



Hintergrundinformationen zu aktuellen Themen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

I - Aktueller Gesetzentwurf Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVVG

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) begrüßt, dass die Politik die Bedeutung der Traumatologie für die Gesundheitsversorgung und die Daseinsfürsorge der Bevölkerung erkannt und in einer speziellen Leistungsgruppe berücksichtigt hat.

Wir vertreten auch inhaltlich die Überzeugung, dass die Traumatologie ab einem gewissen Grad der Komplexität eine Zentralisierung benötigt. Diese begründet sich nicht nur in den infrastrukturellen Voraussetzungen am Krankenhaus mit einem häufig interdisziplinären Behandlungsansatz, sondern auch durch die besondere fachliche Expertise, die bei einer komplexen Verletzung über die der allgemeinen Chirurgie hinausgeht und in diesem Kontext unverzichtbar ist.

Die Definition der Leistungsgruppe im Referentenentwurf spiegelt diese Anforderungen wider. Sowohl der Zusammensetzung der geforderten Leistungsgruppe als auch den Strukturvoraussetzungen und den personellen Voraussetzungen können wir vollumfänglich zustimmen.

Die DGU hat mit dem TraumaNetzwerk DGU bundesweite Netzwerke zwischen kompetenten Einrichtungen zur interdisziplinären Versorgung von Schwerverletzten etabliert und unterscheidet zwischen überregionalem Traumazentrum (ÜTZ), regionalem Traumazentrum (RTZ) und lokalem Traumazentrum (LTZ).

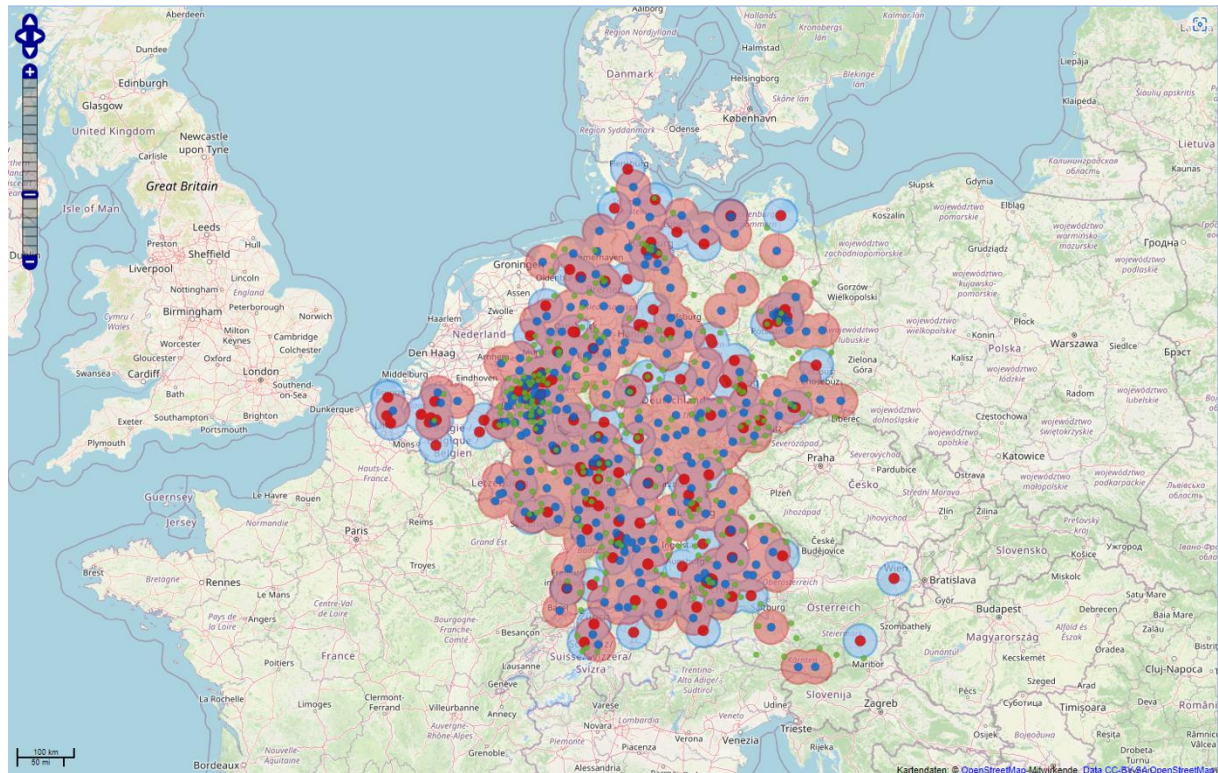
Die personellen und strukturellen Ausstattungskriterien der DGUV, auf die der Entwurf Bezug nimmt und die Kriterien der Traumazentren der DGU sind sehr ähnlich. Die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum (ÜTZ) sind nahezu deckungsgleich mit denen für das SAV. Das regionale Traumazentrum (RTZ) entspricht in den strukturellen und personellen Voraussetzungen der zweithöchsten Versorgungstufe der DGUV, dem Verletztenartenverfahren.

Wichtig zu bemerken ist:

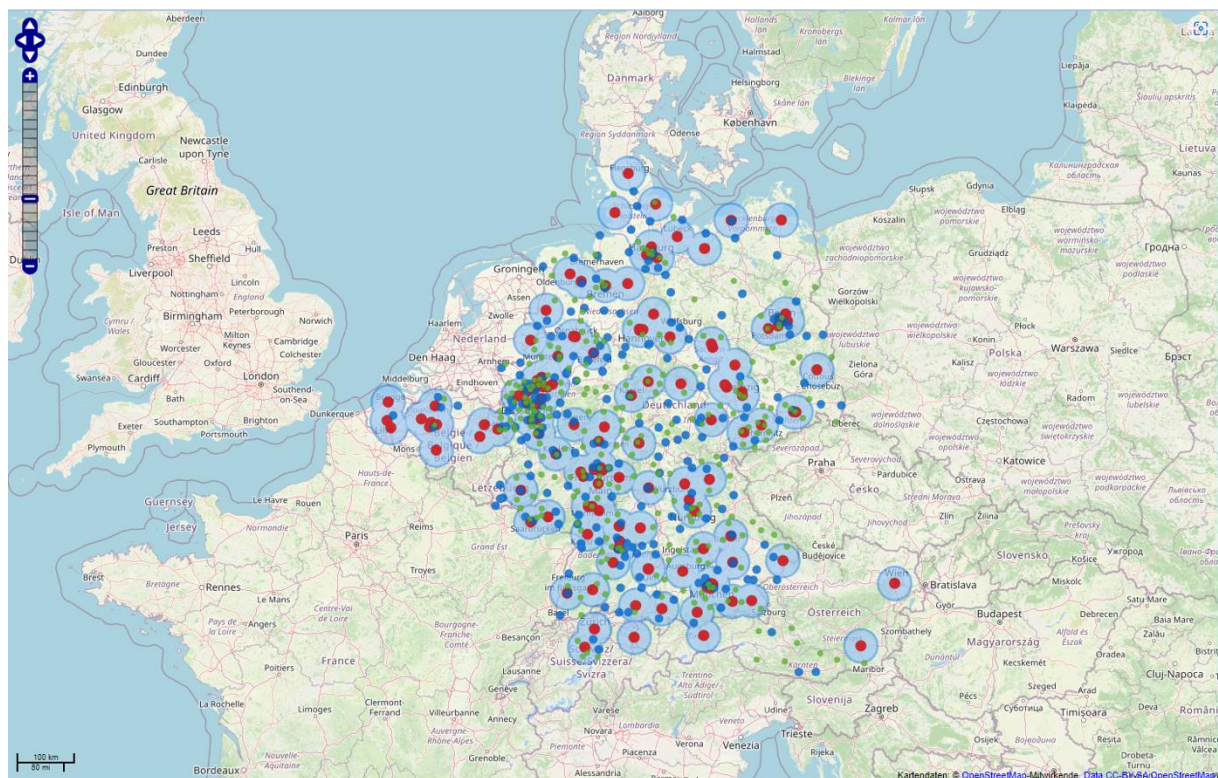
Eine flächendeckende Versorgung für ein komplexes Trauma auch mit einer Fahrzeit von 40 Minuten ist allein durch überregionale Traumazentren bzw. SAV-Häuser nicht abzubilden.

Dies zeigt Grafik 2 deutlich, in der nur die ÜTZ dargestellt sind. Wenn man die Abdeckung der Bundesrepublik Deutschland unter Einbeziehung der regionalen Traumazentren gegenüberstellt, ergibt sich jedoch bis auf einzelne Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte eine weitgehend flächendeckende Versorgung (Grafik 1).

Grafik 1: aktuelle Versorgungssituation in Deutschland mit regionalen (RTZ) und überregionalen Trauma-zentren (ÜTZ) analog VAV und SAV der DGUV: nahezu flächendeckend



Grafik 2: simulierte Versorgungssituation in Deutschland bei Wegfall der regionalen Traumazentren (RTZ): erhebliche Versorgungslücken in der Fläche als Folge



II – Neufassung Weißbuch Schwerstverletztenversorgung und Rolle der LTZ

Aktuell erarbeitet die DGU eine neue Version des Weißbuches Schwerstverletztenversorgung. Dabei erweitert sich der Fokus von der Betrachtung der Schwerstverletztenversorgung auf die Bereiche der allgemeinen Traumatologie und Verletztenversorgung, dies wird sich auch im finalen Titel des Weißbuches widerspiegeln. Ziel ist es, die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Traumaversorgung über die Versorgung Schwerstverletzter hinaus zu definieren, um die Qualität weiter zu steigern.

Die aus den Vorgaben und Konzepten des neuen Weißbuches abgeleiteten zukünftigen Behandlungsstandards bilden die Grundlage für die Entwicklung von Zertifizierungskriterien und werden selbst durch Leitlinien, aktuelle wissenschaftliche Arbeiten und Registerforschung gestützt.

Die Versorgung des schweren und komplexen Traumas wird dabei zentralisiert werden müssen, ohne das Versorgungssystem der Polytraumaversorgung in den Traumanetzwerken zu gefährden, wobei dazu auf die regionalen und überregionalen Traumazentren fokussiert werden wird.

Die allgemeine Traumatologie muss aber weiterhin in der Fläche qualitativ sicher erbracht werden. Hier sind die lokalen Traumazentren (LTZ) eine wichtige Säule kompetenter, qualitätsgesicherter Versorgung und müssen zudem für Großschadensereignisse, wie Katastrophen- oder Terrorlagen, sowie für Landes- und Bündnisverteidigung fachliche Fähigkeiten, Infrastruktur und Reservekapazitäten im Sinne der Daseinsvorsorge flächendeckend und in hoher Zahl bereitstellen.

III - S3 Leitlinie Polytrauma

Beispielhaft für die aktive Gestaltung in den TraumaNetzwerken ist die Überarbeitung der S3-Leitlinie Polytrauma im Jahr 2023, die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen Rechnung trägt. In kurzer Zeit wurden neue Therapieansätze entwickelt, neue Technologien und Medikamente zugelassen und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachbereichen in den Kliniken verbessert.

Zudem haben sich auch die Anforderungen an die Gesundheitssysteme geändert. Die steigende Zahl älterer Menschen und die zunehmende Prävalenz von Vorerkrankungen stellen besondere Herausforderungen dar. Die aktualisierte Leitlinie berücksichtigt diese Entwicklungen. Ziel ist es, eine bestmögliche Versorgung von Polytrauma-Patienten zu gewährleisten und die Überlebenschancen sowie die Wiederherstellung der körperlichen Funktionen zu verbessern.

Besonders dankbar sind wir, dass der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Weiterentwicklung der S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung fördert. Die DGU will die geplante fünfte Auflage im Jahr 2026 fertigstellen. Darin werden wichtige Neuerungen zum Thema Gerinnungs- und Volumenmanagement enthalten sein und ein weiterer Schwerpunkt auf die Rehabilitation des Schwerverletzten gelegt werden. Auch die Perspektive von Patienten soll stärker berücksichtigt werden.

IV – Registerforschung und Datenschutz

Das TraumaRegister DGU® hat weltweit Standards im Qualitätsmanagement von Kliniken, die schwerverletzte Patienten behandeln, gesetzt. Seit seiner Gründung im Jahr 1993 wurden Ergebnisdaten von über 450.000 Behandlungsfällen dokumentiert.

Kliniken nutzen das TraumaRegister DGU® als Instrument zur Qualitätssicherung. Gleichzeitig dient es seit Jahren als wichtige Quelle für klinische Forschung und Versorgungsforschung und damit wiederum als Grundlage der Arbeit in den TraumaZentren. Register wie das TraumaRegister schaffen wertvolle Evidenz – gerade in Bereichen, in denen klinische Studien oft nicht durchführbar sind!

Datenschutzrechtlich ist das Einholen von Einwilligungen nötig, um Daten in das Register aufzunehmen. Dies ist bei dem schwer beeinträchtigten Patientenkollektiv regelmäßig eine Herausforderung, so dass längst nicht mehr alle Fälle in das Register übernommen werden können.

Um im TraumaRegister aber auch in anderen medizinischen Fachregistern eine lückenlose Eingabe und damit eine repräsentative Aussage zu Verletzungs- und Erkrankungsmustern und deren Behandlung leisten zu können, setzen wir uns für eine Regelung ein, die die Einwilligung nicht mehr erforderlich macht.

Beispiel hierfür können die Regelung in Österreich sein, die unter Wahrung der berechtigten Interessen der Patienten eine Eingabe eben ohne Einwilligung erlauben.

V – Alterstraumatologie: G-BA Regelungen und Prüfungen des MDK

Die Initiative AltersTraumaZentrum DGU® wurde durch die Sektion Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ins Leben gerufen. Bereits seit 2007 begleitet sie initiativ die Idee erster sich formierender interdisziplinärer Zentren. Um die Sicherheit und Qualität in der Versorgung älterer Patienten zu erhöhen, entstand die Idee einer Zertifizierung von Alterstraumazentren. Mittlerweile sind weit über 150 Alterstraumazentren erfolgreich zertifiziert und beweisen so ihre besondere Qualität und Expertise in der Behandlung älterer Patienten.

Dabei wird insbesondere auf das geriatrisch-unfallchirurgische Co-Managements wertgelegt und dieses unserer Einschätzung nach hinreichend abgedeckt.

Prüfungen des MDK zu den Richtlinien des G-BA zu Frakturen am Schenkelhals bzw. pertrochantären Frakturen verlangen neuerdings regelhaft eine 24/7 Verfügbarkeit geriatrischer Kompetenz.

Dies entspricht nicht der Intention und auch nicht dem Wortlaut des G-BA- Beschlusses. Eine Erhebung in Sachsen und unsere Erhebung der Sektion Alterstraumatologie in NRW zeigt, dass die benötigte Anzahl von Geriatern zudem keinesfalls auch nur annähernd zur Verfügung steht, damit ist ein solches Vorgehen ausgeschlossen.

Unser Verfahren ATZ deckt den Bereich des geriatrisch-unfallchirurgischen Co-Managements hinreichend ab und sollte als Grundlage für eine Prüfung des MDK ausreichen.