Unfallchirurg 2018 · 121:772–773
<https://doi.org/10.1007/s00113-018-0556-x>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

H. Trentzsch¹ · G. Matthes² · W. Mutschler³

¹ Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, München, Deutschland

² Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam, Deutschland

³ Klinik für Allgemeine, Unfall-, und Wiederherstellungschirurgie, München, Deutschland

„Alle reden von Qualität ...“

Mit dieser Überschrift warb im Jahre 1994 die Arbeitsgemeinschaft „Scoring-Systeme“ auf einem Flyer für die Teilnahme am eben etablierten Traumaregister, das seit September 1993 mit der standardisierten Erfassung schwer verletzter Patienten begonnen hatte. Durch die zentrale Auswertung prospektiv erhobener Routinedaten wollte das Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie Standards für Behandlungsstrategien und Behandlungsergebnisse definieren. Jede interessierte Klinik war eingeladen, sich daran zu beteiligen, um sich im Sinne der externen Qualitätskontrolle an diesen Standards zu messen, ggf. Abweichungen von der Norm feststellen zu können und diese im Sinne der Qualitätsverbesserung zu verändern.

Das ist nunmehr 25 Jahre her. Aus der AG Scoring wurde im Jahre 1995 die AG Polytrauma und daraus im Jahre 2007 die Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (Sektion NIS). Zu den ehemals 5 Stammkliniken der Gründungsphase sind inzwischen über 600 Kliniken in Deutschland und dem Ausland hinzugekommen, und statt den 245 Fällen des Gründungsjahres werden nun jedes Jahr über 30.000 neue Fälle dokumentiert. Kurz: Aus dem Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie wurde das TraumaRegister DGU® (TR-DGU; AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH, München, Deutschland). Aus der Freiwilligkeit der Teilnahme ist in der Zwischenzeit eine Teilnahmeverpflichtung – zumindest für die Kliniken im TraumaNetzwerk DGU® – geworden. Darin ist sicher ein wesentlicher Grund für den Erfolg des Registers als international renommiertes Forschungsinstrument und Kernstück

der nationalen Qualitätssicherung in der Schwerverletztenversorgung zu sehen.

Die Ziele des TR-DGU sind auch nach 25 Jahren weiterhin aktuell: Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität schwer verletzter Patienten vom Unfallort bis zur Krankenhausentlassung dient das Register dazu, die realen Versorgungsabläufe sichtbar zu machen und Analysen der Abläufe zu ermöglichen. Wer den jährlich herausgegebenen Jahresbericht für seine Klinik zu nutzen versteht und nach systematischer Planung („plan“), Umsetzung („do“) und Überprüfung („check“) dann proaktive Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen Abläufe und Prozesse einleitet („act“), der handelt getreu dem Prinzip des sog. PDCA-Zyklus. Die aus dem TR-DGU gewonnenen Erkenntnisse haben aber auch Eingang gefunden in Behandlungskonzepte (z. B. die S3-Leitlinien Polytrauma/Schwerverletztenbehandlung [1] und in die Strukturanforderungen des TraumaNetzwerk DGU®), niedergeschrieben im *Weißbuch Schwerverletztenversorgung* der DGU [2], dessen 3. Auflage unmittelbar bevorsteht. Gute Beispiele dafür sind die Erforschung der Rolle der Ganzkörper-Computertomographie im Rahmen der Schockraumdiagnostik und die Empfehlung, den CT-Scanner in unmittelbarer Nähe zum bzw. direkt im Schockraum aufzustellen, weil sich daraus Überlebensvorteile für die Verletzten ergeben [1, 3]. Dem Auftrag von damals, auf der Basis der erhobenen Daten einen Polytrauma-Score zu entwickeln, der für vergleichende Betrachtungen der Versorgungsqualität und für wissenschaftliche Untersuchungen herangezogen werden kann, ist das Register mit dem Revised Injury Severity

Classification (RISC)-Score schon lange nachgekommen [4].

Im Wandel der Zeit haben Ökonomisierung und Verknappung von Ressourcen einen wesentlichen Einfluss auf die medizinische Versorgung gewonnen. Längst reden nicht mehr alle nur von Qualität allgemein. Qualitätsmanagement ist durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss [5] als Bestandteil gesetzlicher Anforderungen im Sozialgesetzbuch V und auch im Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, dem sog. Patientenrechtegesetz, verankert. Fakten und Zahlen steuern Entscheidungen in der Medizin und haben im Krankenhausentgeltgesetz auch Bedeutung für die Vergütung bekommen. Für die Unfallchirurgie, die sich trotz der klaren Schwerpunktbildung im muskuloskeletalen Bereich, immer noch als zentraler Kümmerer für den Schwerverletzten versteht, liefert das TR-DGU die für die gesundheitspolitische Diskussion so wichtigen Daten dazu. Die Beiträge unserer Autoren zum Schwerpunktthema beleuchten diese Entwicklung eindrücklich: So zeigen *Flohé et al.* in dem Beitrag „Zukunft des TraumaRegister DGU® – Weiterentwicklung und Zusatzmodule – Gibt es Grenzen?“ nach einem historischen Rückblick die zahlreichen neuen Betätigungsfelder des Registers z. B. im Bereich Neurotraumatologie mit dem Schädel-Hirn-Trauma (SHT)-Modul und im Bereich Wehrmedizin mit dem Einsatzregister der Bundeswehr auf. Neue Forschungsstrukturen können z. B. durch die Kopplung mit der Serum-Datenbank und dem TR-DGU® entstehen. Die Messung der Lebensqualität ein Jahr nach Unfall ist als neue Dimension der Ergebnismessung

zu sehen und wird weitere wichtige und v. a. patientenzentrierte Erkenntnisse zu aktuellen Behandlungsstrategien liefern.

Waydhas *et al.* stellen in dem Artikel „Wissenschaftlicher Impact des Trauma-Register DGU®“ sehr eindrücklich dar, welchen wissenschaftlichen Stellenwert das TR-DGU in den letzten 25 Jahren erreicht hat. Dabei ist nicht alleine die Anzahl der Publikationen ausschlaggebend, die in renommierten Fachzeitschriften im In- und Ausland veröffentlicht wurden. Wichtiger erscheint uns die Feststellung, dass aktuelle Fragestellungen mithilfe des Registers beantwortet werden konnten und Eingang in die tägliche Praxis gefunden haben. Beispielhaft seien die Indikation zur präklinischen Intubation, die präklinische Volumentherapie, der Trauma Associated Severe Hemorrhage (TASH)-Score und die Optimierung des Gerinnungsmanagements oder – wie bereits eingangs geschildert – der Stellenwert des CT genannt.

Trotzdem gibt es aktuelle und wichtige Fragestellungen, die mit dem Register noch nicht beantwortet werden können. Eine dieser Fragestellungen ist die nach den Alarmierungskriterien für den Schockraum. Die in der S3-Leitlinie empfohlenen Kriterien werden oft als zu unspezifisch kritisiert und würden zu einer unnötigen Bindung von Ressourcen führen. Wissenschaftliche Überprüfungen von Über- und Untertriage liegen für Deutschland bisher nicht vor und können mit dem Register, das ja definitionsgemäß nur Fälle einschließt, die über den Schockraum aufgenommen wurden, auch nicht beantwortet werden. Eine Arbeitsgruppe der Sektion NIS um Bieler *et al.* hat sich des Themas angenommen und wird hoffentlich schon bald Ergebnisse liefern, die dann sicherlich für die Optimierung des Traumaregister-Datensatzes herangezogen werden können. Details zu diesem Forschungsvorhaben stellen Bieler *et al.* in dem Artikel „Schockraumalarmierung: Welches Team für welchen Patienten?“ dar.

Trotz aller Fortschritte im Bereich der Schwerverletztenversorgung hat sich der Dokumentationsaufwand für das TraumaRegister über die letzten 25 Jahre kaum verändert. Trentzsch *et al.* zeigen dies in dem Beitrag „Wie haben sich der

Datensatz des TraumaRegister DGU® und die Schwerverletztenversorgung in den letzten 25 Jahren im Register entwickelt?“. Dem Arbeitskreis Trauma-Register der Sektion NIS ist es gelungen, den vor 25 Jahren festgelegten Umfang relativ konstant zu halten, ohne dass man aktuelle Entwicklungen ignoriert hätte.

Ein wesentlicher Anspruch an registerbasierte Versorgungsforschung ist von je her die Qualität der Daten [6]. Ziprian *et al.* haben die Qualitätskontrollen im Rahmen der Traumazentrum-Rezertifizierungsverfahren ausgewertet und weisen nach, dass die Datenqualität des TR-DGU in Bezug auf die Richtigkeit der eingegebenen Daten keinen Grund zur Beanstandung gibt.

In der Gesamtbetrachtung der Beiträge kommt klar zum Ausdruck, welchen besonderen Stellenwert die Registerforschung im Bereich Schwerverletztenversorgung hat und welcher herausragende Stellenwert dem TR-DGU daher zukommt. Mit diesem Instrument wird es auch in Zukunft möglich sein, aktuelle Probleme und Fragestellungen zu lösen und die Versorgungsqualität der Schwerverletztenversorgung in Deutschland weiterzuentwickeln, wie es die Gründungsväter des Traumaregisters vor 25 Jahren als Vision formulierten. Vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen wie etwa dem gestuften System der Notfallstrukturen zur stationären Notfallversorgung werden die Daten des TR-DGU uns darüber hinaus helfen, die Weichen in die für uns wichtige Richtung zu stellen.

Unser besonderer Dank gilt allen, die in den letzten 25 Jahren aktiv an der Entwicklung und Pflege des Registers beteiligt waren. Das sind neben der Sektion NIS in erster Linie die Kollegen, die mit großem Engagement und Fleiß die Daten für das TR-DGU in unzähligen Stunden aufbereitet und dokumentiert haben. Ihnen sei dieses Schwerpunktheft gewidmet.

Dr. Heiko Trentzsch

Prof. Dr. Gerrit Matthes

Prof. em. Dr. Wolf Mutschler

Korrespondenzadresse

Dr. H. Trentzsch

Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München
Schillerstraße 51, 30336 München, Deutschland
heiko.trentzsch@med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt. H. Trentzsch, G. Matthes und W. Mutschler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Anonymous (2018) Level 3 guideline on the treatment of patients with severe/multiple injuries: AWMF Register-Nr. 012/019. Eur J Trauma Emerg Surg 44:3–271
2. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2012) Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 2. erweiterte Auflage – Empfehlungen zur Struktur, Organisation und Ausstattung der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilung und Nachrichten, Bd. 2, 54–34
3. Huber-Wagner S, Mand C, Ruchholtz S, Kuhne CA, Holzapfel K, Kanz KG, van Griensven M, Biberthaler P, Lefering R, TraumaRegister DGU® (2014) Effect of the localisation of the CT scanner during trauma resuscitation on survival—a retrospective, multicentre study. Injury 45(Suppl 3):S76–S82
4. Lefering R, Huber-Wagner S, Nienaber U, Maegele M, Bouillon B (2014) Update of the trauma risk adjustment model of the TraumaRegister DGU®: the Revised Injury Severity Classification, version II. Crit Care (Lond) 18:476
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL). Bundesanzeiger BAnz AT 15. Nov. 2016 B2
6. Neugebauer EA, Stausberg J (2016) Was Register leisten können und was nicht. Sicht der AG Register des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. (DNVF). Unfallchirurg 119:493–500