

II. Leitfragen zum Bereich Behandlungsstandards u. übergreifenden Fragestellungen (Paket 3.1)

Rechtlicher u. organisatorischer Rahmen für die Nutzung medizinischer Einrichtungen mit klaren Bund-Länder-Schnittstellen in der zivil-militärischen Zusammenarbeit. Bidirektionale Amtshilfe Länder → BMVg zur Nutzung vorhandener Kräfte des Katastrophenschutzes etablieren. Aufbau modularer Versorgungsstrukturen unter Einbezug des ambulanten Sektors, Definition von Reservekapazitäten über konzeptionierte kompensierte Krisenversorgung (KV) auf allen Versorgungsebenen, langfristige Einbindung von Dienstleistern, regionale Depots in den TraumaNetzwerken, zentrale Erfassung von Material u. Personal. Finanzierung der vorbereitenden Maßnahmen zur Stärkung gemeinsam fachlich zu definierender kritischer Strukturen.

Skalierung: Kompensierte KV bedeutet initial die Einschränkung planbarer, elektiver u. aufschiebbarer medizinischer Maßnahmen. Fachgesellschaften (FG's) sollen für Leitdiagnosen diese Maßnahmen definieren. Krankenhäuser müssen in ihrer Vorbereitung Konzepte entwickeln, um mit diesen Vorgaben kurzfristig 5–10 % ihrer Bettenkapazität freizugeben. Bei nationaler Beteiligung aller Kliniken reichen ca. 10 % der Kapazität aus, um z. B. dauerhaft 1.000 Verletzte täglich im Rahmen der Landes- u. Bundesverteidigung zu versorgen.

1. **Aufrechterhaltung einer kompensierten KV durch:** Flexible Verteilung von Patienten, Material u. Personal nach aktuellem Lagebild, Einsatz geschulten Personals, verpflichtende Großübungen, Entlastung von administrativen Tätigkeiten / Berichtspflichten, Materialbevorratung, erweiterbare Behandlungsräume, bauliche Ertüchtigung. Patientensteuerung mit nationalem tagesaktuellem Lagebild (Meldepflicht „bottom up“) u. Skalierung der KV im TraumaNetzwerk. Algorithmenbasierte nationale Entscheidung wer, wann, wo in welchem Traumazentrumslevel versorgt wird.
2. **Rechtssicheren Übergang in die Katastrophenmedizin:** Unter Berücksichtigung der Leitlinien Definition / Etablierung der Stadien der KV. Festlegung auf abgestufte / skalierte Vorgehensweisen, Definition von Auslösekriterien, Befugnissen (z.B. Auslösen Katastrophenfalles lokal, regional, national) national einheitlich unter Einbeziehung der betroffenen FG's.
3. **In der KV Reduktion von Dokumentationspflichten** Mindestdatensatz Krise, gemäß „Crisis Standard Documentation“ als Standarddokumentation, aktiviert durch Lage-Trigger (z. B. Engpassmeldung ZNA in Regionen > 70%). Aussetzung z.B. QS-/Indikationsprüfungen, CME-Anforderungen. Etablieren Rechtsgrundlage für die standardisierte Erfassung von Kriegsverletzten in Registern (z.B. im Traumaregister der DGU) zur wissenschaftlichen Aufarbeitung u. Qualitätssicherung u. kontinuierlichen Verbesserung der Prozesse („Lernendes System“)
4. Übernahme der Behandlungsstandards und Kosten bei Kriegsverletzung in SGB VII u. nicht SGB V, Ermächtigung aller Krankenhäuser (DGU-TZ) zur Behandlung von Kriegsverletzten im Bedarfsfall.

III. Leitfragen zum Bereich ambulante (ärztliche) Versorgung (Paket 3.2)

In der KV sind alle stationären Behandlungseinrichtungen zu entlasten. Alle potenziell ambulant durchführbaren medizinischen Maßnahmen sind in den ambulanten Sektor zu verlagern. Aussetzen von elektiven Maßnahmen auch im ambulanten Bereich (rechtliche Grundlage und Finanzierungsausgleich schaffen). Etablierung rechtlicher Grundlagen für die Inanspruchnahme des ambulanten Sektors, die Unterstützung stationärer Behandlungseinrichtungen durch medizinisches Fachpersonal aus ambulanten Einrichtungen.

IV. Leitfragen zum Bereich klinische (stationäre) Versorgung (Paket 3.3)

1. Die medizinische Versorgung wird unter Einbeziehung aller 626 TraumaZentren in Deutschland der 48 TraumaNetzwerke erfolgen müssen. (ca. 60 % der Gesamtbettenkapazität). Durch die Krankenhausreform wird sich voraussichtlich die Anzahl auf ca. 600 TraumaZentren reduzieren. Die TraumaNetzwerke als gestuftes regional organisiertes Trägerübergreifendes System haben sich in der Ukrainehilfe als belastbar u. kompetent erwiesen. Primär werden die ca. 345 Regionalen und Überregionalen

AG 3: Skalierbarkeit von Behandlungskapazitäten – Leitfragenprozess

hier: Antwortbeitrag der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

TraumaZentren als höchste Versorgungsstufen, die Patienten in KV übernehmen. Durch die Netzwerkstrukturen können die lokalen TraumaZentren postprimäre Versorgungen übernehmen und vermehrt Aufgaben der Routineversorgung übernehmen und dadurch Kapazitäten in den spezialisierten TraumaZentren schaffen. Die kontinuierliche Qualitätssicherung sichert den Behandlungsstandard in der allgemeinen u. speziellen Traumaversorgung. Werden alle TraumaZentren in die Versorgungsplanung einbezogen, legen Berechnungen der DGU für das Szenario LV/BV nahe, dass eine Auslastung der Gesamtbettenkapazität von 15-20 % erwartbar ist. Die **Ertüchtigung der Traumazentren (TZ)** basiert auf **drei zentralen Säulen**:

1. Schulung: Qualifikation durch Ausbildungskonzepte der Fachgesellschaften in Katastrophenmedizin und Notfallchirurgie müssen flächendeckend weiter skaliert werden und weiterentwickelt werden (s. IV.4.). Die Finanzierung der Schulungsmaßnahmen, gesetzliche Freistellungsregelungen zur Sicherung der Teilnehmer u. Instruktor Kapazitäten, sowie die finanzielle Kompensation der Krankenhäuser ist notwendig.

2. Materialbevorratung: Ausstattung zur autarken Versorgung über mehrere Wochen (z. B. Fixateure, Notfallsiebe), inkl. effiziente Materiallogistik. (Berechnungen u. Leitlinienempfehlungen liegen vor).

3. Übungen: Verpflichtende, regelmäßige, interdisziplinäre, transsektorale standardisierte Großschadensübungen in jedem TraumaNetzwerk mit Peer-Support u. Evaluation → Finanzierungssicherstellung, föderale Koordination u. politische Mandatierung. (Bedarfskalkulationen liegen vor.)

2. Durchführung von nicht elektiven medizinischen Maßnahmen zur Versorgung der Gesamtbevölkerung im Rahmen der zu definierenden Stadien der KV damit die TraumaZentren Kapazitäten erhalten für die Akutversorgung der Kriegsverletzten. Übernahme postakuter Patienten. (s.o)
 3. Keine Routineversorgung mehr, sondern Personal- / Materialgestellung. (siehe auch IV.2.)
 4. Die Fähigkeiten liegen prinzipiell in TraumaZentren vor. Die Anforderungen der Traumaversorgung im Krisenfall unterscheiden von der Routineversorgung. Für die zusätzliche Qualifizierung liegen Konzepte der FG's vor (s. IV.1.). Entwicklung logistischer, strategischer Kompetenzen (TDSC-Kurse = Terror Disaster Surgical Care-Kurse) u. operativer Skills in Kurs- u. Schulungskonzepten (DSTC = Definitiv Surgical Trauma Care; ACT = Acute Care in Trauma). Verbindliche Personalqualifikationen in Absprache mit den FG in den 600 TraumaZentren.
 5. Siehe IV.1. -- Autonome Verteilung primär versorgter Patienten in den TraumaNetzwerken zur effizienten Auslastung (siehe IV.2. u. IV.3.).
 6. Nein, die vorhandenen Kapazitäten es sind medizinische Maßnahmen unter den o.g. Maßnahmen in den TraumaNetzwerken prinzipiell ausreichend und müssen konsolidiert und ertüchtigt werden (Resilienz u. Robustheit). Mobile Behandlungseinrichtungen sind sinnlos da kein qualifiziertes Personal vorhanden ist. Potenziell verfügbares Personal wird zum Betrieb der Kräfte des Katastrophenschutzes (z.B. MTF des Bundes, SEG's, etc.) und in den TraumaZentren selber benötigt.
 7. **Telemedizinische Lösungen** (z. B. TKmed®) zur Kapazitätserweiterung durch Remote-Triage, Telekonsile, Telekonsultationen, Telediagnostik u. -monitoring in den TNW'sn
- V. **Leitfragen zum Bereich Rehabilitation, Pflege u. psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (Mental Health) (Paket 3.4)**
Nicht der Zuständigkeitsbereich der FG