



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

Thema: Notfallkonferenz der DGU: „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“

Dienstag, 27. September 2016, 11 – 12 Uhr
Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1-2
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

Themen und Referenten:

1. Eröffnung und Moderation:

Professor Dr. Florian Gebhard, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Ärztlicher Direktor am Zentrum für Chirurgie der Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie sowie Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

2. „Bedrohung durch Terroranschläge: Die Bedeutung der zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr“:

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

und Herr Generaloberstabsarzt Dr. Michael Tempel, Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

3. „Die Versorgung schwerverletzter Terror-Opfer – von militärischen Erfahrungen profitieren“:

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

4. „Genügen die bestehenden Versorgungsstrukturen? – Wir müssen neu denken!“:

Professor Dr. Bertil Bouillon, DGU-Vorstandsmitglied; Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, Klinikum Köln-Merheim

Pressekontakt für Rückfragen:

Susanne Herda und Stefanie Becker
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

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

Thema: Notfallkonferenz der DGU: „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“

Dienstag, 27. September 2016, 11 – 12 Uhr
Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1-2
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

Inhalt:

Pressemitteilung

5-Punkte-Plan der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. und der Bundeswehr

Redemanuskripte

Lebensläufe der Referenten

Zusatzmaterial:

- 1) Pressemitteilung der DGU vom 29.09.2015: Unfallchirurgen spannen Notfallnetz über ganz Deutschland
- 2) Pressemitteilung der DGU vom 06.09.2016: Jahresbericht: TraumaRegister DGU® erfasst über 30.000 Schwerverletzte 2015
- 3) Pressemitteilung vom 26.07.2016: Medizinische Versorgung durch TraumaNetzwerk bei Amoklauf in München vorbildlich
- 4) „Für eine breite notfallchirurgische Kompetenz in Katastrophensituationen“, Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten, April 2014

Pressekontakt für Rückfragen:

Susanne Herda und Stefanie Becker
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

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



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



Statement von Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
und

der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU),
Ärztlicher Direktor an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Frankfurt/Main
anlässlich der Pressekonferenz

Notfallkonferenz der DGU: „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“
am 27. September 2016 in Berlin

„Bedrohung durch Terroranschläge: Die Bedeutung der zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr“

Die Unfallchirurgie ist historisch ganz wesentlich aus der Versorgung von Verletzungen bei bewaffneten Konflikten entstanden.

Durch die lange Zeit des Friedens nach dem 2. Weltkrieg sowie durch die verbesserten Präventionsmaßnahmen und die Weiterentwicklung aktiver und passiver Sicherheitssysteme in Kraftfahrzeugen ändert sich in Deutschland das Verletzungsspektrum. In der Gesamtbetrachtung sind Unfallzahlen über Jahrzehnte rückläufig, schwere Weichteilverletzungen und offene Knochenbrüche werden seltener.

Die Bedrohung durch Terroranschläge bringt nun für den Zivilbereich völlig neue Verletzungsmuster: Schussverletzungen durch Kriegswaffen, Explosionsverletzungen durch Nagelbomben, Hieb- und Stichverletzungen in allen Körperregionen durch Stichwaffen.

Das hat die DGU dazu veranlasst, eine Überprüfung der medizinischen Kapazitäten durchzuführen – sowohl im Hinblick auf das Know-how, also auch auf Ressourcen sowie die verfügbaren, standardisierten und eingeübten Prozesse.

Die DGU sieht die adäquate und gute Versorgung von Schwerverletzten, auch von Terroropfern, als ihre Kernaufgabe an. Sie kümmert sich als erste medizinische Fachgesellschaft in Deutschland darum, dass das nötige Wissen zur medizinischen Versorgung von Terroropfern strukturiert zusammengetragen und nutzbar gemacht wird. Dazu gründete die DGU bereits 2013 die Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC). Die AG wird durch Herrn Professor Benedikt Friemert von einem hohen Sanitätsoffizier der Bundeswehr mit Einsatzerfahrung geleitet.

In der Bundesrepublik existieren durch die Initiative TraumaNetzwerk DGU® für die Versorgung von zivilen Unfallopfern flächendeckend hervorragende Strukturen – auch bei einem Massenansturm von Verletzten. 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® jedoch vor neue Herausforderungen. Dies gilt sowohl für das Wissen um die Behandlung dieser speziellen Verletzungen als auch für



Kenntnisse um die besonderen organisatorischen, logistischen und taktischen Herausforderungen bei der sanitätsdienstlichen und ärztlichen Erstversorgung unter anhaltender Gefährdung.

Hier hat der Sanitätsdienst der Bundeswehr in der Vergangenheit durch seine Auslandseinsätze reichliche Erfahrungen sammeln können, von der die deutsche Chirurgie und insbesondere die Unfallchirurgie sowie die Notfallversorgung lernen können. Ein enger „Schulterschluss“ zwischen dem zivilen und militärischen Bereich der Unfallchirurgie ist daher – auch traditionell gesehen – mehr als logisch. Wir lernen voneinander.

Gemeinsam entwickeln wir erweiterte Kursformate zur Vorbereitung von Chirurgen und Gesundheitspersonal, um auf diese neuen Herausforderungen fachlich und organisatorisch optimal vorbereitet zu sein.

Die enge Kooperation der DGU ist mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr über die Akademie der Unfallchirurgie (AUC) sichergestellt. Als 100-prozentige Tochtergesellschaft der DGU treibt die AUC die Konzept- und Kursentwicklung maßgeblich voran.

Zudem besteht eine neue Kooperation zwischen der DGU und der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V. (DGWMP). Die DGWMP ist die einzige wehrmedizinischen Fachgesellschaft in Deutschland. Die strukturierte Zusammenarbeit wird in wenigen Wochen vertraglich festgeschrieben. Wir planen, wissenschaftliche Erkenntnisse gemeinsam aufzuarbeiten. Daraus wollen wir einen direkten Nutzen für die Praxis ableiten, indem wir im „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“ unsere Standards zur Versorgung von Schwerverletzten um die von Terroropfern erweitern.

Wir sind als DGU der festen Überzeugung, dass wir die Unfallchirurgie in Deutschland durch diese Kooperationen und Aktivitäten „fitter machen“ für einen hoffentlich nie eintretenden Terroranschlag.

(Es gilt das gesprochene Wort, Berlin 27. September 2016)



Statement von Dr. Michael Tempel

Generaloberstabsarzt, Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr
anlässlich der Pressekonferenz

Notfallkonferenz der DGU: „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“
am 27. September 2016 in Berlin

„Bedrohung durch Terroranschläge: Die Bedeutung der zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen DGU und Sanitätsdienst der Bundeswehr“

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr hat sich seit seinem Bestehen in vielen Auslandseinsätzen bewährt. Humanitäre Hilfe nach Erdbeben, Tsunami oder bei Epidemien aber auch die medizinische Versorgung unserer Kameradinnen und Kameraden auf dem Balkan, in Afghanistan oder in Mali haben uns über Jahrzehnte tief geprägt.

Im Rahmen dieser Einsätze haben wir uns, teilweise auch schmerzlich, eine besondere Expertise bei der Versorgung von polytraumatisierten Patienten mit Schuss und Explosionsverletzungen erworben, die in der zivilen medizinischen Welt in Deutschland kaum mehr vorhanden ist. Wir sind geübt bei der Bewältigung eines Massenansturms von Verletzten (MANV) und wir sind es gewohnt, mit reduzierten Mitteln zu arbeiten. Dabei darf aber die Maxime des Sanitätsdienstes nicht verlassen werden, die festlegt, dass das Ergebnis der medizinischen Versorgung dem fachlichen Standard in Deutschland entsprechen muss. Um dieses auch bei reduzierten Mitteln gewährleisten zu können, werden die Chirurgen der Bundeswehr auf eine besondere und aufwändige Art und Weise aus-, fort-, und weitergebildet.

Diese langfristig erworbene spezielle Expertise, vom Ersthelfer bis zum hochspezialisierten Kliniker, ist bisher in der zivilen Medizin kaum verfügbar und wird allerdings jetzt vor dem Hintergrund der terroristischen Bedrohungslage zunehmend von zivilen Partnern nachgefragt.

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr hat sich in den letzten Jahren vor allem aufgrund einer intensiven wissenschaftlichen Arbeit vieler Sanitätsoffiziere einen sehr guten Ruf in den Fachgesellschaften erworben. Insbesondere die Teilnahme von Bundeswehrkrankenhäusern an der DGU-Initiative TraumaNetzwerk DGU®, einschließlich der Beteiligung am TraumaRegister DGU®, hat zu der sehr guten Position der Bundeswehrkliniken in der zivilen Medizin beigetragen.

Die DGU hat vor drei Jahren eine AG Einsatz-Katastrophen- und Taktische Chirurgie (EKTC) eingerichtet, was, wie wir mittlerweile wissen, sehr vorausschauend war. Sie wird durch zwei Sanitätsoffiziere geleitet. Diese AG ist damit auch der Ausdruck einer sehr intensiven zivil-militärischen Zusammenarbeit des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und der DGU. Denn im Ernstfall sind beide Seiten (Militär und zivile Träger) gleichermaßen auf die Expertise des anderen angewiesen und nur so in der Lage, die medizinischen Herausforderungen, die uns der Terrorismus stellt, zu bewältigen.

In diesem Sinne freue ich mich ganz besonders auf die bevorstehende Notfallkonferenz.
(Es gilt das gesprochene Wort, Berlin 27. September 2016)



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 der Pressekonferenz

Notfallkonferenz der DGU: „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“
am 27. September 2016 in Berlin

„Die Versorgung schwerverletzter Terror-Opfer – von militärischen Erfahrungen profitieren“

In den letzten Jahren beobachten wir eine Zunahme terroristischer Anschläge, auch in unserem unmittelbaren europäischen Umfeld. Bei diesen Anschlägen kommt regelmäßig eine erhebliche Anzahl von Menschen zu Tode oder wird zum Teil schwer verletzt.

Die Behandlung schwerverletzter Patienten stellt bereits im zivilen Umfeld Rettungssysteme und Kliniken vor erhebliche Anforderungen – fachlich wie organisatorisch. Durch die bestehende Initiative TraumaNetzwerk DGU® ist die Versorgung dieser Patienten bundesweit auf hohem Niveau gesichert. Auch für die Bewältigung eines Massenanstalles von Verletzten (MANV) im zivilen Bereich ist die Bundesrepublik durch dieses Netzwerk beispielhaft gut gerüstet.

Betrachtet man allerdings die Verletzungen und Anschlagsszenarien nach Terrorattacken, dann unterscheiden sich diese sehr von zivilen Katastrophenereignissen. Sie haben viel eher Ähnlichkeiten mit den Situationen eines Gefechts im Einsatz. Ein „ziviler Unfall“ geschieht zu einem abgegrenzten Zeitpunkt, in der Regel an einem begrenzten Ort. Beispiele sind Zuganglücke oder Massenkarambolagen auf der Autobahn. Für diese Unfälle sind sogenannte stumpfe Verletzungen typisch (Knochenbrüche, Brustkorbquetschung etc.). Bei terroristischen Anschlägen sind die Szenarien nicht vorhersehbar. Die Unterschiedlichkeit und Unvorhersehbarkeit der Szenarien ist von Terroristen beabsichtigt: Es können mehrere Orte betroffen sein, diese alle gleichzeitig oder zeitlich versetzt; der Anschlag erstreckt sich über einen längeren Zeitraum oder nur über eine kurze Zeit. Zumeist werden Schusswaffen oder Sprengsätze eingesetzt, so dass es zu offenen (penetrierenden) Verletzungen bis hin zu sogenannten Blast-Injury (schweren Explosionsverletzungen) mit Verlust von Gliedmaßen kommt. Solche Verletzungen sind für militärische Kampfhandlungen typisch. Die Unfallchirurgen in Deutschland haben nur sehr eingeschränkt Erfahrungen mit solchen Verletzungen. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr hingegen hat aus den Auslandseinsätzen dazu umfangreiche praktische Expertise gewonnen.

Vorausschauend hat die DGU bereits 2013 eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit solchen besonderen Verletzungen und Szenarien beschäftigt. Da die akute Gefahr von terroristischen Attacken in Deutschland besteht, haben die DGU und die Bundeswehr aus dieser Arbeitsgemeinschaft heraus, zusammen mit der Akademie der Unfallchirurgie (AUC), eine Notfallkonferenz organisiert. Auf der morgigen Konferenz werden Experten einen Überblick über den Ist-Zustand geben. Gleichzeitig soll ein Bewusstsein geschaffen werden



für die notwendigen Aktionen zur Verknüpfung vorhandener Kapazitäten in der zivilen Medizin mit den militärisch medizinischen Erkenntnissen.

Die Notfallkonferenz ist Teil eines 5-Punkte-Plans, den die DGU und die Bundeswehr für ihre langfristige und strategische nachhaltige Zusammenarbeit entwickelt haben.

Vordringlich ist die Entwicklung und Durchführung weiterführender spezieller Ausbildungsformate, die in zivil-militärischer Zusammenarbeit Kenntnislücken behebt und die vorhandene Expertise beider Seiten zusammenführt.

Die Fort- und Weiterbildungsinhalte sind in 3 Bereiche gegliedert:

1. Medizinisch-fachliche Inhalte

Die besonderen Verletzungsmuster der Terroranschläge (Schuss und Explosionsverletzungen) verlangen in der Präklinik und der Klinik besondere Behandlung. Es sind beispielsweise Kenntnisse in der sogenannten Wundballistik nötig.

2. Medizintaktisch und -strategische Inhalte

Die besonderen Szenarien bei terroristischen Anschlägen – zeitlicher Verlauf, mehrere Orte, unbekannte Dauer – verlangen andere taktische Vorgehensweisen in der Präklinik und der Klinik. Dabei ist zu erörtern, ob die Individualmedizin uneingeschränkt aufrechterhalten werden kann oder ob der Grundsatz „Live before Limb“ (Lebensrettung vor Gliedmaßen-Erhalt) gilt.

3. Organisatorische Inhalte

Die besondere Terrorsituation verlangt eine neue Art der Zusammenarbeit von Akteuren aus der Medizin mit den externen Partnern (Rettungsdienst, Sondereinheiten der Polizei, THW, gegebenenfalls Bundeswehr). Dabei ist besonders die Kommunikation mit der Polizei und deren Beurteilung zur Gefahrenlage extrem wichtig. Die präklinischen Vorgehensweisen bei der Rettung von Terroropfern – „Rettung unter Beschuss“ – müssen vermittelt und bei Lebensgefahr für die Retter ggf. neu bewertet werden. Logistisch ist eine umfangreichere Bevorratung an Material notwendig, die sich von der Regelversorgung unterscheidet: Beispielsweise sind Abbinde-Systeme für die Gliedmaßen erforderlich.

Noch in diesem Jahr wird der erste Pilotkurs zur Versorgung von Terroropfern für verantwortliche Unfallchirurgen durchgeführt. Anschließend wird er regelhaft für Unfallchirurgen und andere Fachkollegen angeboten.

Die morgen bei der Notfallkonferenz vorgetragenen Erkenntnisse gilt es, möglichst rasch zu verbreiten. Wir wollen damit eine dauerhafte Qualitätssteigerung bei der medizinischen und organisatorischen Vorbereitung auf Terrorsituationen anstoßen – damit wir unsere Patienten im Ernstfall schnell und situationsgerecht versorgen können.

Herr Professor Boullion wird weitere Maßnahmen darstellen, die in der Fläche erforderlich sind – beispielsweise Notfallübungen.

Terrorattacken können überall stattfinden!

(Es gilt das gesprochene Wort, Berlin 27. September 2016)



Statement von Professor Dr. Bertil Bouillon

DGU-Vorstandsmitglied

Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, Klinikum Köln-Merheim
anlässlich der Pressekonferenz

Notfallkonferenz der DGU: „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“
am 27. September 2016 in Berlin

„Genügen die bestehenden Versorgungsstrukturen? – Wir müssen neu denken!“

Um für Terroranschläge besser vorbereitet zu sein braucht es:

1. das spezifische Wissen wie man Schuss-, Stich- und Explosionsverletzungen behandelt,
2. eine Struktur, die dieses Wissen nutzen und flächendeckend umsetzen kann.

Zu Punkt 1 haben der Inspekteur und Prof. Friemert in ihren Ausführungen zeigen können, dass der Sanitätsdienst der Bundeswehr durch die Erfahrungen der Auslandseinsätze hier ein großes Wissen in der Behandlung dieser Verletzungen erworben hat.

Zu Punkt 2 hat die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) in den letzten 10 Jahren mit ihrer Initiative TraumaNetzwerk DGU® ein bundesweites, flächendeckendes Netz von miteinander kooperierenden Traumazentren etablieren können. Im Weißbuch Schwerverletztenversorgung wurden 2006 erstmals einheitliche strukturelle, prozessuale und personelle Standards definiert, die Traumazentren erfüllen müssen. Die einzelnen Traumazentren werden regelmäßig auditiert und bei Erfüllung der Voraussetzungen als regionales Netzwerk zertifiziert. Das TraumaNetzwerk DGU® besteht derzeit aus über 600 Traumazentren, die in 52 regionalen Traumanetzwerken organisiert sind. Die Rettungsdienste sind wichtiger Kooperationspartner und in die Netzwerke eingebunden.

Eine Schlüsselstelle in der Versorgung schwerstverletzter Patienten ist die initiale Schockraumdiagnostik in der aufnehmenden Klinik. Seit 15 Jahren wird in Deutschland entsprechend der Vorgaben des „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“ die Schockraumdiagnostik nach ATLS (Advanced Trauma Life Support) aufgebaut. ATLS lehrt eine standardisierte, prioritätenorientierte Diagnostik und Therapie im Schockraum mit dem Ziel, alle bedrohlichen Verletzungen rasch zu erkennen und zu behandeln. Egal in welchem Schockraum ein Verletzter heute aufgenommen wird, die Abläufe und die Kommunikation sind überall gleich! Jedes Jahr finden in Deutschland 100 ATLS Kurse statt, in denen 1.600 Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden. ATLS ist interdisziplinär und interprofessionell inzwischen zu einer gemeinsamen Sprache im Schockraum geworden.

Mit der S3-Leitlinien zur Polytraumaversorgung wurde das Wissen über die Behandlung Schwerverletzter von der Präklinik über den Schockraum bis in den OP systematisch wissenschaftlich aufgearbeitet und Behandlungsstandards definiert. Diese Leitlinien wurden 2011 erstmals publiziert. Sie wurden gerade wieder überarbeitet und aktualisiert. An der Erstellung waren 20 Fachgesellschaften beteiligt.



Mit dem 1993 initiierten Traumaregister DGU® wird die Behandlung Schwerverletzter systematisch und kontinuierlich evaluiert. Derzeit werden jedes Jahr mehr als 30.000 Schwerverletzte im Traumaregister erfasst. Dieses Register ist ein großer Wissensschatz und hat in den vergangenen Jahren geholfen, die Behandlung Schwerverletzter weiter zu verbessern. Jedes Traumazentrum erhält jedes Jahr einen eigenen Qualitätsbericht, der im Rahmen von Qualitätszirkeln genutzt wird, die Ergebnisqualität regelmäßig zu überprüfen. Gleichzeitig kann das Gesamtregister genutzt werden, Abläufe und Behandlungsstrategien wissenschaftlich aufzuarbeiten und zu verbessern.

Diese Strukturen und Elemente des TraumaNetzwerk DGU® können sofort ideal genutzt werden, um das spezifische Wissen und die Erfahrungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Umgang mit Schuss-, Stich- und Explosionsverletzungen systematisch umzusetzen. Das fachliche Wissen soll in spezifischen Kursen und Symposien vermittelt werden. Strukturelle und konzeptionelle Voraussetzungen können in der Neuauflage des „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“ berücksichtigt werden. Die Erfahrungen sollten dann in einem Register erfasst werden, um die Ergebnisse zu dokumentieren und das Wissen systematisch weiterzuentwickeln.

(Es gilt das gesprochene Wort, Berlin 27. September 2016)

Curriculum Vitae

Universitäts-Professor Dr. med. Florian Gebhard
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
Stellv. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
Ärztlicher Direktor Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und
Wiederherstellungschirurgie sowie Prodekan der Medizinischen Fakultät
der Universität Ulm.

* 1960



Beruflicher Werdegang:

1979-1985	Studium der Humanmedizin, LMU München
1985	Approbation als Arzt
1985	Promotion, LMU München
12/1985-2/1987	Stabsarzt und Taucherarzt, Pionier-Lehrbataillon München
2/1987-9/1989	BW-Zentralkrankenhaus Koblenz, Abteilung für Unfallchirurgie/Verbrennungsmedizin (Dr. L. Klammer)
1988	Bereichsbezeichnung Sportmedizin
10/1989-6/1993	Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Chirurgische Abteilung (Professor Dr. W. Hartel)
1993	Facharztanerkennung Chirurgie
7/1993-6/1996	Universität Ulm, Abteilung für Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Professor Dr. L. Kinzl)
1995	Facharztanerkennung Unfallchirurgie
1995	Bereichsbezeichnung Handchirurgie
7/1996-9/1996	Universität Freiburg, Abteilung für Unfallchirurgie (Professor Dr. E.H. Kuner)
10/1996-12/2006	Universität Ulm, Abteilung für Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Professor Dr. L. Kinzl)
1998	Habilitation, Erteilung der Lehrbefugnis durch die Medizinische Fakultät der Universität Ulm im Fach Chirurgie
2001	Europäisches Facharztexamen (EBSQ Traumatology)
2003	Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
2003	Apl. Professor, Universität Ulm
2006	Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2007	Arzt für spezielle operative Unfallchirurgie

Seit 1/2007 Ärztlicher Direktor Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und
Wiederherstellungschirurgie, W3-Professur für Unfallchirurgie

Seit 1.10.2010 Prodekan Medizinische Fakultät

Funktionen

- 2016: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) sowie Stellv. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
- 2015-2018: Sprecher des DFG-geförderten Sonderforschungsbereichs „Gefahrenantwort, Störfaktoren und regeneratives Potenzial nach akutem Trauma“ an der Universität Ulm
- Präsident der Deutschen Traumastiftung e.V.
- AO-Foundation-Board-Member

Auszeichnungen:

- Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes 1979–1985

Journale:

- Editorial Board Langenbeck's Archives of Surgery
- Mitglied des Beirates der Zeitschrift „Der Unfallchirurg“
- Editorial Board AOTS
- Editorial Board OP-Journal
- Editorial Board O&U Update

Gutachtertätigkeit

- DFG
- Zeitschriften: Der Unfallchirurg, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, European Journal of Trauma, Langenbecks Arch Surg, Clin Orthop, JORES und andere

Forschungsschwerpunkte:

- Posttraumatische Inflammation nach Polytrauma, dabei speziell die Bedeutung des Thoraxtrauma
- Klinische Untersuchungen zu Becken- und Wirbelsäulenverletzungen

Pressekonferenz
Notfallkonferenz der DGU: „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“
am 27. September 2016 in Berlin

- Studien zu augmentierten Implantaten
- Computer-assistierte Operationsverfahren der Knochen und Gelenke
- Intraoperative 3-D-Bildgebung

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Reinhard Hoffmann

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Ärztlicher Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie der BGU Frankfurt am Main



* 1957

Werdegang:

- | | |
|-------------|--|
| 1976–1983 | Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum und an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf |
| August 1978 | Physikum |
| August 1979 | 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung |
| März 1982 | 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung |
| April 1983 | 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Praktisches Jahr am Klinikum Krefeld |
| Mai 1983 | Approbation
Erlangung des Doktorgrades für das Fach Humanmedizin
Dissertation: Insulinverluste an Infusionsmaterial
Medizinische Klinik E, Heinrich Heine Universität Düsseldorf
(Professor Dr. M. Berger) |
| 1983–1984 | Stabsarzt der Flußpionierkompanie 801, Rheinhafen, Krefeld |
| 1984–1992 | Assistenzarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover, Zentrum für Chirurgie |
| 1992–1999 | Oberarzt und leitender Oberarzt an der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Direktor: Professor Dr. med. N. P. Haas |
| Mai 1994 | Habilitation: Dreidimensionale Messung von Frakturspaltbewegungen mit einem computergesteuerten Magnetfeldwegaufnehmer. Ein neues bio-mechanisches Messverfahren. Erteilung der Venia Legendi für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie durch die Freie Universität Berlin |
| 1999–2009 | Chefarzt Klinikum Offenbach, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Zentrum für Schwerbrandverletzte (bis 2003) |
| 2001–2009 | Stellvertretender Ärztlicher Direktor, Klinikum Offenbach |

März 2000	Erteilung der außerplanmäßigen Professur der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin
Juli 2004 andauernd	Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main und Chefarzt der Unfallchirurgie und orthopädischen Chirurgie
Februar 2008 - 2015	Ärztlicher Geschäftsführer der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main
2015	Berufung zum außerplanmäßigen Professor der Goethe Universität Frankfurt am Main, Erteilung des Titels „Dr. med. habil“ zusätzlich zum „Dr. med.“
Januar 2014	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) (andauernd) Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) bis 31.12.2015
Januar 2016	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) (andauernd)

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) (Leiter Ausschuss Versorgung Qualität und Sicherheit bis 2012, Vorstand, Präsident 2013, stellvertretender Generalsekretär 2014-2015 seit 2016 Generalsekretär andauernd)
- 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 Geschäftsführerkonferenz des Klinikverbundes (KUV) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
- Leiter der AG Psychologie-Psychotraumatologie und der AG Schmerztherapie des Medizinischen Beirats des Klinikverbundes (KUV) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
- 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 Akademieärztlicher Fortbildung der LÄK Hessen
- Visiting Professor - Medical School of Chinese People's Liberation Army Beijing, China 2013
- (Rubriken)Herausgeber „Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie“
- (Mit)Herausgeber der „Zeitschrift Orthopädie und Unfallchirurgie up2date“
- (Mit)Herausgeber Zeitschrift „Trauma und Berufskrankheit“.
- (Rubriken)Herausgeber Zeitschrift „Der Unfallchirurg“
- (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”

Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

Vita



Generaloberstabsarzt Dr. Michael Tempel

wurde am 18. März 1954 in Mannheim geboren.

Werdegang

- 1973** Eintritt in die Bundeswehr beim Fallschirmjägerbataillon 251 in Calw, Ausbildung zum Fallschirmjägeroffizier
- 1977 - 1983** Studium der Humanmedizin als Sanitätsoffizieranwärter (SanOA) in Würzburg und Heidelberg
- 1983 - 1984** Assistenzarzt im Bundeswehrkrankenhaus in Wildbad
- 1984 - 1985** Truppenarzt bei Fallschirmjägerbataillon 252 in Nagold
- 1985 - 1986** Chef der Allied Command Europe Mobile Force (AMF)- Sanitätskompanie bei 2./Sanitätslehrbataillon 851 in München
- 1986 - 1988** Teilnehmer am 29. Generalstabslehrgang an der Führungsakademie der Bundeswehr in Hamburg
- 1989 - 1989** Austauschoffizier an der Academy of Health Sciences, US Army in San Antonio/Texas
- 1989 - 1993** Kommandeur Gebirgssanitätsbataillon 8 in Kempten, während dieser Zeit vom Jan bis Dez 1991 Aufbau der Sanitätsbrigade Ost in Perleberg, Brandenburg
- 1994 - 1995** Referent im Bundesministerium der Verteidigung – Inspektion des Sanitätsdienstes II 1 in Bonn
- 1995 - 2000** Leitender Sanitätsoffizier Wehrbereichskommando VI/1. Gebirgsdivision in München
- 2000** Lehrgangsteilnehmer am NATO Defense College in Rom
- 2000 - 2001** Divisionsarzt Kommando Luftbewegliche Kräfte (KLK) /4. Division in Regensburg

Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

Vita

2001 - 2002	Referatsleiter im Bundesministerium der Verteidigung – Inspektion des Sanitätsdienstes II 4 in Bonn
2002 - 2006	Abteilungsleiter 1 – Ausbildung / Weiterentwicklung Sanitätsdienst Sanitätsakademie der Bundeswehr in München
2006	Stellvertreter des Kommandeurs und Chef des Stabes Sanitätskommando II in Diez
2007	Stellvertreter des Kommandeurs und Kommandeur Regionale Sanitätseinrichtungen Sanitätskommando II in Diez
2007 - 2012	Kommandeur Sanitätskommando III in Weißenfels
2013 - 2014	Kommandeur Sanitätsdienstliche Einsatzunterstützung in Weißenfels
2014 - 2015	Kommandeur Gesundheitseinrichtungen und Stellvertreter des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr
seit 2015	Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

Beförderungen

1975	Leutnant
1983	Stabsarzt
1985	Oberstabsarzt
1988	Oberfeldarzt
1994	Oberstarzt
2008	Generalarzt
2013	Generalstabsarzt
2015	Generaloberstabsarzt

Auslandseinsätze

1992 - 1993	United Nations Transitional Authority (UNTAC) in Kambodscha
1995	United Nations Peace Force (UNPF) in Kroatien
1998 - 1999	Stabilization Force (SFOR) in Bosnien und Herzegowina

Auszeichnungen

1990	Small Arms Expert Marksman (US)
1993	Einsatzmedaille UNTAC (UN)
1995	Einsatzmedaille UNPF (UN)
1996	Einsatzmedaille der Bundeswehr (UNPF)
1998	Einsatzmedaille der Bundeswehr (SFOR)
2004	Ehrenkreuz der Bundeswehr in GOLD
2013	Einsatzmedaille Fluthilfe



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
(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

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:

<u>1996 (4 Monate)</u>	<u>Kroatien (SFOR)</u>
<u>11/2000 - 01/2001</u>	<u>Prizren (KFOR)</u>
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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bertil Bouillon

Vorstandsmitglied bei der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie in Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln, Inhaber des Lehrstuhls „Unfallchirurgie und Orthopädie“ der Universität Witten/Herdecke

* 1958



Beruflicher Werdegang:

1976–1982	Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main
18.10.1982	Approbation
22.10.1982	Promotion
1983–1984	Marine, Schiffsarzt in Wilhelmshaven
1984–1986	Assistenzarzt am II. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität zu Köln Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h.c. Hans Troidl
1986–1987	Postgraduiertenstudium Epidemiologie und Biostatistik an der McGill University in Montreal/Kanada Direktor: Professor Dr. med. W. Spitzer Diplom der Epidemiologie und Biostatistik
1987–1995	Assistenzarzt am II. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität zu Köln Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h.c. Hans Troidl
14.09.1992	Facharzt für Chirurgie
15.12.1994	Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie
01/1996	Oberarzt am II. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität zu Köln Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h.c. Hans Troidl
28.10.1998	Habilitation, Venia Legendi für das Fach Chirurgie
13.12.1999	Schwerpunkt Chirurgische Intensivmedizin
03/2001	Leitender Oberarzt am II. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität zu Köln Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h.c. Hans Troidl
08/2003	Kommissarischer Leiter der Chirurgischen Klinik am Klinikum Köln-Merheim
02.03.2004	Ruf auf den Lehrstuhl für Unfallchirurgie/Orthopädie der Universität Witten/Herdecke
09.12.2009	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie
2006–2010	Prodekan für Lehre, Medizinische Fakultät der Universität Witten/Herdecke
Seit 05/2004	Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie, Sporttraumatologie am Klinikum Köln-Merheim, Lehrstuhl der Universität Witten-Herdecke
Seit 08/2010	Stellvertretender Ärztlicher Direktor des Klinikums Köln-Merheim

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Schatzmeister und Mitglied des Vorstandes
- Mitglied des ATLS®-Boards Deutschland
- Mitglied des ATLS®-Boards Europe
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Schatzmeister und Mitglied des Vorstandes
- Arbeitsgemeinschaft Notärzte in Nordrhein-Westfalen (AGNNW)
- European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES)
- American Association of Orthopaedic Surgeons (AAOS)
- American Association for the Surgery of Trauma (AAST)



Pressemitteilung

Unfallchirurgen spannen Notfallnetz über ganz Deutschland

Berlin, 30. September 2015: Der [Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. \(DGU\)](#) ist innerhalb von zehn Jahren mit der Initiative [TraumaNetzwerk DGU®](#) die Etablierung einer bundesweit hochwertigen Schwerverletztenversorgung gelungen. Rund 600 Traumazentren erfüllen die Qualitätsvorgaben der DGU und sind in 51 zertifizierten TraumaNetzwerken (TNW) zusammengeschlossen. Die 51. Zertifizierungsurkunde übergibt die DGU am 2. Oktober 2015. Das TNW Brandenburg Nord-West mit sechs angegliederten Kliniken macht das Notfallnetz komplett. „Damit bietet die deutsche Unfallchirurgie flächendeckend, 365 Tage im Jahr, rund um die Uhr eine leistungsstarke Versorgung Schwerverletzter. Dieses System ist weltweit bisher einzigartig“, sagt DGU-Generalsekretär Professor Reinhard Hoffmann.

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

Die Kliniken werden bei der Qualitätsprüfung in Form einer Vor-Ort-Begehung durch eine unabhängige Zertifizierungsstelle entsprechend ihrer Ausstattung und Kompetenz einer von drei unterschiedlichen Versorgungsstufen zugeordnet. Überregionale Traumazentren verfügen über die Kompetenz zur Behandlung besonders schwerer, komplexer oder seltener Verletzungen. Dazu zählen beispielsweise Verletzungen der Hauptschlagader, Replantation abgetrennter Gliedmaßen oder schwere Gesichtsverletzungen. Die regionalen Traumazentren bieten eine umfassende Notfallversorgung in einem breiten Leistungsspektrum, so beispielsweise auch die Behandlung schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen. Die lokalen Traumazentren hingegen sichern die unfallchirurgische Grund- und Regelversorgung ab. Um regional eine bestmögliche Versorgung zu sichern, kooperieren Traumazentren verschiedener Versorgungsstufen innerhalb eines TraumaNetzwerkes. Durchschnittlich besteht ein TNW aus 14 Kliniken mit acht lokalen, vier regionalen und zwei überregionalen Traumazentren. Das Notfallnetz gewährleistet, dass der Rettungsdienst einen Notfall-Behandlungsraum eines Traumazentrums innerhalb von 30 Minuten erreichen kann – nicht nur in Ballungszentren, sondern auch in dünn besiedelten Gebieten. Das ist insbesondere für lebensgefährlich Verletzte wichtig, denn ihre Überlebenschancen werden mit jeder verstrichenen Minute geringer. Sobald die Klinik-Ärzte den Patienten stabilisiert und außer Lebensgefahr gebracht haben, kann er im Bedarfsfall in eine für sein Verletzungsmuster ideale Klinik weiterverlegt werden. Die Kriterien für die Aufnahme und Weiterverlegung innerhalb eines TNW sind durch Kooperationsverträge klar geregelt und ersparen in zeitkritischen Situationen aufwendige



Absprachen. Sie werden in TNW-Qualitätszirkeln regelmäßig überprüft. An diesen nimmt auch der Rettungsdienst teil, der eine wichtige Funktion bei der Auswahl einer geeigneten Klinik übernimmt.

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

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

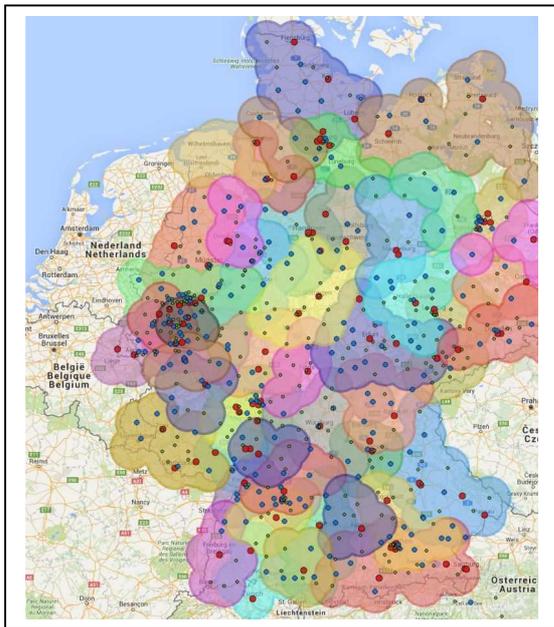
Grafische Darstellung des Notfallnetzes (Quelle: AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH)

Bundesrepublik mit Darstellung der TraumaNetzwerke und Traumazentren

Rot: Überregionales Traumazentrum

Blau: Regionales TraumaZentrum

Grün: Lokales TraumaZentrum



Referenzen:

Frink M, Kühne C, Debus F et al. (2013) **Das Projekt TraumaNetzwerk DGU®. Zielsetzung, Konzeption und bisher Erreichtes.** Unfallchirurg 116:61–73

<http://www.springermedizin.de/das-projekt-traumanetzwerkdgu/3734778.html>

Zusendung der Publikation auf Anfrage möglich (Erlaubnis des Verlages liegt vor)



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

Terminhinweis:

Feierliche Zertifikatsübergabe Traumanetzwerk Brandenburg Nord-West
am 1. Oktober 2015, 17.00 Uhr, Großer Festsaal der Ruppiner Kliniken
Ruppiner Kliniken GmbH
Fehrbelliner Straße 38
16816 Neuruppin

Weitere Informationen:

www.dgu-online.de
www.dgu-traumanetzwerk.de

Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Gesellschaft Unfallchirurgie (DGU) e.V.
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 340 60 36 -06 oder -00
E-Mail: susanne.herda@dgu-online.de



Pressemitteilung

Anteil schwerverletzter Senioren nimmt zu

Jahresbericht: TraumaRegister DGU® erfasst über 30.000 Schwerverletzte 2015

Berlin, 06.09.2016: Das TraumaRegister DGU® (TR-DGU) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) verzeichnet 30.557 Schwerverletzte für das Jahr 2015. Sie mussten nach einem schweren Unfall intensivmedizinisch behandelt werden. Am TR-DGU beteiligen sich aktuell 615 deutsche Traumazentren der Initiative TraumaNetzwerk DGU®. 11 Prozent der erfassten Patienten stammen aus internationalen Kliniken, die sich am TR-DGU beteiligen, beispielsweise aus Österreich und der Schweiz. Diese Zahlen gehen aus dem aktuellen TraumaRegister-Jahresbericht für den Behandlungszeitraum 2015 hervor. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) stellt die bundesweiten Zahlen zur Versorgung Schwerverletzter am 9. September 2016 auf dem Jahrestreffen der Unfallchirurgen in Dortmund vor. „Die Bilanz zeigt, dass der Anteil schwerverletzter Senioren kontinuierlich zunimmt. Diese Entwicklung im weltweit größten klinischen Schwerverletztenregister unterstreicht unsere Bemühungen, die Alterstraumatologie für die Zukunft gut aufzustellen“, sagt DGU-Generalsekretär Professor Dr. Reinhard Hoffmann im Vorfeld des Jahrestreffens – eine gemeinsame Veranstaltung vom TraumaRegister DGU®, der DGU-Sektion Notfall- und Intensivmedizin, Schwerverletztenversorgung (NIS) und dem TraumaNetzwerk DGU®.

72 Prozent der erfassten Schwerverletzten im TR-DGU waren Männer. Dieser Wert ist international vergleichbar. Der Altersdurchschnitt betrug 51 Jahre und ist gegenüber den vorhergehenden Jahren erneut gestiegen. 26 Prozent waren älter als 70 Jahre – vor zehn Jahren war dieser Wert halb so hoch. Von dieser Personengruppe zogen sich 54 Prozent bei einem Sturz aus niedriger Höhe (höchstens 3 Meter, beispielsweise Treppensturz oder Stolpern) eine schwere Verletzung zu. Sonst war der Sturz aus niedriger Höhe in nur 26 Prozent der Fälle die Unfallursache. Knapp die Hälfte der Gesamtunfälle ereignete sich im Straßenverkehr. 66 Prozent der Patienten erlitten eine oder mehrere lebensgefährliche Verletzungen. Der Kopf und der Brustkorb waren die am häufigsten verletzten Körperregionen (jeweils 45 Prozent der Patienten).

In der Regel wurden die Patienten innerhalb von 62 Minuten nach dem Unfall im Schockraum einer Klinik versorgt. Innerhalb von durchschnittlich 23 Minuten lag bereits ein Ganzkörper-CT vor – vor zehn Jahren dauerte das noch über eine halbe Stunde. „Die Daten aus dem TraumaRegister DGU® zeigen eindrücklich, dass es uns mit der Initiative TraumaNetzwerk DGU® gelungen ist, die Diagnostikzeiten kontinuierlich zu minimieren“, sagt Professor Dr. Rolf Lefering, Leiter des Arbeitskreises TraumaRegister DGU®. Denn nach den Vorgaben aus dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung muss sich das CT-Gerät in unmittelbarer Nähe zum Schockraum befinden. Dieses Kriterium erfüllt jedes zertifizierte Traumazentrum.

Bei zwei Dritteln der Patienten war nach ihrer Kreislaufstabilisierung eine sofortige Operation notwendig. Im Anschluss an die Erstversorgung folgten durchschnittlich mindestens drei Operationen. Die Schwerverletzten lagen circa sieben Tage auf der Intensivstation. Insgesamt betrug die Liegedauer im Krankenhaus knapp 16 Tage – das sind mehr als 2 Tage weniger als im letzten 10-Jahres-Durchschnitt. Bei 11,3 Prozent der Patienten waren die Verletzungen hingegen so schwer, dass sie im Krankenhaus verstarben.

„In den letzten Jahren sind viele Maßnahmen, die einen Überlebensvorteil verschaffen, direkt in die Versorgung eingeflossen. Die Erkenntnisse darüber gehen ganz wesentlich auf Studien aus dem TraumaRegister DGU® zurück. Das ist also ein äußerst wertvolles Instrument für unsere Arbeit“, sagt



Professor Dr. Stefan Huber-Wagner, Unfallchirurg aus München und ebenfalls Leiter des Arbeitskreises TraumaRegister DGU®.

Die Zahlen aus dem TraumaRegister DGU® liefern zudem wichtige Erkenntnisse, um den zukünftigen Versorgungsbedarf optimal steuern zu können. Schon jetzt zeigt sich eine deutliche Zunahme des Anteils schwer verletzter Senioren: Mittlerweile ist jeder vierte Schwerverletzte über 70 Jahre alt; in den 1990er-Jahren war dies nur jeder Zwölfte. Aufgrund des demografischen Wandels erwartet die DGU einen stetigen Anstieg von Alterstrauma-Patienten bis zum Jahr 2050.

Die hochbetagten Sturz-Patienten weisen in der Regel zwei schwere Verletzungen auf: Häufig erleiden sie einen Oberschenkelhalsbruch. Viele sind so ungünstig gefallen, dass beispielsweise eine schwere Kopf- oder Brustkorbverletzung hinzukommt. Aber auch der oft ohnehin gebrechliche Allgemeinzustand führt zusammen mit der Verletzung am Oberschenkel zu einer oftmals lebensbedrohlichen Situation. Um eine optimale unfallchirurgische Versorgung älterer Menschen zu ermöglichen, hat die DGU 2014 die Initiative [AltersTraumaZentrum DGU®](#) gegründet. Sie ergänzt die bereits seit 2006 bestehende Initiative [TraumaNetzwerk DGU®](#), deren Ziel die flächendeckende leistungsstarke Versorgung Schwerverletzter ist – 365 Tage im Jahr, rund um die Uhr.

Hintergrund:

Das TraumaRegister DGU® (TR-DGU) wurde 1993 gegründet. Aufgrund seiner langen Laufzeit verfügt es über eine erhebliche Datenmenge: Über 200.000 Fälle aus über 600 Kliniken aus weltweit 11 Ländern sind im TR-DGU dokumentiert. Mit mehr als 30.000 Fällen pro Jahr ist es eines der weltweit größten klinischen Schwerverletztenregister. Das Register ermöglicht Wissenschaftlern zahlreiche Analysen: beispielsweise zu verschiedenen Verletzungsmustern, zu Unfallmechanismen, zu Versorgungsstrukturen, zur Fehlervermeidung, zur Erhöhung der Patientensicherheit sowie zu internationalen Vergleichen. Ergebnisse aus dem TR-DGU nahmen bereits vielfach wegweisenden Einfluss auf die Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten. Jede Klinik, die an der Initiative TraumaNetzwerk DGU® teilnimmt, gibt ihre pseudonymisierten Patientendaten obligatorisch in das TR-DGU ein. Einmal jährlich erhalten die zertifizierten Traumazentren einen Jahresbericht, der die Daten der individuellen Klinik mit den Ergebnissen des TR-DGU vergleicht. Damit ist das TraumaRegister DGU® ein wichtiges Instrument einer systematischen Qualitätserfassung und -verbesserung.

Referenzen:

1) B. Bouillon, R. Lefering, T. Paffrath, J. Sturm, R. Hoffmann (Juni 2016) **Versorgung Schwerverletzter in Deutschland – Einfluss des TraumaRegister DGU®** Unfallchirurg 119:469-474
Zusendung der Publikation auf Anfrage möglich (Erlaubnis des Verlages liegt vor)

Weitere Informationen:

www.dgu-online.de

www.traumaregister-dgu.de

Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda und Stefanie Becker

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit DGU/DGOU

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 -20



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

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



Pressemitteilung

Medizinische Versorgung durch TraumaNetzwerk bei Amoklauf in München vorbildlich

Berlin, 26.07.2016: Der Amoklauf in München hat aus Sicht der [Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.](#) (DGU) erneut die große Bedeutung des TraumaNetzwerkes DGU® (TNW) unter Beweis gestellt. „Durch die qualitativ hochwertige und flächendeckende medizinische Versorgung innerhalb der TraumaNetzwerke München Oberbayern-Nord und -Süd konnten die schwerverletzten Opfer in den jeweiligen Traumazentren schnellstmöglich und optimal behandelt werden“, sagt der Generalsekretär der DGU Professor Dr. Reinhard Hoffmann. Die Vorkommnisse in München zeigen aber auch, dass Terroranschläge und Amokläufe eine völlig neue Herausforderung an die Notfallmedizin und die Einsatzkräfte stellen.

Trotz der komplexen und teilweise unübersichtlichen Informationslage funktionierte die Versorgung der Schwerverletzten aufgrund der bestehenden standardisierten und strukturierten Notfallpläne im Rahmen der TraumaNetzwerke München Oberbayern-Nord und -Süd vorbildlich. Unmittelbar nach Alarmierung von Polizei und Rettungskräften wurden an verschiedenen Kliniken innerhalb der TraumaNetzwerke der Katastrophenalarm beziehungsweise der MANV-Alarm (Massenanfall von Verletzten) ausgelöst.

Beispielsweise an der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am Klinikum rechts der Isar: Binnen kürzester Zeit waren nach Alarmierung durch die Klinikleitung 150 zusätzliche Mitarbeiter freiwillig in die chirurgische Notaufnahme gekommen, um die diensthabenden medizinischen Teams in der akuten Krisensituation zu unterstützen. „Unsere Mitarbeiter haben in dieser dramatischen Situation einen beispiellosen und professionellen Einsatz gezeigt und eine beeindruckende Solidarität bewiesen“, sagt Professor Dr. Peter Biberthaler, Leiter der Unfallchirurgie am Klinikum rechts der Isar.

Im Zuge des Katastrophenalarms wurden unter der Leitung von Biberthaler sofort acht Schockraum-Teams sowie zehn Not-Operations-Teams gebildet, um parallel operieren zu können. Vorsorglich wurden zusätzliche Intensivplätze bereitgehalten. Auch Seelsorger waren im Einsatz. Die Notfallmedizin in dem zertifizierten, überregionalen Traumazentrum des Klinikums rechts der Isar war vorbildlich, so der Unfallchirurg. Ebenso beispielhaft verlief die Traumaversorgung in den Traumazentren der Traumanetzwerke München Oberbayern-Süd. „Wir können der Bevölkerung leider nicht die Sorge nehmen, dass Amokläufe und Terroranschläge geschehen, aber wir können mit unseren TraumaNetzwerken schwerverletzten Menschen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr schnellstmöglich die beste medizinische Versorgung garantieren“, betont Biberthaler, der zugleich Präsidiumsmitglied der DGU ist.

Hintergrund:

Jährlich erleiden in Deutschland ca. 33.000 Menschen schwere Verletzungen bei Verkehrs-, Arbeits- oder Freizeitunfällen. Ihre Rettung und Behandlung ist ein Wettlauf gegen die Zeit, bei dem jeder Handgriff sitzen muss. Im Jahr 2006 schrieben Unfallchirurgen die optimalen Bedingungen für die Versorgung von Schwerverletzten im [Weißbuch Schwerverletztenversorgung](#) fest und gründeten die Initiative [TraumaNetzwerk DGU®](#) (TNW). Ziel ist es, jedem Schwerverletzten an jedem Ort zu jeder



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

Zeit bestmögliche Überlebenschancen unter standardisierten Qualitätsmaßstäben zu bieten und auch außerhalb der Ballungszentren eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Rund 600 Traumazentren erfüllen die Qualitätsvorgaben der DGU und sind in 51 zertifizierten TraumaNetzwerken zusammengeschlossen.

www.dgu-online.de

www.traumanetzwerk-dgu.de

Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda und Stefanie Becker

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit DGU/DGOU

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

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

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

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

Fax: +49 (0) 30 – 340 60 36 21

E-Mail: presse@dgou.de

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

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 EKTG.

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 Massenansturm 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 Massenansturm 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 Traumatologen, 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 Halstraumatologie sowie in einem speziellen Kurs die Einsatzchirurgie ausgebildet. In diesem werden auch

Aus den Verbänden

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

Neue Mitglieder der DGU

Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGU gestellt. Laut Satzung der DGU können Einsprüche gegen die Aufnahme bis zu vier Wochen nach der Bekanntgabe (in den OUMN) mit eingehender schriftlicher Begründung beim Generalsekretär geltend gemacht werden.

Berglehner, Andreas Dr. med. · Künzelsau
Draenert, Alice Dr. med. · A - Salzburg

Enz, Andreas Eugen · Rostock
Goertz, David Johannes Peter · Bonn
Johann, Matthias · Boppard
Langenstein, Andreas · Hamburg
Manich, Brian K. Dr. med. · München
Mehling, Isabella Priv. Doz. Dr. med. · Frankfurt/Main
Oppelt, Konrad Dr. med. · Nürnberg
Pfeil, Christian Dr. med. · Hildesheim
Pörsch, Ingo · Hamburg

Rapp, Marion Dr. med. · Kassel
Smolarsky, Alexander · Lengenfeld
Thumbach, Martin · Kumhausen
Wagner, Jacqueline · Burrweiler
Winkelmann, Kay · Bielefeld

Die DGU trauert um ihre Toten

Dr. Wolfgang Birkholz
Meydenbauerweg 43, 13593 Berlin
*30.03.1945 †20.01.2014

Dr. Stefan Ernst
Philosophenweg 16, 82418 Murnau
*07.01.1925 †19.02.2014

Dipl. med. Ginald Fleckeisen
Schweitzer Str. 26, 14974 Ludwigsfelde
*23.09.1954 †25.11.2013

Prof. Dr. Wolfgang Heipertz
Mozartstr. 18, 65779 Kelkheim
*20.05.1922 †06.10.2013

Prof. Dr. Josef Hoeltzenbein
Zum Guten Hirten 31, 48155 Münster
*15.03.1927 †27.09.2013

Prof. Dr. Ernst Teubner
Planckweg 29, 73035 Göppingen
*03.07.1929 †11.12.2013