



Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Mittwoch, 25. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 6.3, Raum 411

Nach einem Unfall: Für jeden die richtige Behandlung

Themen und Referenten

Stürze, Brüche, Kopfverletzung: Optimale Versorgung schwerverletzter Kinder

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Kongresspräsident des DKOU 2017, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main

Üben für den Ernstfall: Unfallchirurgie in Zeiten des Terrors

Professor Dr. med. Benedikt Friemert

Oberstabsarzt und Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Muskelverletzungen – Frühdiagnostik, Prävention und Therapiekontrolle

Professor Dr. med. Thomas J. Vogl

Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main

Interdisziplinäre Versorgung im Leistungsfußball

Professor Dr. med. Tim Meyer

Mannschaftsarzt des Deutschen Fußball-Bundes, Institut für Sport- und Präventivmedizin Universität des Saarlandes Saarbrücken

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-81206
Fax: 030 3038-81207



Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2017

Termin: Mittwoch, 25. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 6.3, Raum 411

Nach einem Unfall: Für jeden die richtige Behandlung

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Programme anderer Pressekonferenzen des DKOU

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter:
schoeffmann@medizinkommunikation.org*

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-81206
Fax: 030 3038-81207



Pressemitteilung zum DKOU 2017

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
24. bis 27. Oktober 2017, Messengelände Süd, Berlin

Üben für den Ernstfall: Unfallchirurgen trainieren den Einsatz bei Terroranschlägen

Berlin, 25. Oktober 2017 – Terroranschläge stellen Sanitäter, Ärzte und Pflegekräfte vor die Herausforderung, eine große Zahl Schwerverletzter in kürzester Zeit zu behandeln und dabei möglichst viele Leben zu retten. Deutsche Krankenhäuser müssen ihre Einsatzpläne und Vorhaltungen für diese Terrorszenarien anpassen und dabei von der Politik unterstützt werden, so fordern Experten. Ein Kurs der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der im Mai dieses Jahres gestartet ist, soll Ärzten und damit den Kliniken helfen, sich auf die Notversorgung von Patienten im Falle eines terroristischen Anschlags vorzubereiten. Weitere logistische und personelle Vorbereitungen für einen Terrorfall wurden kürzlich auf der 2. Notfallkonferenz der DGU gemeinsam mit der Bundeswehr thematisiert und diskutiert. Über erste Erfahrungen mit dem Kursprogramm und Konsequenzen für die Krankenseinsatzpläne berichten Experten bei der heutigen Pressekonferenz im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2017.

Anders als etwa bei einer Massenkarambolage auf der Autobahn, sind bei Attentaten oft viele Menschen, manchmal an mehreren Anschlagorten, lebensgefährlich verletzt. Die Gefahrensituation am Ort des Anschlages ist zudem nur schwer kalkulierbar und nicht sicher, sodass sich auch Notärzte, Sanitäter und andere Helfer in Gefahr begeben könnten und für diese Situationen geschult werden müssen. Daher entscheidet die Polizei bei einer Terrorlage und nicht der Rettungsdienst oder die Feuerwehr, wie sonst üblich. Hinzu kommt der Zeitdruck: „Opfer, die durch Bomben oder Schusswaffen verletzt wurden, verbluten oftmals innerhalb kürzester Zeit“, sagt Professor Dr. med. Ingo Marzi, Kongresspräsident des DKOU 2017. In Deutschland kämen solche Verletzungen im klinischen Alltag glücklicherweise selten vor, sodass die praktische Erfahrung dafür gering ist. „Personal an unfallchirurgischen Kliniken sollte das Verhalten im Falle eines Terroranschlags deshalb trainieren und einen Krisenplan entwickeln, der sowohl am Anschlagort als auch im Krankenhaus für optimale Abläufe und die richtigen medizinischen Entscheidungen sorgt“, betont Marzi. Genau diese Aspekte wurden am 27. September 2017 während der 2. Notfallkonferenz der DGU in Zusammenarbeit mit der Bundeswehr, Polizei und Sicherheitsdiensten ausführlich diskutiert. Dabei



wurden auch die Erfahrungen aus Anschlagregionen im Ausland und Anpassungen von prä- und innerklinischen Abläufen thematisiert.

Um Unfallchirurgen an deutschen Krankenhäusern auf die anspruchsvollen Maßnahmen bei der Versorgung von Terrorverletzten vorzubereiten, hat die DGU im Mai dieses Jahres den Kurs „Terror and Disaster Surgical Care“ (TDSC®) auf den Weg gebracht. Kern des Kurses sind Strategieübungen und Simulationsspiele, in denen Unfallchirurgen lernen, eine Vielzahl von akut lebensbedrohlich verletzten Patienten ihren Verletzungen entsprechend zu kategorisieren und anschließend zu priorisieren, wer wann welche Operation und oder Versorgung bekommt. „Hier gilt die wesentliche Maxime ‚life before limb‘, also dass lebensgefährliche Verletzungen Vorrang vor anderen schweren Verletzungen, wie etwa Extremitätenverletzungen haben“, betont Professor Dr. med. Benedikt Friemert, Leiter der Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC) der DGU. „Unfallchirurgen müssen im Katastrophenfall andere Prioritäten setzen als in der Regelversorgung. Der Kurs übt das Umdenken in der Terrorlage. Auch wenn wir hoffen, dass es nicht nötig sein wird, wollen wir vorbereitet sein, um im Ernstfall möglichst viele Patienten bestmöglich zu behandeln“, betont der Ulmer Experte. Auch organisatorische Inhalte, wie etwa ein Krisenplan im Terrorfall, stehen auf dem Programm.

Der Kurs wurde von der Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der DGU in enger Zusammenarbeit mit der AUC - Akademie der Unfallchirurgie und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr entwickelt. An dem Kurs und der 2. Notfallkonferenz der DGU zur Vorbereitung auf mögliche Terroranschläge haben bisher über 200 Ärzte teilgenommen. Über die ersten Erfahrungen berichten Unfallchirurgen auf dem DKOU 2017.



Pressemitteilung zum DKOU 2017

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
24. bis 27. Oktober 2017, Messegelände Süd, Berlin

Gezerrt, geprellt, gerissen: Muskelverletzungen beim Sport vermeiden

Berlin, 25. Oktober 2017 – Neun von zehn Muskelverletzungen entstehen im Sport. Dabei ist nicht immer direkte Gewalteinwirkung der Grund: Viel häufiger führt zu starke oder einseitige Belastung beim Training zu Zerrungen, Verhärtungen und Co. Experten warnen vor allem Freizeitsportler davor, beginnende Schmerzen in der Muskulatur auf die leichte Schulter zu nehmen und so eine ernsthafte, langwierige Verletzung zu riskieren. Auf der heutigen Pressekonferenz erklären Experten, wie Hobby- und Profi-Sportler Muskelverletzungen vermeiden und Betroffene schneller wieder mobil werden.

Ein Schlag auf den Oberschenkel, ein Tritt in die Wade: Im Fußball betrifft jede dritte Verletzung den Muskel. Die Fußballer werden nur von den Leichtathleten übertroffen, bei denen mit 16 Prozent der größte Teil aller sportbedingten Muskelverletzungen auftritt. „Viele Sportler machen den Fehler, die Schmerzen in der Muskulatur lange zu ignorieren“, sagt Professor Dr. med. Thomas Vogl, der das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main leitet. „So kann sich eine kleinere Verletzung – wie etwa eine Zerrung – verschlimmern und den Sportler für Wochen oder gar Monate außer Gefecht setzen.“ Auch wer seine Muskeln regelmäßig überbelastet oder alte Verletzungen nicht richtig auskuriert, riskiert nachhaltige Schäden. Schon ein Muskelkater sollte Anlass sein, die Belastung bei der nächsten Trainingseinheit etwas zu verringern, ergänzt Professor Dr. med. Ingo Marzi, Kongresspräsident des DKOU 2017: „Die Schmerzen sind ein Zeichen, dass der Muskel sich noch erholt: Wer zwischen den Trainingseinheiten nicht ausreichend pausiert, erhöht sein Risiko auf eine Zerrung oder sogar einen Muskelfaserriss.“



So beugen Sportler Muskelverletzungen vor:

- Wer krank oder verletzt ist, sollte nicht trainieren.
- Die Trainingskleidung sollte vor Kälte und Feuchtigkeit schützen, damit die Muskulatur nicht abkühlt.
- Ein Aufwärmprogramm mit 20 Minuten lockerem Joggen hilft den Muskeln, ihre optimale Betriebstemperatur zu erreichen.
- Muskeln wirken immer in Paaren von Spielern und Gegenspielern. Sportarten wie Fußball oder Joggen etwa beanspruchen die Vorderseite des Oberschenkels stärker als die Rückseite. Gezielte Kräftigungsübungen können dieses Ungleichgewicht kompensieren. Wer zusätzlich die Rumpfmuskulatur trainiert, stabilisiert den ganzen Körper und schützt sich so vor Verletzungen.
- Zu hartes Training bringt keine Leistungssteigerung: Der Trainingsplan sollte zum individuellen Leistungsvermögen des Sportlers passen und den Muskeln ausreichend Zeit zur Erholung lassen.

Die steigenden Anforderungen im Spitzensport und die zunehmende Beliebtheit des Breitensports führen dazu, dass auch die Zahl der Muskelverletzungen zunimmt. „Gerade für Profi-Athleten zählt bei der Behandlung und Regeneration jeder Tag“, betont Professor Vogl. „Eine Früherkennung möglicher Schwachstellen zwischen Sehnen- und Muskelgewebe und möglichst genaue Prognosen zum Heilungsprozess werden daher immer wichtiger.“ Dank bildgebender Diagnostik können Orthopäden und Unfallchirurgen Art und Ausmaß einer Verletzung sehr gut einschätzen und sogar eine Prognose zum Heilungsprozess geben, so der Experte. „Im MRT können wir sogar nachweisen, an welchen Stellen ein Muskel bereits geschädigt oder überlastet ist, bevor der Patient überhaupt Schmerzen hat.“ Wie die Bildgebung dabei helfen kann, schwere Muskelverletzungen zu vermeiden und was Sportler selbst tun können, erklären Experten auf der heutigen Pressekonferenz im Rahmen des DKOU 2017.

Manuskript des Referenten:

Stürze, Brüche, Kopfverletzung: Optimale Versorgung schwerverletzter Kinder

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Kongresspräsident des DKOU 2017, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main

Zielsetzung

Kindertraumatologie wird von Unfallchirurgen, Orthopäden, Allgemeinchirurgen, Kinderchirurgen und Kinderorthopäden in Klinik und Praxis betrieben.

Im Weißbuch zur Schwerverletztenbehandlung der DGU wird für jedes regionale Traumanetzwerk die Benennung eines kindertraumatologischen Referenzzentrums gefordert. Häufige Anfragen in bekannten kindertraumatologisch aktiven Kliniken unterstützen diese Forderung, die bisher nicht flächendeckend erfüllt ist. Zudem stehen bis heute die endgültigen Anforderungskataloge, Qualitätsbeschreibungen oder Zertifizierungen noch nicht zur Verfügung, um die Befähigung einer Klinik zum kindertraumatologischen Referenzzentrum sichtbar zu machen. Auch fehlt es an einer Möglichkeit, sich über das nächstgelegene Referenzzentrum zu informieren, zum Beispiel in einem entsprechenden Verzeichnis oder einer Karte.

Eine besondere Qualifikation zur Behandlung von Verletzungen im Kindesalter wird von allen Fachgebieten als unabdingbar angesehen. Diese Qualifikation umfasst persönliche und strukturelle Aspekte, um eine optimale Behandlung verletzter Kinder zu ermöglichen. Es geht dabei nicht nur um die Behandlung von Frakturen und Weichteilverletzungen, sondern auch um alle weiteren Verletzungen außerhalb des Skeletts, insbesondere auch um Organ-, Stamm- und Schädelhirnverletzungen. Ein kindertraumatologisches Referenzzentrum im Traumanetzwerk DGU muss die notwendigen strukturellen Voraussetzungen erfüllen und von persönlich hierzu qualifizierten Ärzten geleitet werden. Idealerweise ist ein solches Zentrum bereits in das Traumanetzwerk DGU integriert, was die politische Anerkennung (Krankenhausplan, Zentrumszuschläge), die Zulassung zu spezifischen Behandlungsverfahren (DGUV), die Kommunikation und die kollegiale Akzeptanz erhöht. Es kann sich bei einem kindertraumatologischen Referenzzentrum um eine unfallchirurgische Klinik, eine kinderchirurgische Klinik oder eine kinderorthopädische Klinik handeln, wenn sie die erforderlichen Bedingungen erfüllt. In allen Fällen sind neben der Struktur der Abteilung selbst auch die Gegebenheiten der Gesamtklinik (Stellung im Netzwerk, Erreichbarkeit, Kooperationspartner und Konsiliardienste) zu beachten.

Ziel dieses interdisziplinären Papiers ist es, strukturelle und persönliche Kriterien eines kindertraumatologischen Referenzzentrums so zu beschreiben, dass die Überprüfung dieser

Qualifikationen in die Zertifizierungsvorgänge des Traumanetzwerkes integriert werden können und eine Landkarte der kindertraumatologischen Referenzzentren veröffentlicht werden kann.

Strukturelle Qualifikation des kindertraumatologischen Referenzzentrums

Level I: Die Abteilung ist eingebunden in ein überregionales Traumazentrum des TNW, erfüllt die Voraussetzungen zum SAV der DGUV mit allen Versorgungsmöglichkeiten, insbesondere auch bezüglich des Managements von Polytraumen

oder

Level II: Die Abteilung ist eingebunden in ein regionales Traumazentrum des TNW, erfüllt die Voraussetzungen des (kinderspezifischen) VAV-Verfahrens der DGUV und bietet gegebenenfalls spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten für Patienten im Kindesalter an (z.B. Neurochirurgie, Handchirurgie, Verbrennung, Wirbelsäulenchirurgie, Arthroskopische Chirurgie, ...), ist aber gegebenenfalls strukturell nicht uneingeschränkt qualifiziert zur vollständigen Behandlung schwerstverletzter und polytraumatisierter Kinder.

Für kindertraumatologische Referenzzentren des Levels I und II gelten folgende Voraussetzungen:

1. – Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (bettenführend)
 - Kinderintensivstation (0- 16 Jahre)
2. Schockraum mit kinderspezifischer Ausstattung und Struktur
 - a. Geräteausrüstung (Beatmung, Volumenmanagement inklusive intraossäre Infusion, Wärmematten, Halskrausen etc.)
 - b. Personal (Schockraumteam plus Kinderchirurgische Kompetenz und Anästhesie mit pädiatrischer Expertise)
 - c. Erweitertes Schockraumteam (pädiatrisch erfahrener Neurochirurg, Kinder-Intensivmediziner in Schockraum, Radiologe mit pädiatrischer Erfahrung)
3. Regelmäßige kindertraumatologische Fälle
 - a. Regelmäßige Schockraumzugänge (ISS über 15 Punkte (n > 6 pro Jahr))
 - b. Regelmäßige kindertraumatologische Operationen
(50 Osteosynthesen, 10 arthroskopische Eingriffe, 100 konservative Fälle, 100 Weichteileingriffe pro Jahr)

- c. Nachweis regelmäßiger Eingriffe im Kindesalter in wöchentlicher Routine
(routinemäßiger operativer Umgang mit Kindern des Krankenhauses) (N = 5 pro
Woche)
- d. Konservative, gegebenenfalls operative Behandlung von thorakalen, abdominellen,
zerebralen Verletzungen (ICD-Statistik)

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript des Referenten:

Üben für den Ernstfall: Unfallchirurgie in Zeiten des Terrors

Oberstarzt Prof. Dr. med. Benedikt Friemert

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

Terroristische Attentate haben in den letzten zwei bis drei Jahren weltweit, aber auch hier in Europa, deutlich zugenommen. Als Beispiel seien hier die Attentate in Paris sowie in Brüssel im Jahre 2015, das Attentat in Nizza 2016 sowie zuletzt im Juni 2017 in London genannt.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ist seit vielen Jahren Betreiber des Traumanetzwerkes in Deutschland. Bei diesem sind mittlerweile in 52 regionalen Traumanetzwerken 600 Kliniken untereinander vernetzt, um eine hoch professionelle und zeitgerechte Versorgung schwerverletzter Patienten in Deutschland sicherzustellen.

Verletzungen bei terroristischen Attentaten sind allerdings nicht mit Verletzungen zu vergleichen, die zum Beispiel im Rahmen von Verkehrsunfällen auftreten. Im Rahmen von Verkehrsunfällen oder Arbeitsunfällen treten in der Regel sogenannte stumpfe Verletzungen auf, die ein entsprechendes Verletzungsmuster aufweisen. Hier sind die Kollegen in Deutschland gewohnt, dieses zu behandeln. Bei terroristischen Attentaten werden in der Regel Kriegswaffen verwendet, also Sturmgewehre oder professionelle wie auch selbst hergestellte Bomben. Dies bedeutet, dass bei terroristischen Attentaten eben nicht die in Deutschland üblichen Verletzungsmuster auftreten, sondern letztlich Kriegsverletzungen mit Schussverletzungen und sogenannten Sprengverletzungen (Blast Injuries). **Das überragende Merkmal dieser Verletzungen ist die enorme Blutung. Diese Patienten verbluten in kurzer Zeit.** Hinzu kommt noch, je nach Anschlagsszenario –, die sehr hohe Anzahl an Verletzten.

Die Kenntnisse in der Behandlung dieser Verletzungen sind in den letzten 50 bis 60 Jahren in Deutschland sehr zurückgegangen, da diese glücklicherweise bei uns nur in sehr geringem Umfang aufgetreten sind. Bedingt durch die terroristischen Attentate sind diese Verletzungsmuster allerdings nach Europa und Deutschland zurückgekehrt.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen normalen Verkehrsunfällen und einem terroristischen Anschlag ist die zeitliche Dynamik. Während bei einem „normalen“ Verkehrsunfall oder Massenanfall von Verletzten, wie beim Zugunglück von Eschede, das eigentliche Ereignis nur Sekunden bis Minuten dauert, in der Regel nur einen Ort betrifft und keine Gefährdung durch Dritte für die Rettungskräfte vorliegt, ist dieses bei einem terroristischen Attentat gänzlich anders. Hier können mehrere Orte betroffen sein, dieses in zeitlich versetzten Anschlägen, der Anschlag selber kann einer zeitlich gestreckten Dynamik entsprechen und viele Unterschiede mehr. Dieses bedeutet, dass man auf andere Art und Weise, also taktisch und strategisch, diese große Menge an schwerverletzten und stark blutenden Patienten in der Klinik versorgen muss. Aus dem oben Gesagten ergibt sich, dass die klinische Versorgung anders erfolgen muss als wir es gewohnt sind.

In enger Zusammenarbeit der Akademie der Unfallchirurgie (AUC), der Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und dem

Sanitätsdienst der Bundeswehr wurde nun der Kurs *Terror and Disaster Surgical Care* (TDSC®) entwickelt und inauguriert. Ein neues Kursformat, welches sich in ganz besonderer Weise um die Besonderheiten in der innerklinisch-medizinischen Versorgung bei Terror- und Katastrophenszenarien kümmert. Damit ist es möglich geworden, die über die Akademie der Unfallchirurgie angebotenen Kursformate ATLS® und DSTC™, um einen wichtigen Baustein zu ergänzen, der sich nun nach den Erfahrungen aus Paris, Brüssel, Berlin und London einer Thematik widmet, die uns voraussichtlich in den kommenden Jahren auch in Deutschland potenziell immer fordern wird.

Inhaltlich beschäftigt sich dieser Kurs im Wesentlichen mit fachlich innerklinischen Fragestellungen, einem operativ und taktisch-strategischen Schwerpunkt, wie zum Beispiel der Frage, wann die chirurgische Versorgungsstrategie Damage Control Surgery (DCS) – beziehungsweise weiterführend eine Tactical-abbreviated- Surgical-Care(TASC) bei den möglichen Terroranschlagsszenarien anzuwenden ist. Dabei wird gerade auch der interdisziplinären Ansatz berücksichtigt. Zudem wird ein wesentlicher Aspekt auch organisatorische Fragen derartiger Szenarien gewidmet. **Die zentrale Komponente dieses Kurses ist das Üben und Trainieren der Entscheidungsfindung und der ungewohnten anderen Vorgehensweisen in der „taktischen Chirurgie“. Life before Limb ist hier eine wesentliche Maxime.** Dieses Training wird im Rahmen einer Simulationsübung (Brettspiel) geübt. Dabei wird ein durchschnittliches Krankenhaus mit Patienten eines Terrorattentates konfrontiert und es ist die Aufgabe, möglichst vielen Patienten zunächst das Überleben zu sichern und dieses auch noch mit einer möglichst hohen Versorgungsqualität. Ganz zentral wird es hier um das Ressourcenmanagement gehen. In verschiedenen Runden werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Massenansturm von Verletzten infolge eines Terroranschlags konfrontiert und sind gezwungen, diesen unter möglichst realitätsnahen Bedingungen zu managen. Dabei werden die Aspekte der innerklinischen Sichtung und damit Kategorisierung der Patienten, der notwendigen Priorisierung und des Disponierens mit anschließender Realisierung der entsprechenden Maßnahmen geübt und trainiert. Die in derartigen Situationen wahrscheinlich immer wieder auftretende Mangelressource der Operationskapazität wird ebenso möglichst realitätsnah abgebildet, wie auch die personelle Situation simuliert. Dies vor allem auch unter der Annahme einer möglichst realistischen Zeitachse. Ziel sollte es also damit sein, einen praktischen Eindruck, der das Vorgestellte im Sinne der eigenen Erfahrung prägt, zu festigen und die Entscheidungsfindung in dieser außergewöhnlichen Situation zu trainieren.

In Zusammenarbeit von AG EKTC der DGU, der Akademie der Unfallchirurgie (AUC) sowie mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr und weiteren med. Fachgesellschaften ist nun ein Format entstanden, das helfen kann, vorbereitet zu sein, wenn der Fall – den wir sicher nicht erhoffen – dennoch eintritt.

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript des Referenten:

Muskelverletzungen – Frühdiagnostik, Prävention und Therapiekontrolle

Professor Dr. med. Thomas J. Vogl

Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main

Der menschliche Körper verfügt über insgesamt 300 voneinander abgrenzbaren Einzelmuskeln, die etwa 40 Prozent der gesamten Körpermasse ausmachen. Klinisch imponieren Muskelverletzungen entweder als Muskelverhärtung, Muskelkrampf, Muskelprellung, Muskelzerrung oder Muskelkater.

Verletzungen des Skelettmuskels treten in über 90 Prozent der Fälle im Sport auf, dieses Verletzungsmuster hat unter den Sportverletzungen einen Anteil zwischen 10 und 55 Prozent und stellt die häufigste Ursache für verletzungsbedingte Ausfälle von Athleten dar.

Betroffen sind vor allem Leichtathleten (Läufer und Springer), bei ihnen werden 16 Prozent aller sportbedingten Muskelverletzungen beobachtet. Bei Profifußballern machen Muskelläsionen etwa 30 Prozent aller Verletzungen aus. Prinzipiell unterscheidet man indirekte Muskelverletzungen, bei denen die Gewebeschädigung durch eine exzessive Überbelastung oder Muskeldyskoordination ausgelöst wird, oder seltener, durch direkte Muskelverletzungen, die infolge einer unmittelbaren äußeren Gewalteinwirkung entstehen.

Der Muskel stellt das zentrale Element der kinetischen Kette des Bewegungsapparates dar. Im Kindesalter ist das schwächste Glied der Kette der Knochen. Sehnenrupturen und Muskelrupturen treten dagegen bei Erwachsenen auf.

Als bildgebende Verfahren stehen heute die Sonografie, kombiniert mit Elastografie, sowie insbesondere der breite Einsatz der magnetresonanztomografischen Technik (MRT) zur Verfügung. Die Untersuchung mittels Magnetresonanztomografie erlaubt eine Anpassung der Untersuchung an den jeweiligen Untersuchungsbefund. Neben Ganzkörperaufnahmen kann eine hochaufgelöste regionale bildgebende Diagnostik erfolgen. Die sogenannte multiparametrische Magnetresonanztomografie beinhaltet eine Vielzahl an verschiedenen Sequenzen, die in ihrer Gesamtdiagnostik heute präzise Informationen liefern. Auf der Basis der Magnetresonanztomografie werden mikroskopische Verletzungen partieller Muskelrisse klinisch evaluiert und charakterisiert.

Drei wichtige Aspekte beinhaltet heute die moderne bildgebende Diagnostik:

- Die Früherkennung von möglichen Schwachstellen, insbesondere die Verbindung zwischen Sehnen- und Muskelgewebe, der sogenannte myotendinöse Übergang.
- Im Falle der Verletzung kann mittels Magnetresonanztomografie das Ausmaß der Verletzung und das Ausmaß der beteiligten Muskulatur exakt evaluiert werden.
- Bei Muskelrupturen unterscheidet man einen partiellen oder kompletten Riss.
- Eine Gradeinteilung von eins bis drei ermöglicht heute eine exakte prognostische Erfassung, insbesondere die Erfassung von Grad-1-Läsionen ist von besonderer Bedeutung.

Verschiedene Prognoseparameter sowie die Beteiligung von bestimmten Muskelschichten, Ausdehnung und Topografie sowie die Ausdehnung über den Muskelquerschnitt erlauben heute eine prognostische Einschätzung und beeinflussen die Therapiekonzepte. Die Forschung richtet sich heute zur Fragestellung der Restitution des Heilungsvorganges und der Erfassung von Risikofaktoren und prädisponierende Faktoren.

Diese neuen Aspekte, insbesondere zur dreidimensionalen multiparametrischen Bildgebung, sollen im Rahmen der Pressekonferenz vorgestellt werden. Bei Muskelrupturen unterscheidet man einen partiellen oder kompletten Riss. Für die Behandlung der Muskelverletzungen gilt die sogenannte „PECH-Regel“, dies bedeutet: P steht für Pause, E steht für Eis, C steht für Kompression und H für Hochlagern.

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript des Referenten:

Interdisziplinäre Versorgung im Leistungsfußball

Prof. Dr. med. Tim Meyer

Direktor Institut für Sport- und Präventivmedizin Universität des Saarlandes, Saarbrücken

Seit vielen Jahren liegt die medizinische Betreuung im Leistungsfußball auf den Schultern verschiedener Disziplinen. Die Orthopädie/Unfallchirurgie wird unter anderem durch Sportmedizin, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Physiotherapie, Sportwissenschaft und Sportpsychologie unterstützt. Einerseits spiegelt dies den gestiegenen Anspruch in der Spielerversorgung wider, andererseits stellt es auch eine Komplexität her, die es zu organisieren gilt. So wird ein funktionierendes Team nur entstehen, wenn Kompetenzüberlappungen erkannt und genutzt werden und kein übermäßiger Führungsanspruch einzelner Personen ausgelebt wird. Insofern sollte der „Mannschaftsgedanke“ auch im Team hinter dem Team vorherrschen, ohne dass qua Ausbildung vorhandene Kompetenzen zu sehr beschnitten werden. Dies stellt insbesondere eine schwierige Aufgabe für die Mannschaftsführung dar, die naturgemäß optimalen Output von ihrem Stab an Experten erwartet (jedoch für diese spezifische Herausforderung meistens nicht ausgebildet ist).

Aber neben diesen einleuchtenden organisatorischen Aspekten fördern auch wissenschaftliche Studien zunehmend die Erkenntnis zutage, dass sowohl Entstehung als auch Heilung von Verletzungen und Erkrankungen durch mehr Faktoren beeinflusst wird, als sie in den klassischen medizinischen Disziplinen abgebildet sind. So spielen körperliche Voraussetzungen des betroffenen Spielers ebenso eine Rolle wie seine Erwartungshaltungen und Kompensationsstrategien. Insofern sollte es offensichtlich sein, dass ein multidisziplinäres Team (wenn es gut funktioniert) an mehr Präventions- und Heilungsfaktoren arbeiten kann, als ein Mannschaftsarzt allein. Die Kunst der interdisziplinären Versorgung im Leistungsfußball besteht somit in der optimalen Kombination der verfügbaren Experten unter den gegebenen lokalen Voraussetzungen. Dabei sind Persönlichkeitseigenschaften ebenso zu berücksichtigen wie vorhandene Infrastruktur.

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)



Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Donnerstag, 26. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 6.3, Raum 411

Was Arzt und Patient für ein bewegtes Leben tun können

Themen und Referenten

Fast wie normal? Was leistet die moderne Endoprothetik?

Professor Dr. med. Alexander Beck

Kongresspräsident des DKOU 2017, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusspital in Würzburg, Leiter des zertifizierten EndoProthetikZentrums und regionalen Traumazentrums

Immer an der Seite: Der Orthopäde als Partner des Spitzensportlers

Leonie Antonia Beck

Mehrfache Deutsche Meisterin und mehrfache Jugendeuropameisterin im Beckenschwimmen, Würzburg

Hype mit Fragezeichen: Welchen Anforderungen müssen gute Fitness-Apps genügen?

Dr. med. Urs-Vito Albrecht, MPH

Stellvertretender Direktor des hannoverschen Standorts des Peter L. Reichertz Instituts für Medizinische Informatik der Technischen Universität Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

Ein Leben lang schmerzfrei bewegen: Wie sieht ein gelenkschonender Lebensstil aus?

Dr. med. Johannes Flechtenmacher

Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen; Orthopädische Gemeinschaftspraxis am Ludwigsplatz, Karlsruhe

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-81206
Fax: 030 3038-81207

Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Freitag, 27. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 6.3, Raum 411



Forschung in O & U

Themen und Referenten

O & U in Zeiten der Sparpolitik: Wie viel Qualität ist noch möglich?

Professor Dr. med. Andrea Meurer

Kongresspräsidentin des DKOU 2017, stellvertretende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);

Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Forschung in O & U lohnt sich – für die Patienten und die Gesellschaft

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Kongresspräsident des DKOU 2017, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Gemeinsam entscheiden auf Augenhöhe: Vertrauen in der Arzt-/Patienten-Beziehung

Professor Dr. med. Alexander Beck

Kongresspräsident des DKOU 2017, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusspital in Würzburg, Leiter des zertifizierten EndoProthetikZentrums und regionalen Traumazentrums

Den Gelenkverschleiß verstehen: auf der Suche nach Ursachen und Biomarkern der Arthrose

Professor Dr. rer. nat. Frank Zaucke

Dr. Rolf M. Schwiete Forschungsbereich für Arthrose an der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-81206
Fax: 030 3038-81207

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Ingo Marzi

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



* 1959

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

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

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

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

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

Klinischer Werdegang:

Seit 2001	Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt
1999–2001	Kommissarischer Direktor der Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes
1996–1999	Leitender Oberarzt der Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes
1986–1996	Assistenz- und Oberarzt der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums des Saarlandes

- 1985–1986 Assistenzarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses St. Marienwörth in
Bad Kreuznach
- 1984–1985 Stabsarzt in Kastellaun

Wissenschaftlicher Werdegang:

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

Fachqualifikationen:

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

Mitgliedschaften und Ehrenämter:

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

Weitere Mitgliedschaften:

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

Curriculum Vitae

Oberstabsarzt Prof. Dr. med. Benedikt Friemert
Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie, Septische und Rekonstruktive Chirurgie,
Sporttraumatologie Bundeswehrkrankenhaus Ulm

* 1963



Akademischer Lebenslauf/Beschäftigungsverhältnisse:

01.07.1983	Eintritt in die Bundeswehr als Wehrpflichtiger, Panzertruppe
01.01.1985	Übernahme als Sanitätsoffiziersanwärter
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 Bundeswehrkrankenhaus Ulm (Oberstarzt Prof. Dr. H. Gerngroß)
01.01.2003	Stellvertretender Leiter Sektion Unfallchirurgie der Chirurgischen Abteilung Bundeswehrkrankenhaus Ulm (Oberstarzt Prof. Dr. H. Gerngroß)
24.10.2003	Ernennung zum Ausbildungsleiter der DEGUM Sektion Chirurgie
10/2004–2/2005	Oberarzt der Abteilung Unfallchirurgie am Klinikum Rechts der Isar (Chefarzt Prof. Dr. MA. Scherer), Chirurgische Klinik der TU München
01–12/2005	Leitender Oberarzt der Abteilung Unfallchirurgie am Klinikum Rechts der Isar

	(Chefarzt Prof. Dr. MA Scherer), Chirurgische Klinik der TU München
01.12.2005	Schwerpunkt Unfallchirurgie
14.12.2005	Habilitation für das Fachgebiet Chirurgie an der Technischen Universität München (<i>Thema: Die Short and Medium Latency Response der Hamstrings nach einer ventralen Tibiatranslation als Korrelat der funktionellen Kniegelenksinstabilität – Reliabilisierung einer Testmethode und Veränderungen nach Kreuzbandverletzungen</i>)
13.01.2006	Ernennung zum Privatdozenten an der TU München
01/2006–09/2007	Stellvertretender Leiter der Sektion Unfallchirurgie der Chirurgischen Abteilung im Bundeswehrkrankenhaus Ulm (Oberstarzt Prof. Dr. H. Gerngroß, ab 2006 Oberstarzt Dr. R. Steinmann)
24.05.2007	Facharztprüfung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
10/2007 – 11/2009	Leitender 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 Fachgebiet 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	Klinischer Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Septische und Rekonstruktive Chirurgie, Sporttraumatologie am Bundeswehrkrankenhaus 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 Arbeitsgemeinschaft Ultraschall der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
seit 1/2011	Mitglied des Beirates des Traumanetzwerkes der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie als Vertreter des Sanitätsdienstes der Bundeswehr
seit 07/2013	Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (EKTC) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
seit 2015	Fachgebietsleiter für die Unfallchirurgie/Orthopädie in der Konsiliargruppe Chirurgie
seit 1/2016	Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) im nicht ständigen Beirat
seit 6/2016	Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Gebiet Notfall- und Katastrophenmedizin
seit 4/2016	Mitglied der Weiterbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
seit 5/2017	Mitglied der Gutachterkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Auszeichnungen:

1997	Ehrenkreuz der Bundeswehr 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)
03/2009–4/2009	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

Prof. Dr. med. Thomas J. Vogl
Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle
Radiologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main



* 1958

Ausbildung:

- 1982 Medizinisches Staatsexamen
 Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1983 Doktor der Medizin
 Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1988 Forschungsaufenthalt
 Massachusetts General Hospital
- 1989 Facharzt für Radiologie, Radiologische Diagnostik und
 Nuklearmedizin; Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1990 Habilitation
- 1993 Professur

Beruflicher Werdegang

- 1983–1989 Wissenschaftlicher Assistent an der Radiologischen
 Klinik, Klinikum Großhadern, München
- 1990 Oberarzt der Radiologischen Klinik
 Klinikum Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1992 Leitender Oberarzt der Strahlenklinik
 Klinikum Rudolph Virchow der Charité Berlin
- 1993 Berufungsverfahren, C3-Professur für
 Allgemeine Radiologie, Charité Berlin
- 1996 Arzt für Neuroradiologie
- 1998 Berufung auf die C4-Professur für Allgemeine
 Röntgendiagnostik, Universität Frankfurt am Main
- 1999 Direktor des Institutes für Diagnostische und
 Interventionelle Radiologie, Johann Wolfgang Goethe-
 Universität Frankfurt am Main

2005 Kooperation mit der Orthopädischen Klinik
Stiftung Friedrichsheim der Universität Frankfurt:
Leitung der Radiologie

Schwerpunkte

Diagnostische und Interventionelle Radiologie:

Gastrointestinale Radiologie, Mammadiagnostik, Radiologie der Thoraxorgane, bildgebend gestützte minimalinvasive Therapieverfahren, vaskuläre Fragestellungen Leberzentrum, Gefäßzentrum und Brustklinik, Diagnostik des Bewegungsapparates

Sonstiges

- Träger mehrerer Wissenschaftspreise der Radiologie
- Funktionsträger und Mitglied zahlreicher Wissenschaftsverbände und Organisationen
- Mitglied im wissenschaftlichen Beirat zahlreicher Fachzeitschriften
- Visiting Professorship: University of Charleston 2005/2006

Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Tim Meyer
Direktor Institut für Sport- und Präventivmedizin
Universität des Saarlandes Saarbrücken

* 1967



Prof. Dr. med. Tim Meyer studierte Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universität Göttingen sowie Sportwissenschaften an der Universität Göttingen. Neben den deutschen Abschlüssen in diesen beiden Fächern erwarb er auch das amerikanische Staatsexamen in Medizin. Er hat seine ärztlichen Tätigkeiten am Institut für Sport- und Präventivmedizin der Universität des Saarlandes (Leitung: Prof. Dr. W. Kindermann) begonnen: Bis Juni 1997 war er dort Arzt im Praktikum, anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter, ab Februar 2001 wissenschaftlicher Assistent (C1). Meyer promovierte 1997 an der Universität Göttingen über eine Ausdauertrainingstherapie bei Patienten mit Paniksyndrom; die Habilitation erfolgte 2006 an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes über Anwendungen der Spiroergometrie. Nach der Annahme eines Rufes auf die W3-Professur für Sportmedizin an der Universität Paderborn im Februar 2007 wurde er zum 01.10.2008 auf die W3-Professur für Sport- und Präventivmedizin an der Universität des Saarlandes berufen.

Meyers Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der klinischen Fußballforschung, der Leistungsdiagnostik und Trainingsdosierung. Unter seiner Leitung wurden verschiedene kontrollierte Trainingsstudien im Leistungs- und Gesundheitssport durchgeführt. Neben seinem universitären Engagement ist er seit 1999 Mitglied des medizinischen Betreuerstabs beim Deutschen Fußball-Bund (DFB). Seit August 2001 fungiert er als Mannschaftsarzt (internistisch-leistungsphysiologisch) der deutschen Fußball-A-Nationalmannschaft. Dementsprechend wurden durch seinen Arbeitskreis in den letzten Jahren vermehrt wissenschaftliche Untersuchungen zu verschiedenen Aspekten des leistungsorientierten Fußballs durchgeführt. Er ist Editor-in-Chief der Zeitschrift „Science and Medicine in Football“ und Direktor des internationalen PhD-Programms „Science and Health in Football“. Darüber hinaus fungiert er als Vorsitzender der Medizinischen Kommission des Deutschen Fußball-Bundes (DFB) sowie stellvertretender Vorsitzender der Medizinischen Kommission der UEFA.



Bestellformular Fotos:

Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2017

Nach einem Unfall: Für jeden die richtige Behandlung

Termin: Mittwoch, 25. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 6.3, Raum 411

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Ingo Marzi
- Professor Dr. med. Benedikt Friemert
- Professor Dr. med. Thomas J. Vogl
- Professor Dr. med. Tim Meyer

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Str./Haus-Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail-Adresse:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2016
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin
Tel.: 030 3038-81206
Fax: 030 3038-81207