



**15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress**



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
GERMAN TRAUMA SOCIETY

Inhaltsverzeichnis Pressemappe:

1. Ihre Gesprächspartner
2. Pressemitteilung
3. Statements
4. Weißbuch Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2. erw. Auflage) – zusammenfassende Kurzversion

Downloadhinweise:

1. TraumaRegister DGU®-Jahresbericht 2013
http://www.traumaregister.de/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=55&lang=de
2. Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020
http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/en/
3. Global Status Report on Road Safety 2013 (WHO)
http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/
4. Global Alliance for Care of the Injured (WHO)
http://www.who.int/violence_injury_prevention/services/gaci/en/

Auslage zur Pressekonferenz:

1. Buch: „Jeden kann es treffen – Gesichter jenseits der Statistik“
2. Vorprogramm: Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) vom 28. bis 31. Oktober 2014

Pressekontakt für Rückfragen:

Susanne Herda, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e.V.
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 340 60 36 -20 (Druchwahl -06)
Mobil auf dem Kongress: 0176 20971454
E-Mail: susanne.herda@dgu-online.de

Frankfurt am Main, 27. Mai 2014



**15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress**



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
GERMAN TRAUMA SOCIETY

Ihre Gesprächspartner:

Professor Dr. Ingo **Marzi**, Deutschland

Präsident des 15. European Congress for Trauma and Emergency Surgery (ECTES)

Leiter des Wissenschaftsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinik
Frankfurt/Main

**Thema: Kongress-Essentials und internationale Unfallversorgung, Aktuelles zum
Blutungsmanagement**

Professor Dr. Luke **Leenen**, Niederlande

Präsident der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES)

Leiter der Klinik für Trauma, Medizinische Universität Utrecht

**Thema: Katastrophe Verkehrsunfall: Verletzungsmuster und die Konsequenzen für die chirurgische
Versorgung – europäische und weltweite Entwicklungen**

Professor Dr. Pol **Rommens**, Deutschland

Generalsekretär der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) und des 2. World
Trauma Congress (WTC)

Direktor des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz (JGU)

**Thema: Frakturversorgung nach Verkehrsunfall: Heutige Versorgungsmöglichkeiten am Beispiel
Bein**

Professor Dr. Reinhard **Hoffmann**, Deutschland

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Ärztlicher Direktor an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Frankfurt/Main

**Thema: Emergency Room – Jede Sekunde zählt!: Welche Untersuchungsmethode bei welcher
Verletzung**

Professor Dr. Bertil **Bouillon**, Deutschland

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

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

Thema: TraumaNetzwerk DGU®: „The German Way“ der Versorgung Schwerverletzter

Professor Dr. Raul **Coimbra**, USA

Präsident der World Coalition for Trauma Care (WCTC)

University of California, San Diego

Thema: Future Steps of the World coalition for Trauma Care

Moderation:

Professor Dr. Ingo **Marzi**



**15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress**



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
GERMAN TRAUMA SOCIETY

Pressemitteilung

Weltkongress der Unfallchirurgen: Schwerverletzte nach Verkehrsunfall optimal versorgen

Berlin, 27.05.2014: Der Weltkongress der Unfallchirurgen in Frankfurt führt mehr als 1.500 Unfallchirurgen aus über 80 Ländern zusammen. Auf dem Kongress diskutieren die Experten unter anderem die Verbesserung der Schwerverletztenversorgung nach Verkehrsunfällen. „Der internationale Wissen- und Erfahrungsaustausch über wirkungsvolle Ansätze und Konzepte in der Schwerverletztenversorgung kann dazu beitragen, die medizinische Versorgungssituation weltweit zu verbessern und die Zahl der Verkehrstoten zu reduzieren“, sagt Professor Ingo Marzi, der als Kongresspräsident den „15. European Congress for Trauma and Emergency Surgery“ (ECTES) und den „2. World Trauma Congress“ leitet.

Laut Global Status Report on Road Safety 2013 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben gegenwärtig jährlich 1,24 Millionen Menschen im Straßenverkehr, Tendenz steigend. (1) Die medizinischen Versorgungssysteme sind weltweit sehr unterschiedlich: Nach WHO-Angaben stirbt ein lebensgefährlich verletzter Mensch in einem Land mit niedrigem Einkommen in 36 Prozent der Fälle, in einem Land mit hohem Einkommen dagegen in nur 6 Prozent der Fälle. (2)

Um die Zahl der Unfalltoten zu reduzieren, gibt es Verbesserungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Prävention mit verschiedenen Verkehrssicherheitsaktivitäten, aber auch auf dem Gebiet der Unfallchirurgie beim Zugang zu Unfallzentren und in der Qualität der Traumazentren. Bei einem schwerverletzten Patienten hängt das Überleben, aber auch die Wiederherstellung, ganz wesentlich von einer durchgehenden Versorgungsstruktur ab, die nach erlittenem Unfall von der Primärrettung, dem Transport, der Schockraumdiagnostik, der Schocktherapie, der chirurgischen Behandlung und der Rehabilitation bestimmt wird.

Gestiegene Überlebensrate durch vernetzte Versorgungsstrukturen

In Deutschland konnte die Sterblichkeit von Schwerverletzten nach Daten des TraumaRegister DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) in den letzten 20 Jahren von 20 Prozent auf 10 Prozent gesenkt werden. Die Unfallversorgung wird in Deutschland über sogenannte Traumanetzwerke organisiert. Dabei werden Unfallkliniken nach den im Weißbuch Schwerverletztenversorgung vorgegebenen Versorgungs- und Qualitätsstandards zertifiziert und schließen sich zu einem regionalen TraumaNetzwerk DGU® zusammen. Ziel der Initiative TraumaNetzwerk DGU® ist es, für jeden Schwerverletzten an jedem Ort in Deutschland die gleiche und bestmögliche Überlebenschance sicherzustellen. Derzeit gibt es 45 zertifizierte TraumaNetzwerke DGU® mit 598 zertifizierten Kliniken.

Laut statistischem Bundesamt gab es 2013 in Deutschland 3.338 Tote und 64.045 Schwerverletzte im Straßenverkehr (3). Dabei zeigen die Auswertungen aus dem TraumaRegister DGU®, dass circa 16.000 der Schwerverletzten mehrfach schwer und lebensgefährlich verletzt waren, so dass sie über den Schockraum eines Traumazentrums aufgenommen werden mussten. „Mit dem TraumaRegister DGU® haben wir ein Instrument zur Qualitätssicherung an der Hand, mit dem wir die Versorgungsprozesse beobachten und letztendlich kontinuierlich verbessern können“, sagt Professor Bertil Bouillon, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.

Verkürzung der Diagnostikzeiten in Deutschland

Weitere Auswertungen des TraumaRegister DGU® zeigen, dass es in Deutschland in den letzten zehn Jahren zu einer deutlichen Verkürzung der Diagnostikzeiten gekommen ist. Während das Notfall-CT



**15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress**



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
GERMAN TRAUMA SOCIETY

2002 nach rund 38 Minuten nach Eintreffen des Schwerverletzten im Schockraum vorlag, sind es heute im Durchschnitt nur noch 21 Minuten. Das Notfall-CT gehört dabei zu einem der häufigsten Diagnostikverfahren bei der Schwerverletztenversorgung. Im Jahresbericht 2012 des TraumaRegisters DGU® wird die Ganzkörper-CT-Rate mit 71,8 Prozent beziffert. „Mit dem Ganzkörper-CT haben wir ein sehr effizientes Diagnostikverfahren und können Verletzungen – vom Scheitel bis zur Sohle – schnell und sicher erkennen. Die durch das Weißbuch Schwerverletztenversorgung, die S3-Leitlinie Polytrauma und das TraumaNetzwerk DGU® initiierten Strukturverbesserungen haben entscheidend dazu beigetragen, dass die Wege zu den verschiedenen Diagnostikverfahren sehr kurz sind. Das spart im Notfall unter Umständen lebensrettende Minuten“, sagt Professor Reinhard Hoffmann, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.

Der „15. European Congress for Trauma and Emergency Surgery“ (ECTES) und der „2. World Trauma Congress“ (WTC) finden vom 24. bis 27. Mai in Frankfurt am Main statt.

Quellen:

- (1) Global Status Report on Road Safety 2013 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- (2) WHO Global Alliance for Care of the Injured der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- (3) Verkehrsunfälle 2013, Fachserie 8 Reihe 7, Statistisches Bundesamt

Weitere Infos unter:

www.ectes2014.org
www.world-coalition-trauma-care.org
www.dgu-online.de
www.traumanetzwerk-dgu.de
www.traumaregister.de

Kontakt für Rückfragen:

Susanne Herda, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e.V.
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 340 60 36 20
E-Mail: susanne.herda@dgu-online.de



**15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress**



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
GERMAN TRAUMA SOCIETY

Statement von Prof. Dr. Ingo Marzi

Präsident des 15. European Congress for Trauma and Emergency Surgery (ECTES)

Leiter des Wissenschaftsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

*Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinik Frankfurt/Main
anlässlich der Pressekonferenz*

*„Katastrophe Verkehrsunfall: Schwerverletzte national und international optimal versorgen“
am 27. Mai 2014 in Frankfurt am Main*

Der 15. European Congress for Trauma and Emergency Surgery wird von der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) veranstaltet. Diese europäische Dachgesellschaft vertritt 30 nationale Fachgesellschaften der Unfall- und Notfallchirurgie und repräsentiert damit 10.000 Mitglieder. Darüber hinaus gibt es in der ESTES circa 1.000 zusätzliche Einzelmitgliedschaften. Der Europäische Traumakongress ist durch die Beteiligung der World Coalition for Trauma Care (WCTC) zum 2. World Trauma Congress (WTC) erweitert. In dieser relativ neuen Allianz haben sich mittlerweile über 50 Fachgesellschaften zusammengeschlossen, um die Unfallversorgung in der ganzen Welt zu verbessern.

Auf dem Kongress kommen mehr als 1.500 Unfallchirurgen aus über 80 Ländern zusammen. Renommiertere internationale Chirurgen halten in gut geplanten Symposien über 200 Vorträge. Hinzu kommen 350 freie Vorträge und über 300 Postervorstellungen aus der ganzen Welt.

Themen des Kongresses sind die Versorgung von Unfallverletzten am Unfallort, die Notfalldiagnostik und die definitive chirurgische Behandlung. Dabei werden neue Diagnostikverfahren, modernes Blutungsmanagement und schonende Operationstechniken dargestellt. Es werden praktisch alle Verletzungen des Skelettes, des Rumpfes, des Schädels und der Gefäße dezidiert auf höchstem Niveau diskutiert.

Weitere Themen sind die Katastrophenchirurgie bei Naturkatastrophen oder militärischen Einsätzen. Hier werden vor allem aktuelle Auswertungen kürzlich weltweit bekannter Katastrophen und Konflikte in Bezug auf die erlittenen Verletzungen und die medizinische Versorgung dargestellt.

Auf diesem internationalen Kongress werden die weltweit stark unterschiedlichen Versorgungssysteme und deren Konsequenzen für die Unfallversorgung besprochen. Die Unterschiede sind dramatisch: beispielsweise stirbt ein lebensgefährlich verletzter Patient in einem Land mit niedrigem Einkommen in 36 Prozent der Fälle, aber in einem Land mit hohem Einkommen nur in 6 Prozent. Verbesserungsmöglichkeiten finden sich einerseits auf dem Gebiet der Prävention (Stichwort Verkehrssicherheit), aber auch beim Zugang zu Unfallzentren und in der Qualität der Traumazentren.

Bei Schwerverletzten Patienten hängt das Überleben, aber auch die Wiederherstellung ganz wesentlich von einer durchgehenden Versorgungsstruktur ab, die nach erlittenem Unfall von der Primärrettung, dem Transport, der Schockraumdiagnostik, der Schocktherapie, der chirurgischen Behandlung und der Rehabilitation bestimmt wird.

(Es gilt das gesprochene Wort)



**15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress**



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
GERMAN TRAUMA SOCIETY**

Statement von Prof. Dr. Pol M. Rommens

Generalsekretär der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) und des 2. World Trauma Congress (WTC)

Direktor des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universitätsmedizin der

Johannes Gutenberg-Universität Mainz (JGU)

anlässlich der Pressekonferenz

„Katastrophe Verkehrsunfall: Schwerverletzte national und international optimal versorgen“

am 27. Mai 2014 in Frankfurt am Main

Über drei Viertel der Opfer eines Verkehrsunfalles erleiden eine oder mehrere Verletzungen des Bewegungsapparates. Das Spektrum dieser Läsionen ist sehr breit in der Lokalisation und im Schweregrad: Frakturen, Luxationen, offene und geschlossene Weichteilschäden. Es gehört zu den primären Aufgaben der erstversorgenden Ärzte, sich so schnell wie möglich ein komplettes Bild über das jeweilige Verletzungsmuster und dessen Bedrohlichkeit zu verschaffen. Hierzu stehen neben einer gründlichen klinischen Untersuchung (primary and secondary survey) bildgebende Verfahren wie die konventionelle Röntgendiagnostik und die Computertomographie zur Verfügung.

Grundsätzlich ist es für jedes Unfallopfer günstig, wenn dessen Verletzungen schnell behandelt werden. Für den schwerverletzten Patienten im Schock verbietet sich aber eine langwierige Chirurgie, worin alle einzelne Läsionen nacheinander operiert werden (early total care), weil der Patient dadurch noch mehr Schaden nimmt (second hit). Stattdessen werden in der ersten operativen Phase die lebensbedrohlichen Verletzungen so versorgt, dass sein Überleben und die Wiederherstellung seiner vitalen Funktionen ermöglicht werden (damage control surgery). Wenn der Patient sich danach in einer stabileren Phase befindet, wird die definitive Versorgung seiner Verletzungen geplant.

Für den Bewegungsapparat gelten unterschiedliche Prioritäten: Verletzungen mit großen Weichteilschäden (z.B. Frakturen mit begleitendem Gefäßschaden, breit offene Frakturen), Frakturen mit großer Instabilität (z.B. Oberschenkel) und Verrenkungen haben eine höhere Priorität als geschlossene und wenig verschobene Frakturen oder Frakturen der oberen Extremität. Die operative Behandlung der Verletzungen am Bein zielt auf eine Wiederherstellung der Achse und Länge des Beines, eine stabile Fixation und eine sichere Weichteilbedeckung der Frakturen. Die äußere Fixation wird früh nach dem Unfall als vorübergehende Methode der Stabilisierung angewandt, weil sie schnell und schonend eingesetzt werden kann. Die Methoden der Wahl für die definitive Versorgung sind die intramedulläre Nagelung für die Frakturen der langen Röhrenknochen und die Platten- und Schraubenosteosynthese für die Gelenk- und gelenknahen Frakturen.

Nach der Operation erübrigt sich eine Gipsimmobilisation, es soll eine sofortige Bewegung ohne Belastung der operierten Gliedmaße möglich sein. Durch regelmäßige klinische und radiologische Kontrollen wird die Heilung der Weichteile und des Knochens überwacht. Eine Gehschulung mit zunehmender Belastung des Beines führt letztendlich zur vollen Einsatzfähigkeit des verletzten und operierten Beines.

(Es gilt das gesprochene Wort)



**15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress**



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
GERMAN TRAUMA SOCIETY**

Statement von Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Ärztlicher Direktor an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Frankfurt/Main

anlässlich der Pressekonferenz

„Katastrophe Verkehrsunfall: Schwerverletzte national und international optimal versorgen“

am 27. Mai 2014 in Frankfurt am Main

„Treat first what kills first“. Am Anfang jeder Therapie steht eine (Verdachts)Diagnose.

Die prioritätenorientierten Behandlungsalgorithmen nach Advanced Trauma Life Support (ATLS®) sind in zertifizierten Traumazentren als Standard anzusehen. Grundlage hierfür ist eine klinisches Assessment nach dem ABCDE-Schema und ein apparativ-diagnostisches Stufenkonzept.

Im Primary Survey („Der klinische Blick“) können durch Inspektion, Auskultation und Palpation bereits lebensbedrohliche Verletzung wie Verlegung der Atemwege, z.B. Kehlkopftrauma, Spannungspneumothorax oder sichtbare Blutungen erkannt werden. Weitere lebensbedrohliche Verletzungen wie Schädelhirntraumen, innere Blutungen oder Gefäßläsionen erfordern jedoch häufig ein apparativ-diagnostisches Stufenkonzept.

Dieses ist als Adjunct im ATLS®-Konzept integriert – es findet sich jedoch eine erhebliche Bandbreite je nach Infrastruktur und klinikspezifischen Algorithmen.

Die Sonographie im Schockraum ist insbesondere in der Form der FAST (Focused Abdominal Sonography for Trauma) als etablierter Standard zur Feststellung freier abdomineller Flüssigkeit anzusehen. Die Peritoneallavage hat zumindest in Deutschland keine relevante klinische Bedeutung mehr. Häufig wird die FAST als Eingangsuntersuchung im Schockraum angewendet. Außer bei intraabdominellen Blutungen findet die Sonographie Anwendung in Form der FEER (Fokussierte Echokardiographie Evaluation in der Reanimation) bzw. THOLUUSE (Thorax, Trachea und Lung Ultrasound in Emergency and Critical Care Medicine) bei thorakalen Verletzung wie dem Pericarderguss bzw. der Tamponade, dem Hämato-/Pneumothorax sowie der Verletzung großer Stammgefäße.

Die Computertomographie (CT) ist heute als „trauma scan“ das „Arbeitspferd“ der Schockraumdiagnostik. In den meisten Traumazentren wird sie in Form einer „Traumaspirale“ als eine Hochleistungs-CT-Untersuchung (i.d.R. mit Kontrastmittelgabe) vom „Scheitel bis zur Sohle“ angewendet. Im Jahresbericht 2012 des TraumaRegisters DGU® wird die Ganzkörper-CT-Rate mit 71,8 Prozent beziffert. Die Leistungsfähigkeit und der diagnostische Vorteil des Ganzkörper-CT sind wissenschaftlich evaluiert (1). Sämtliche Verletzungen des Gehirnschädels lassen sich auch mit dem isolierten (cranialen) CCT erkennen. Die knöchernen Verletzungen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) werden durch CT- Untersuchungen der HWS erkannt. Während der einfache Pneumothorax (Luft im Rippenfellraum durch Lungeneinriss) i.d.R. auch durch eine Röntgenaufnahme der Lunge dargestellt wird, gelingt die Darstellung eines vorderen Pneumothorax, einer Lungenquetschung oder eines Luftaustritts bei Luftröhrenverletzung häufig nur im CT. Die Abklärung der zentralen und großen Gefäße sowie der Nachweis eines gedeckten Risses der Hauptschlagader (Aortendissektion) erfordern ein CT mit Kontrastmittelgabe. Bei schweren Verletzungen im Halsbereich (Prellmarke, Wunden) ist eine CT-Kontrastmitteldarstellung (KM-CT) der Äste der Hauptschlagader (Aorta) (Angio-CT) zu empfehlen, um Gefäßverletzungen auszuschließen.



**15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress**



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
GERMAN TRAUMA SOCIETY

Im Bauchraum können mit der Computertomographie neben freier Luft oder Flüssigkeit bei Darmverletzungen auch Leber- und Milzrisse sowie Verletzungen der Nieren und der harnableitenden Systeme diagnostiziert werden. Auch hier ist die Kontrastmitteldosis zur Erhöhung der Untersuchungsempfindlichkeit wesentlich. Findet sich bei einer KM-CT ein Kontrastmittelaustritt (Flush) im Bereich des Beckens bei komplexem Beckenbruch, ist dies u.U. hinweisend auf eine arterielle Gefäßläsion, die einer Angioembolisierung zugeführt werden sollte. Komplexe Beckenbrüche lassen sich im CT problemlos erkennen und beurteilen. Für die Behandlungsplanung sind 3-dimensionale Bildrekonstruktionen aus den Datensätzen inzwischen Standard.

Verletzungen des Achsenskelettes (Wirbelfrakturen) lassen sich zwar prinzipiell auch mit konventionellen Röntgen-Aufnahmen in zwei Ebenen erkennen. Eine differenzierte Therapie erfordert jedoch meist eine CT-Untersuchung. Rein ligamentäre Verletzungen können gelegentlich nur mit Hilfe einer ergänzenden Magnetresonanztomographie (MRT)-Untersuchung nachgewiesen werden. Dies gilt im Verlauf auch für Verletzungen des Rückenmarkes. MRT-Untersuchungen sind jedoch normalerweise nicht der klassischen Schockraumphase zuzuordnen.

Konventionelle Röntgendiagnostik: Peripheren Röhrenknochen- und Gelenkbrüche sind neben der klinischen Untersuchung noch eine Domäne der konventionellen Röntgendiagnostik. Die früher oft geübte Praxis der Darstellung des Achsskelettes beim Schwerverletzten mit konventionellen Röntgenaufnahmen verliert zumindest in den höher qualifizierten Traumazentren aber an Bedeutung, da diese in der „CT-Traumaspirale“ erfasst und dargestellt werden können – inklusive 3-dimensionaler Bildrekonstruktionen. Trotz der umfassenden Anwendung des „trauma-scan“ haben die konventionelle Röntgenaufnahme des Thorax (ap) und die Beckenübersichtsaufnahme auch in modernen Schockraumalgorithmen zur raschen Abschätzung noch ihre Bedeutung.

Bei Lungen- oder Bronchusverletzungen kann die Bronchioskopie bereits im Schockraum wesentlich zur Diagnostik beitragen und dabei helfen, die Beatmungsmöglichkeiten durch z.B. Sekretabsaugung zu verbessern helfen. Laboruntersuchungen im Schockraum („point of care“) spielen für die Gerinnungstherapie bei starken Blutverlusten eine zunehmend wichtige Rolle. Der prädiktive Wert von derartig rasch gewonnenen Laborwerten konnte in diversen Studien für das Bluttransfusions- und Gerinnungsmanagement aufgezeigt werden.

(1) Lancet. 2009 Apr 25;373(9673):1455-61 Effect of whole-body CT during trauma resuscitation on survival: a retrospective, multicentre study. Huber-Wagner S1, Lefering R, Qvick LM, Körner M, Kay MV, Pfeifer KJ, Reiser M, Mutschler W, Kanz KG; Working Group on Polytrauma of the German Trauma Society.

(Es gilt das gesprochene Wort)



**15th European Congress of
Trauma & Emergency Surgery
&
2nd World Trauma Congress**



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
GERMAN TRAUMA SOCIETY**

Statement von Prof. Dr. Bertil Bouillon

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie
Am Klinikum Köln-Merheim
anlässlich der Pressekonferenz
„Katastrophe Verkehrsunfall: Schwerverletzte national und international optimal versorgen“
am 27. Mai 2014 in Frankfurt am Main

TraumaNetzwerk DGU®: Qualitätssteigerung in der Versorgung von Traumapatienten:

Im Jahr 2006 wurde mit der Publikation des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung die Initiative TraumaNetzwerk DGU® initiiert. Ziel war der Erhalt und die Verbesserung der flächendeckenden Versorgungsqualität von Schwerverletzten durch verbesserte Kommunikation und abgestimmte Versorgungsstandards. Grund für diese Initiative war, dass sich 2006 zunehmend Kliniken restriktiv an der Polytraumaversorgung beteiligten. Ursachen waren die mangelnde Refinanzierung der Polytraumaversorgung im DRG System, der Abbau von Personal im Bereitschaftsdienst und die Konzentrierung von Leistungsanbietern auf planbare und ökonomisch lukrative Leistungsangebote.

Im Weißbuch Schwerverletztenversorgung wurden personelle und strukturelle Voraussetzungen zur Teilnahme an der Schwerverletztenversorgung definiert. Es wurde die regionale Vernetzung von Kliniken sowie obligat ein Qualitätsmanagementsystem gefordert. Kliniken, die sich am TraumaNetzwerk DGU® beteiligen müssen zur Qualitätskontrolle am TraumaRegister DGU® teilnehmen. Die Kliniken wurden nach definierten Kriterien auditert und in lokale, regionale und überregionale Traumazentren klassifiziert. Nach regionaler Vernetzung und Erfüllung der Kriterien wird das regionale Traumanetz dann zertifiziert.

Seit Initiierung der Initiative wurden 598 Kliniken auditert und davon 390 Kliniken bereits nach drei Jahren reauditert. Es wurden in Deutschland 45 regionale TraumaNetzwerk DGU® zertifiziert. Es wurde damit in Deutschland eine praktisch flächendeckende Versorgung von Schwerverletzten im Traumanetzwerk sichergestellt. Im Durchschnitt besteht jedes regionale Traumanetzwerk aus 14 Kliniken, davon sechs lokale, fünf regionale und drei überregionale Traumazentren. 57 Prozent der Schwerverletzten wurden in überregionalen, 34 Prozent in regionalen und 9 Prozent in lokalen Traumazentren behandelt. Im TraumaRegister DGU® konnte gezeigt werden, dass die Sterblichkeit von Schwerstverletzten in Deutschland in den letzten 20 Jahren von 20 Prozent auf 10 Prozent gesenkt werden konnte.

Die Initiative TraumaNetzwerk DGU® ist ein wichtiges Projekt um die flächendeckende Versorgungsqualität Schwerverletzter interdisziplinär und interprofessionell stetig zu verbessern. Mit Hilfe des TraumaRegister DGU® in dem mehr als 120.000 Schwerstverletzte erfasst sind, kann diese Verbesserung kontinuierlich beobachtet werden.

(Es gilt das gesprochene Wort)