in Bonn
1998 bis 2000	Dozent Sanitätsdienst und Beauftragter des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr an der Führungsakademie der Bundeswehr – Zentrum Führung Gemeinsamer Operationen, Hamburg
2000 bis 2002	Referatsleiter „Konzeption, Einsatzführung, Bundeswehrplanung und Internationale Kontakte“ im Bundesministerium der Verteidigung – Inspektion bzw. Führungsstab des Sanitätsdienstes in Bonn
2002 bis 2005	Abteilungsleiter G3 im Sanitätsführungskommando, Bonn
2005 bis 2008	Chef des Stabes im Sanitätsführungskommando in Koblenz
2008 bis 2010	Kommandeur Kommando Schnelle Einsatzkräfte Sanitätsdienst „Ostfriesland“ in Leer
2010 bis 2012	Kommandeur Sanitätsakademie der Bundeswehr in München
2012 bis 2014	Unterabteilungsleiter Führung Streitkräfte II (FüSK II) im Bundesministerium der Verteidigung
2014 bis 2016	Kommandeur Kommando Sanitätsdienstliche Einsatzunterstützung in Weißenfels
Seit Januar 2016	Kommandeur Gesundheitseinrichtungen und Stellvertreter des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr in Koblenz

WWW.BUNDESWEHR.DE

SANITÄTSDIENST

Auslandseinsätze

2003	ISAF
2009	ISAF

Orden und Ehrenzeichen

1986	Ehrenkreuz der Bundeswehr in Bronze
1991	Ehrenkreuz der Bundeswehr in Silber
1998	Ehrenkreuz der Bundeswehr in Gold
2003	Einsatzmedaille ISAF, Bronze
2009	Einsatzmedaille NATO, ISAF
2015	Médaille d'honneur du service de santé des armées (FRA)

Qualifikationen

1983	Approbation als Arzt
1985	Promotion zum Dr. med.

Lebenslauf: Univ.-Prof. Dr. Tim Pohlemann (Auswahl)



©UKS

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes,
Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Past-Präsident Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Sprecher des wehrmedizinischen Beirates der Bundesministerin der Verteidigung (BMVg)

Ausbildung:

1958 Geburtsjahr
1965 - 1976 Schule; Vorzeitige Abiturprüfung am 25.6.1976 (Speyer/Rhein)
1977 - 1983 Studium; Ruprecht Karl Universität Heidelberg, Fakultät für klinische Medizin
Mannheim der Universität Heidelberg, PJ im KKH Ludwigsburg
1983 Staatsexamen und Approbation
Zusätzliche Prüfungen: Amerikanisches Examen ECFMG

Bundeswehr:

1976 bis 1977 9 Monate Wehrdienst Amph.PiBtl 330 Speyer (Gefr.UO Anw.) und
1983 6 Monate Wehrdienst (Stabsarzt der Reserve)
2020 Flottenarzt der Reserve

Klinische Weiterbildung:

1983 – 1989 Chirurgische Weiterbildung; Department Chirurgie, Medizinische Hochschule
Hannover (Prof. Dr. H. Tscherne, Prof. Dr. R. Pichlmayr, Prof. Dr. H.G. Borst) Rotation
Klinikum Braunschweig (Prof. Dr. P. Neuhaus)
1989 Facharzt: Arzt für Chirurgie
Weitere Qualifikationen: Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
Spezielle Chirurgische Intensivmedizin
Leitender Notarzt
Fachbezogenes Röntgen Skelett
1992 Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
2005 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2008 Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie

Klinische Positionen

1992 Oberarzt, Unfallchirurgische Klinik Medizinische Hochschule Hannover
2000 Leitender Oberarzt, Unfallchirurgische Klinik Medizinische Hochschule Hannover

Akademische Laufbahn:

- 1983** **Promotion:** „Aldosereduktase- und Gluconeogenesehemmer bei der diabetischen Ratte im chronischen Versuch“ (Prof. Dr. F. H. Schmidt, Mannheim); Beurteilung „magna cum laude“.
- 1992** **Habilitation:** Sakrumfraktur, Entwicklung eines neuartigen Osteosyntheseverfahren und klinische Anwendung
- 1997** Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
- 2001** Berufung zum C4 Professor und Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
- Rufablehnungen Würzburg (2004) und Zürich (2007)
- 2001 ff u.a.** Mitglied des erweiterten Fakultätsrats,
 gewähltes Mitglied des Bereichsrates
 Mitglied des Fakultätsrates
 Mitglied der Forschungskommission
 Mitglied der Studienkommission
 Stv. Studiendekan

Fachgesellschaften und Stiftungen

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

- 2003** Gewähltes Mitglied Nichtständiger Beirat
- 2006** Schatzmeister DGU und Vorstandsmitglied (Aufbau der Traumanetzwerke und der Traumazentrumszertifizierung)
- 2007** Vizepräsident DGU
- 2011** Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- 2013** Ständiger Beirat DGU

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

- 2008** Gründungsmitglied, seither im Vorstand und erweiterten Präsidium u.a. als Schatzmeister
- 2011** Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOÜ)
- 2013** Senator DGOÜ

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

- 2013** Vizepräsident und Mitglied geschäftsführender Vorstand
- 2016/17** Präsident DGCH
- 2017** Mitglied Präsidium DGCH
- 2020** Senator auf Lebenszeit

AO Foundation (Schweiz)

- 1989** Mitglied der Technischen Kommission „Becken“ (Pelvic Expert Group“)
- 1998** Chairman Pelvic Expert Group und Academic Council
- 2003** Mitglied Board of Directors („AOVA“)
- 2009** Chairman AO TK System
- 2019** Mitglied AO Foundation Board (Vorstand)
- 2020** Wahl zum AO-President Elect und AO President 2022 -2024

Mitgliedschaften in Gesellschaften und Organen

- Mitglied DGU, DGOÜ, DGOOC, DGCH, BDC, BVOU, OTA, AGNN, Saarländische Chirurgenvereinigung
- Weiterbildungsberechtigung für Unfallchirurgie und Spezielle Chirurgische Intensivmedizin, Leitender Notarzt, Prüfer Ärztekammer des Saarlandes

- 2020** Berufung in den Wehrmedizinischen Beirat der Bundesministerin für Verteidigung
2021 Wahl zum Sprecher des wehrmedizinischen Beirates

Operative Schwerpunkte

Akuttraumatologie, rekonstruktive Chirurgie Becken/Acetabulum/Wirbelsäule inklusive der Spät-rekonstruktionen, Korrekturingriffe an Gelenken und langen Röhrenknochen, Bandchirurgie, Endoprothetik.

Wissenschaftliche Schwerpunkte

Becken- und Acetabulumchirurgie, endoskopische/navigierte Wirbelsäulenchirurgie, Technologieintegration in die operative Chirurgie, Biomechanik, Polytraumamanagement, Unfallforschung, Aufbau eines Labors „Nanotechnologie“ in der Molekularbiologie, Molekulare Mechanismen der Knochenheilung.

Gutachtertätigkeit

- Gutachtertätigkeit für Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und Gerichtsgutachten
- Mitarbeit in Schlichtungsausschüssen von Ärztekammern
- Beratung von Versicherungen u.a.

Stand: 2022