

01.02.2023 **Einsatz- und Katastrophenmedizin**

Interview mit Professor Tim Pohlemann, Sprecher des Wehrmedizinischen Beirats

Sanitätsdienst der Bundeswehr



Professor Dr. Tim Pohlemann ist Sprecher des Wehrmedizinischen Beirats. Im Interview stellt er sich und seine Aufgabe vor.

» **Sanitätsdienst der Bundeswehr:** Herzlichen Dank, Herr Professor Pohlemann, für Ihre Bereitschaft dieses Interview zu führen. Zu Beginn, können Sie Ihre Laufbahn, Ihre Klinik, Ihre Spezialisierung und Tätigkeiten im Bereich Wissenschaft und Forschung erläutern?

Tim Pohlemann: Sehr gerne. Ich habe nach Medizinstudium in Heidelberg und Mannheim meine Facharztweiterbildung im Zentrum Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH Medizinische Hochschule Hannover) 1983 begonnen und mich klinisch zum Allgemeinchirurgen, Speziellen Unfallchirurgen, Notfallmediziner, Intensivmediziner und letztendlich zum Orthopäden/Unfallchirurgen qualifiziert. Die Habilitation folgte 1992, wissenschaftlicher Schwerpunkt Becken- und Acetabulumfrakturen, schwierige Gelenkrekonstruktionen und Traumamanagement. Es folgte die außerplanmäßige Professur in 1997 und der Ruf auf den eigenen Lehrstuhl in Homburg/Saar, den ich seit 2001 leite. Hier vertreten wir ein breites Spektrum, das sich klinisch von der Schwerverletztenversorgung über die Becken und Acetabulumchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie bis hin zur Hand- und Mikrochirurgie erstreckt. Das begründet auch unser besonderes Interesse an der Weiterentwicklung von Fortbildungskursen zum perforierenden Trauma, die wir nahezu exklusiv seit 15 Jahren in Homburg für die DGU anbieten.

Auf der wissenschaftlichen Seite beleuchten wir grundlegende Probleme der Knochen- und Gewebeheilung mit eigenen molekularbiologisch, zellbiologisch und biomechanisch ausgerichteten Forschungsgruppen, tierexperimentellen Modellen und großen Verbundprojekten aus Technik, Biologie und Medizin. Die besonders integrative Forschungslandschaft an der Universität des Saarlandes haben mich letztendlich auch dazu bewogen Auswärtssuche nach Würzburg und Zürich abzulehnen. Derzeit beschäftigt uns das von der Werner-Siemens-Stiftung mit 8 Mio. Euro geförderte Projekt „Smart Implants 2.0“ besonders. Hier geht es darum Implantate zur Knochenheilung zu entwickeln, die sowohl den Heilungsfortschritt messen können, als auch ihre mechanischen Eigenschaften dem Messergebnis anpassen können. Hierzu konnten wir einen eigenen Stiftungslehrstuhl ausschreiben und mit Frau Prof. B. Ganse eine ausgewiesene Forscherin auf dem Gebiet der „Weltraumphysiologie und -medizin“ gewinnen. Aus diesem großen Spektrum von Forschungsmethoden konnten wir praxisnahe Forschungsfragen in Orthopädie und Unfallchirurgie grundlegend untersuchen und zu validen Antworten beitragen.

Dieses Spektrum von den Grundlagen bis zur Translation und der klinischen Forschung finde ich sehr spannend und erfüllend und freue mich jeden Tag, wenn sich auch unser klinischer Nachwuchs für diese Themen begeistern kann!

» SB Sie sind in einer anderen Tätigkeit Reservedienstleistender im Sanitätsdienst der Bundeswehr. Wie ist es dazu gekommen und welche Themenfelder beschäftigen Sie dort?

TP Also, das ist schon eine besondere Biografie, da ich schon 1976, direkt nach dem Abitur, als freiwillig Wehrdienstleistender zu den amphibischen Pionieren nach Speyer einberufen wurde. Ich habe dann für mein Studium der Medizin unterbrochen und bin unmittelbar nach Abschluss des Studiums 1983 nochmals als Standortarzt am damaligen Flugabwehrschießplatz Todendorf/Ostsee tätig gewesen.

Im Anschluss folgte eine rein zivile Tätigkeit in Hannover und seit 2001 in Homburg, in der ich über unsere Fachgesellschaften und die entsprechenden Arbeitsgruppen immer engen Kontakt zu den militärischen Kolleginnen und Kollegen gehalten habe. Das Thema „Verletztenversorgung“ ist ja ein Thema, das richtigerweise sowohl im zivilen, aber auch militärischen Kontext bearbeitet werden muss.


Unsere Fortbildungsveranstaltungen zum perforierenden Trauma und Traumamanagement bekamen nach 2015 mit der zunehmenden terrorassoziierten Bedrohung auch für den zivilen Bereich eine veränderte Bedeutung. Zu diesem Zeitpunkt konnten wir zusammen mit der saarländischen Landesregierung mit der „Task Force Terror Saar“ eine beispielgebende Struktur aufbauen, die unter Leitung des Innenministeriums die enge Zusammenarbeit der Behörden und Organisationen mit Sicherungsaufgaben (BOS) und den Kliniken des Traumanetzwerkes der DGU ermöglicht. Durch finanzielle Förderung des Sozialministeriums ist es nun gelungen klinische Ärztinnen und Ärzte in von uns definierten Kliniken des Traumanetzwerkes taktisch (TDSC – OTA Prof. Friemert und Kollegen, Ulm) und technisch (DSTC-Kurs) fortzubilden und so beständig etwa 50 geschulte Chirurginnen und Chirurgen in den Traumanetzwerkliniken des Saarlandes vorzuhalten. Da diese Thematik auch enge zivil-militärische Zusammenarbeit beinhaltet, war es für mich logisch und konsequent nochmals in den aktiven Reservedienst einzutreten, um „auf beiden Seiten“ gut verankert zu sein. Nach Bewerbungsphase und erneuter „Musterung“, kam im Januar 2020 die Beorderung in das Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz, wo ich zunächst zwei Wochen in der Unfallchirurgie verbrachte. Danach kamen mehrere Einsätze im Kommando Sanitätsdienst mit Fragen der strukturierten Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und zivil-militärischen Optionen bei LV und BV Situationen. Da ich mit meiner Ernennung zum Flottenarzt d. R. der Reserve auch „die Farbe“ gewechselt habe, werde ich in Kürze versuchen mir zumindest Grundkenntnisse des Marinedienstes in Wilhelmshafen anzueignen!

» SB Sie sind ein viel beschäftigter Mediziner an einer Universitätsklinik. Woher nehmen Sie die Motivation, noch aktiver in medizinische Projekte einzutauchen, beispielsweise im Wehrmedizinischen Beirat? Sie haben sich in das Amt des Sprechers wählen lassen. Welche persönlichen Ziele und Ideen haben Sie?


TP Es ist so, dass der Universitätsprofessor nicht nur einen Hut aufhat, sondern in der Regel mehrere. Ich war 2011 Präsident der Orthopäden und Unfallchirurgen, war lange davor schon im Vorstand der DGU und DGOU und in dieser Funktion als Schatzmeister für den Aufbau der inzwischen in Deutschland flächendeckenden Traumanetzwerke und deren Zertifizierung, zumindest finanziell, verantwortlich. Als Präsident 2016/17 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Dachgesellschaft aller Chirurgen, konnte ich die Zusammenarbeit mit der Bundeswehr noch weiter ausbauen. So hatte ich z. B. den Inspekteur des Sanitätsdienstes, Herr GAGrundausbildung Dr. Tempel zu einem viel beachteten Grußwort im Rahmen der Kongresseröffnung in München gewinnen und einen Thementag „Chirurgie unter besonderen und limitierten Rahmenbedingungen“ zusammen mit der Bundeswehr organisieren. Auch den 2015 unterzeichneten „Letter of Intent“ zur Zusammenarbeit Bundeswehr mit der DGU konnte ich im Rahmen meiner DGCH Tätigkeit durch den im April 2021 mit der Gesellschaft für Chirurgie unterschriebenen LOI erweitern. Der enge fachliche Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen der Bundeswehr war somit immer Teil meiner Aufgaben und

Tätigkeiten. Das gegenseitige Verständnis ist dabei elementar, die Möglichkeit eigene Erfahrungen einzubringen für beide Seiten hilfreich.

Das für die qualitative Ausrichtung des Sanitätsdienstes wichtige Gremium des Wehrmedizinischen Beirats war für mich daher interessant und ich habe mich über die Berufung durch die Ministerin sehr gefreut. Die Wahl zum Sprecher sehe ich als großen Vertrauensbeweis und nehme die damit verbundene Verantwortung aber sehr gerne an. Ich bin sicher, dass wir als Gremium beratend gestalten können, um die hohe Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung erhalten und, wissenschaftlich begründet, für die kommenden Herausforderungen optimieren zu können. Wir werden, nicht erst in der Zukunft, über eine noch stärkere Verzahnung zwischen den zivilen und militärischen Strukturen nachdenken müssen. Der Spagat zwischen truppendienstlicher „Regelversorgung“ und „Einsatzversorgung“ und beides in optimaler Qualität, mit 24/7-Anspruch, muss gemeistert werden. Sie sehen, die Themen werden uns nicht ausgehen, ich bin aber sicher, dass wir mit der umfassenden und breit aufgestellten fachlichen Kompetenz unserer Mitglieder fundierte Vorschläge und Denkanstöße vorlegen werden.

 **SB** Der Wehrmedizinische Beirat arbeitet an strategisch relevanten Fragestellungen in Arbeitsgruppen. Sie haben hierzu bereits die Bündnis- und Landesverteidigung erwähnt. Können Sie kurz schildern, in welcher Form Sie Ihre fachlich-wissenschaftliche Expertise mit einbringen?

TP Wir befinden uns erneut in einer Umbruchphase. Wesentliche Strukturen des Zivilschutzes und der strategischen Einsatzreserven wurden nach 1990 aus verschiedensten Gründen zurückgebaut und sind derzeit weder akut noch mittelfristig verfügbar. Die DGU hat 2005, nach Einführung des DRG Systems, das keine Anreize zur Vorhaltung einer aufwändigen Traumaversorgung beinhaltete, mit dem Aufbau und der Zertifizierung der Traumanetzwerke reagiert. Damit konnte, wissenschaftlich begründet, eine überprüfte, hochqualitative Unfallversorgung flächendeckend erhalten werden. Wir haben weitere Verbünde, wie die berufsgenossenschaftlichen Kliniken und die Universitätskliniken, die in spezialisierter Traumaversorgung ausgewiesen sind. Diese Strukturen, bevorzugt unter staatlicher Trägerschaft, gilt es zusammenzubringen und für besondere Situationen nutzbar zu machen. Hochqualitative medizinische Versorgung lässt sich nicht aus „Reservestrukturen“ generieren, es braucht aktuelles Wissen, aktuelle Ausstattung und besonders kritisch, ausgebildetes Fachpersonal. Hier braucht es jetzt Visionen und diplomatisches Geschick, um innovative Strukturen zu generieren, die im Ernstfall Volumen und Qualität bieten, im Regelfall aber auch trainiert bleiben und sinnvoll eingesetzt werden können. Kooperationen z. B. zwischen Bundeswehrkrankenhäusern, Universitätskliniken, BG-Kliniken und weiteren Schwerpunkt Kliniken könnten genutzt werden, um im Regelfall die fachliche Expertise und Weiterbildungsmöglichkeiten zu gewährleisten und im Gegenzug in Krisensituationen Infrastruktur, Kapazitäten und Netzwerkstrukturen zur Verfügung zu stellen. Dazu muss auf der zivilen Seite Verständnis für die Bedürfnisse der Bundeswehr geschaffen und das Potential einer gemeinsamen Planung, besonders im Personaleinsatz, erkannt werden. Ich sehe den Wehrmedizinischen Beirat genau in dieser Mittlerrolle. Er schlägt vor, moderiert und zeigt, wissenschaftlich begründet, neue Lösungswege auf, um in allen Situationen hochqualitative medizinische Versorgung der Bundeswehr sicherzustellen.

 **SB** In welche Richtung kann Ihrer Meinung nach eine zukünftige zivil-militärische Zusammenarbeit sich entwickeln?

TP Wir sind als wehrmedizinischer Beirat schon unter meinem Vorgänger Herrn Prof. N. Haas viel agiler und reaktionsfähiger geworden. Durch unsere Arbeitsgruppen ist eine effektive Spezialisierung erreicht, die einen weiten Themenkanon abdeckt. Ich möchte hier nicht in Details gehen, aber eine effektive Versorgungsstrategie in längeren Lagen der BV ist sicherlich eines der Hauptthemen der nächsten Zeit. Schnelle Reaktionsfähigkeit, Zugriff auf „Hochleistungsstrukturen“ und Durchhaltefähigkeit sind dadurch auch im medizinischen Bereich Problemfelder, die vorgeplant und lösbar gemacht werden müssen. In dieser Thematik sehe ich an sich nur in einer gut strukturierten zivil-militärischen Zusammenarbeit einen gangbaren und auch bezahlbaren Lösungsansatz!

» SB Welche richtungsweisenden Technologien, Innovationen und Behandlungsmethoden sehen Sie mittelfristig auf uns zu kommen? Sie haben beispielsweise die rasche Entwicklung in der Medizin angesprochen.

TP Der Technologietransfer ist einerseits schnell, aber dann auch wieder erschreckend langsam! Sie kennen das, wenn sie zum Beispiel zum Truppenarzt gehen und zum wiederholten Mal den Personalbogen neu ausfüllen müssen. Auch im zivilen Bereich gibt es Parallelen, weil z. B. die elektronische Gesundheitskarte immer noch nicht flächendeckend vorhanden ist. Dadurch fehlen vielfach medizinische Informationen, sie sind akut nicht zugänglich und ggf. muss sogar Diagnostik wiederholt werden. Der Datenschutz kann zusätzlich behindern, wenn z. B. pseudonymisierte Registerdaten keine Schwerverletzten mehr beinhalten dürfen, die nicht explizit zugestimmt haben, bzw. nicht mehr zustimmen können, da sie im Rahmen der Verletzung verstorben sind. Aber genau diese Informationen haben dazu geführt, dass die Überlebensraten in Deutschland so gut geworden sind! Andere Länder sind uns in diesem Bereich schon deutlich voraus. Hier erwarte ich, nicht zuletzt durch vernünftige, problemadaptierte politische Regelungen, die größten Fortschritte. Im Rahmen der dann möglichen Patientensteuerung und Therapieplanung könnten nicht nur die Akutfälle besser und effektiver behandelt werden.

Wir werden sicherlich einen großen Schritt in der Telemedizin voranschreiten. Spezialisten, die nicht vor Ort sind, unterstützen damit beratend, ubiquitär verfügbar. Das ist derzeit in Notfalleinsätzen oft ein Problem, denn oft sind die Fähigkeiten ja prinzipiell vorhanden, aber nicht an der richtigen Stelle. Diese virtuellen „Welten“ lassen sich natürlich auch sehr gut für eine gezielte und sehr anschauliche, praxisnahe Wissensvermittlung und Lehre nutzen.

In meinem Spezialgebiet der Unfallchirurgie sehe ich eine neue Revolution in der Implantatentwicklung für Frakturversorgungen auf uns zukommen. In 10 Jahren werden sensorische Komponenten in allen Implantaten vorhanden sein, genauso selbstverständlich wie wir alle unsere Gesundheitsapplikationen auf dem Handy nutzen. Wir arbeiten hier nun daran, dass aus diesen gewonnenen Daten Algorithmen entwickelt werden, die zunächst eine individualisierte Nachbehandlung und Rehabilitation erlauben und später über Regelsysteme die mechanischen Eigenschaften des Implantates während der Heilungsphase optimieren. D.h. individuelle Anpassung und Einflussnahme auch nach abgeschlossener Operation, ohne weitere Narkose, ohne Zutun des Patienten. Derzeitige Beispiele in der Medizin sind z. B. implantierte Herzschrittmacher/Defibrillator-Systeme, die lebensrettend eingreifen, wenn der Herzschlag aussetzt. Für die Knochenheilung sind komplexere Berechnungen durchzuführen, wir werden noch umfassend forschen müssen. Ich bin aber sicher, dass es Lösungen geben wird, die den Patientinnen und Patienten zugutekommen werden.

» SB Sie sind ein unglaublich stark engagierter Mediziner, der für seinen Beruf lebt. Was machen Sie als Privatmann?

TP Ich schätze ich ein gutes Buch und lese sehr gerne und versuche mich körperlich fit zu halten. Als Unfallchirurg bin ich natürlich sehr praktisch veranlagt, salopp: „Reparaturen aller Art, zu jeder Tages- und Nachtzeit“. Ich restauriere mit viel Herzblut klassische Segeljollen aus den 1920er- bis 1950er-Jahren und freue mich immer, wenn ich sie an der Ostsee, in den Boddengewässern des Fischlandes zum Einsatz bringen kann. Es ist immer ein besonderes Erfolgserlebnis, ein Holzboot im Frühjahr „dicht und schwimmfähig“ zu haben!

» SB Herzlichen Dank für das Gespräch, Herr Professor.

Sanitätsdienst der Bundeswehr: Interview mit Professor Tim Pohlemann, Sprecher des Wehrmedizinischen Beirats. Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar; 13(01/02): Artikel 03_03.



Sanitätsdienst der Bundeswehr
Falckenstein-Kaserne
Von-Kuhl-Str. 50
56070 Koblenz

Erstveröffentlichung auf der Webseite der Bundeswehr

www.bundeswehr.de