

Das aktuelle Thema



Gegründet 1872
Sitz Berlin

Kongressbericht 2. Jahreskongress TraumaNetzwerk^D DGU

Steffen Ruchholtz^{1,2}, Hartmut Siebert³, Catrin Süssmann², Christian Kühne^{1,2}

¹ Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg, 35033 Marburg, Deutschland

² Geschäftsstelle AKUT, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg, 35043 Marburg, Deutschland

³ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Langenbeck-Virchow-Haus, 10117 Berlin, Deutschland

In diesem Jahr fand am 13. März 2010 der 2. Jahreskongress des Traumanetzwerkes^D DGU im Universitätsklinikum Marburg statt. Ziel des Kongresses war es Informationen zur aktuellen Entwicklungen und zukünftigen Umsetzungen zu präsentieren und diese gemeinsam mit den Anwendern vor Ort zu diskutieren. Zu diesem Anlass waren erfahrene Referenten und Vorsitzende u. a. auch aus anderen Fachgesellschaften und aus dem Ausland geladen. Die diesjährige Resonanz war mit mehr als 200 Teilnehmern (zumeist Chefärzte bzw. leitende Oberärzte) aus unfallchirurgischen Kliniken der gesamten Bundesrepublik sehr groß.

Realisierung in einem lernenden System

Ziel dieses Themenblockes war es, neben aktuellen Zahlen in der Entwicklung der Traumanetzwerke auch Ursachen für Probleme bei der Zertifizierung aufzuzeigen. Des Weiteren sollte dargestellt werden, wie zukünftig das Benchmarking auf Basis des Trauma-RegisterQM funktionieren soll und wie diese Zahlen am besten in einem Qualitätszirkel unter den teilnehmenden Kliniken eines regionalen Traumanetzwerkes besprochen werden. Außerdem wurden zukünftige Entwicklungen zur grafischen Darstellung Traumanetzwerke (Deutschlandkarte) sowie der Möglichkeiten zukünftiger telemedizinischer Vernetzungen erörtert.

1. Aktuelles von der AKUT-Geschäftsstelle (Kühne)

Als wesentliche Veränderung des letzten Jahres stellt Herr Kühne heraus, dass:

- im August 2009 das TraumaRegisterQM online geschaltet wurde und seither bereits über 1500 Fälle erfasst wurden,
- im Oktober 2009 das erste Traumanetzwerk Ostbayern mit 25 auditierten Kliniken zertifiziert wurde,
- im März 2010 das neu gestaltete Traumanetzwerkportal online geschaltet wurde.

Die Entwicklung der freigeschalteten (geprüften) Traumanetzwerke zeigt einen Stand von mittlerweile 49 Traumanetzwerken deutschlandweit. Hierin sind über 750 Kliniken organisiert. Von diesen Kliniken haben bereits 450 alle Voraussetzungen für die Auditierung erfüllt (Vertragsabschluss, Überweisung der Gebühren und ausgefüllte Checkliste). 240 Kliniken wurden bereits auditiert. 50 weitere Auditierungen sind in Planung. Damit kann sichergestellt werden, dass dieses Jahr mehr als die Hälfte der in Deutschland in die Traumaversorgung eingebundenen Kliniken vor Ort hinsichtlich der Erfüllung der Kriterien des Weißbuchs überprüft werden konnten.

Herr Kühne zeigt auf, dass die bisher erfolgreich auditierten Kliniken nachweislich erhebliche Veränderungen im strukturellen und prozessualen Bereich vorgenommen haben, um damit den Anforderungen des Weißbuchs gerecht zu werden. Dies reicht von 13% strukturellen Veränderungen wie Einführung von Röntgenanlagen bis hin zu 62% Einführung von interdisziplinären Behandlungsleitlinien.

2. Benchmarking im TNW (Lefering)

Die Kliniken haben in Zukunft die Möglichkeit, **online** (www.dgu-traumaregister.de) für einen frei wählbaren Zeitraum eigene Qualitätsparameter abfragen zu können. Im Rahmen dieser Abfrage werden dann die eigenen Daten mit den Daten des eigenen regionalen Traumanetzwerkes und denen des Gesamtregisters verglichen.

Die Benchmarking-Kriterien basieren auf den Erfahrungen des TraumaRegisters DGU. Hierbei wurde jedoch nach einer detaillierten Analyse an über 40 000 Patienten eine Änderung der Parameter vorgenommen. Diese beziehen sich neben der Analyse der Ergebnisqualität (Überleben) auf Basis des RISC-Scores auf präklinische Verorgungsstrategien und -zeiten sowie die Diagnostik in der frühen klinischen Versorgungsphase, dem Zeitpunkt und Art der Notoperation in lebensbedrohlichen Behandlungssituatio-

Das aktuelle Thema



Gegründet 1872
Sitz Berlin

nen. Erstmals soll auch eine Auswertung von Patientendaten möglich sein, die in 2 Krankenhäusern mit einer Verlegung behandelt wurden, um somit das Funktionieren eines Traumanetzwerks darstellen zu können. Die selbstständige Online-Abfrage der Kliniken wird ab Mitte dieses Jahres freigeschaltet.

3. Gestaltung eines Qualitätszirkels (Nerlich)

Prof. Nerlich berichtet aus dem ersten zertifizierten Traumanetzwerk Nord-Ost-Bayern über die Zusammensetzung und Funktion eines Qualitätszirkels. Er unterstreicht dabei, dass neben den Vertretern der teilnehmenden Kliniken auch die Rettungsdienste und Rettungsleitstellen in den Qualitätszirkel eingebunden werden müssen. Insbesondere in der Anfangsphase ist eine Optimierung der Schnittstelle zwischen Präklinik und Klinik ein herausragendes Ziel bei der Etablierung eines Qualitätszirkels (z. B. Kommunikationmeldebild). Die Hauptfunktion eines Qualitätszirkels sieht er in:

- a) Weiter- und Fortbildung
- b) Lernen am positiven Modell
- c) objektive Fehleranalyse (auf Basis von Fakten)
- d) Fehlerkultur (Warum kam es zum Fehler?)

Insbesondere hinsichtlich der Fehlerkultur muss dringlich darauf geachtet werden, dass hier kein Gesichtsverlust einzelner Teilnehmer entsteht. Ein weiteres entscheidendes Instrument zur Objektivierung der Abläufe ist ein entsprechendes Feedbackformular, mit welchem die aufnehmende Klinik der zuverlegenden Klinik Informationen über die 1. Therapiephase übermittelt (beim Autor zu beziehen).

Aus bisheriger Erfahrung ist festzuhalten, dass insbesondere die Etablierung eines Qualitätszirkels dabei hilft, den Gedanken einer Vernetzung im Sinne einer optimalen Kommunikation mit Ziel einer Optimierung der Versorgungsqualität umzusetzen.

4. Probleme bei der Zertifizierung (Ruchholtz)

Hinsichtlich des mehrstufigen Prozesses der Auditierung bzw. Zertifizierung zeigt sich, dass lediglich 30% Kliniken, nach Selbstdarstellung, Bezahlung und Vertragsunterzeichnung direkt den Audittermin erhalten. In 70% der Fälle dagegen gibt es Grund zur Rücksprache mit der Geschäftsstelle AKUT. Hauptgründe für die Rücksprache sind vor allem die Darstellung der neurotraumatologischen Versorgung bzw. weiterer Facharztstandards. Nach Rücksprache mit AKUT (gemäß der Checkliste) sind bisher lediglich 2 Kliniken ausgeschieden (0,4%).

Von den 240 durchgeführten Auditierungen wurde bereits bei 214 eine Bestätigung der Voraussetzungen entsprechend dem Weißbuch erteilt. Eine Klinik schied dauerhaft aufgrund nicht vorhande-

ner relevanter Voraussetzungen aus. Die anderen Kliniken befinden sich derzeit in der Prüfung durch den Bundeslandmoderator bzw. Sprecher bzw. im Schlichtungsverfahren. Derzeit dauert das Verfahren von der Anmeldung bis zum erfolgreichen Audit 322 Tage.

Um eine korrekte Einstufung einer Klinik nach dem Audit vorzunehmen, war bisher in 11 Fällen die Intervention der AKUT-Lenkungsgruppe notwendig. In 7 Fällen ging es um die gewünschte Einstufung als regionales Traumazentrum. Hierfür waren zumeist fehlende Kompetenzen in der Neurotraumatologie bzw. geringe Fallzahlen in der Traumaversorgung ausschlaggebend. Nach Intervention wurde eine Klinik als regionales Traumazentrum und 6 als lokales Traumazentrum eingestuft. Bei 4 Kliniken ging es um die Einstufung als überregionales Traumazentrum. In 2 Fällen wurde letztendlich die Einstufung als regionales Traumazentrum vereinbart, in 2 weiteren läuft derzeit ein Schlichtungsverfahren.

5. Neue interaktive TraumaNetzwerk-Karte Deutschland (Ruchholtz)

Der Vorschlag zu einer neuen interaktiven Netzwerkkarte für Deutschland (**Abb. 1**) wurde vom Institut für Notfallmedizin und Rettungswesen (LMUMünchen) ausgearbeitet. Wesentliche Funktionen sind die Möglichkeit der Visualisierung einzelner Netzwerke sowie des Status der Klinik (angemeldet, auditiert, zertifiziert). Die Karte verfügt über weitere Möglichkeiten der Darstellung von Distanzen und Abdeckungsflächen unter Berücksichtigung von präklinischen Versorgungszeiten.

6. Telemedizin im TraumaNetzwerk Nord-West (Raschke)

Ziel ist es, die Kommunikationswege zwischen der Unfallstelle und dem erstversorgenden Krankenhaus bzw. zwischen den beteiligten Kliniken zu optimieren. Über eine Bündelung der vorhandenen Informationen wie Verfügbarkeit von Transport- bzw. Behandlungsressourcen (z. B. Traumazentren) soll auf Basis einer Kommunikationssoft- und -hardware (HELP-hospital-emergency local phone) die Interaktion optimiert werden. Mit dem Instrument in Größe eines Mobiltelefons kann die Erreichbarkeit und die Verfügbarkeit von Traumazentren in Abhängigkeit von der Unfallstelle unmittelbar visualisiert werden. Des Weiteren ist in dem vorgestellten Projekt eine Optimierung des Bilddatenaustausches zwischen der erstversorgenden Klinik und der weiterversorgenden überregionalen Klinik berücksichtigt (s. auch Punkt 7.). Das Konzept wurde als Siegerprojekt im Wettbewerb „med in NRW“ über einen Zeitraum von 3 Jahren mit 1,3 Millionen Euro gefördert.

Ab Juli 2010 werden die Entwicklungen so weit abgeschlossen sein, dass eine 1. Testung in der Region Münster erfolgen kann. Ein Jahr später ist die Testung dann im Traumanetzwerk Nord-

Das aktuelle Thema



Gegründet 1872
Sitz Berlin

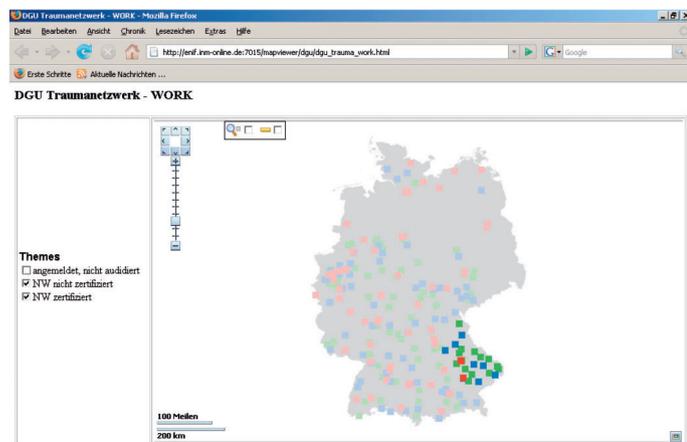


Abb. 1 Neue interaktive Netzwerkkarte für Deutschland.

West geplant. Im Weiteren ist die Verfügbarkeit für alle Traumanetzwerke geplant.

7. Bildübertragung im TraumaNetzwerk (Sturm, Juhra)

Unter Berücksichtigung der Übertragung von größeren Bilddateien zwischen 2 Kliniken im TNW erörtert Prof. Sturm die aktuellen Möglichkeiten und Probleme (z. B. Datenschutz) aus diesem Bereich. Als eine mögliche Lösung wird das Telematikprojekt aus Münster, welches mit Projektpartnern aus der Unfallchirurgie, der Informatik und des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt entwickelt wurde, aufgezeigt. Die Voraussetzung an die Telematik im Traumanetzwerk sind neben der einfachen Bedienung das Vorhandensein internetfähiger Rechner, eine möglichst schnelle Datenverarbeitung sowie die notwendigen radiologischen Geräte vor Ort (CT, Röntgenanlage etc.). Der entscheidende Punkt in dem vorgestellten Projekt ist ein zentraler Server, auf welchem die Bilder eines Patienten von der primär aufnehmenden Klinik abgelegt werden. Über ein per SMS vermitteltes Passwort erhält das überregionale Traumazentrum, welches den Patienten aufnimmt, Zugang zum gleichen Server, um die individuellen Bilder des Patienten zu betrachten (Abb. 2).

Die Sicht der anderen

In diesem Themenblock waren Vertreter anderer Berufsgruppen, der Krankenhausträger und nahestehender Fachgesellschaften sowie Gäste aus dem Ausland aufgefordert, kritisch Stellung zu nehmen und den Bedarf zur weiteren Verbesserung des TNW aufzuzeigen.

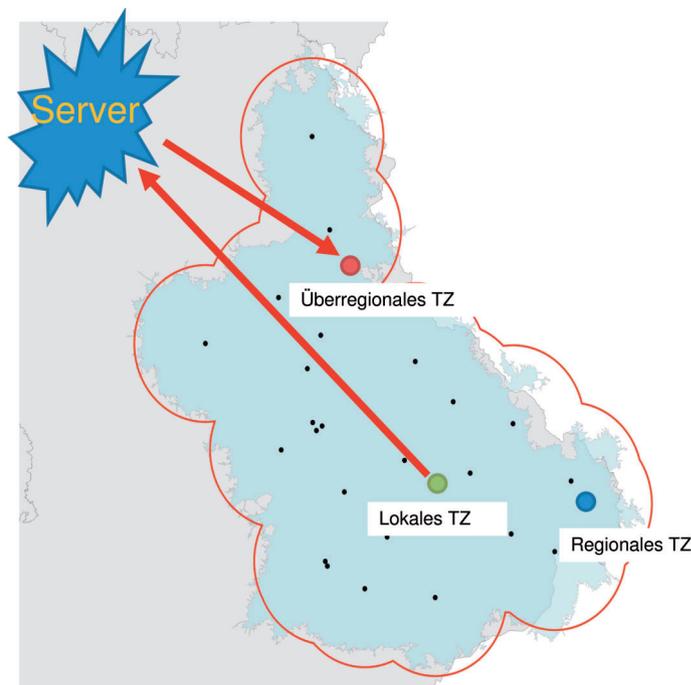


Abb. 2 Telematische Bildübertragung im TraumaNetzwerk.

1. Die Rettungsleitstellen (Little)

Aus Sicht der Rettungsleitstellen besteht weiterhin ein Problem in der Kommunikation bei der Interpretation der Schadenslage bzw. dem Zustand des Patienten zwischen Einsatzkräften vor Ort und dem Mitarbeiter in der Rettungsleitstelle. Um die adäquate Einweisung in das richtige Krankenhaus zu optimieren, ist deshalb der strukturierte Dialog zwischen Einsatzkräften, Rettungsleitstelle sowie den Ärzten im aufnehmenden Krankenhaus von entscheidender Bedeutung. Hard- und Softwareentwicklungen, die eine möglichst exakte Information ohne Zeitverlust übermitteln sollen, sind derzeit in der Erprobung. Auch hier besteht, ähnlich wie in Telemedizin, die Anforderung, längerfristig eine möglichst einheitliche Kommunikationsform, sowohl hinsichtlich der Hardware als auch der Software, für die beteiligten Partner in einem Traumanetzwerk zu finden.

2. Der Krankenhausträger (Meder)

Vonseiten der Krankenhausträger (hier stellvertretend die Rhön-Klinikum AG) stellt die Etablierung von Traumanetzwerken einen richtigen und konsequenten Ansatz zur Optimierung der Versorgung unter Gesichtspunkten der derzeitigen Rahmenbedingungen (Gesundheitsreformgesetzte und „Spargesetz“) dar. Hervorgehoben wird dabei, dass sich das Traumanetzwerk insbesondere mit einer optimierten strukturellen, klinischen Zusammenarbeit beschäftigt.

Das aktuelle Thema



Gegründet 1872
Sitz Berlin

Hinsichtlich der weiteren Optimierung wird von Herrn Meder, insbesondere die Notwendigkeit einer optimierten, schnellen und zielorientierten Kommunikation zwischen den präklinischen Behandlungsteams und der Klinik hervorgehoben. Beispielhaft werden dabei Projekte wie „Cardio Angel“ und „Stroke Angel“, welche in enger Kooperation mit dem Bayerischen Roten Kreuz, Technologieherstellern sowie Forschungszentren für Informatik etabliert wurden, genannt. Aufgrund des großen Erfolges dieser Aktionen wird in diesem Zusammenhang die Etablierung eines „Trauma-Angel“-Projektes zur Optimierung der Kommunikation und Zuweisung von schwer verletzten Patienten für die präklinische Versorgung angeregt. Als weiterer Punkt, der bisher in dem TNW-Konzept nicht ausreichend berücksichtigt ist, wird eine Fokussierung auf eine optimale und möglichst frühe (akut-)rehabilitative Behandlung der schwer verletzten Patienten gefordert. Denn gerade unter dem Aspekt, dass in einem Traumanetzwerk auch in Zukunft die Überlebenschancen von schwer verletzten Patienten weiter verbessert werden können, muss gleichzeitig das Augenmerk auf eine optimale Rehabilitation und berufliche Reintegration dieser zumeist jüngeren beruflich aktiven Patienten gerichtet werden.

3. Anforderungen an das TNW aus Sicht der Anästhesie (Rossaint)

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) wird die klare Unterstützung des Konzeptes Traumanetzwerk durch die deutschen Anästhesisten hervorgehoben. Entsprechend ihres fachlichen und wissenschaftlichen Engagements in der präklinischen als auch klinischen Versorgung von schwer verletzten Patienten sieht sich die DGAI als ein wesentlicher Partner bei der Etablierung von Traumanetzwerken in Deutschland.

Die DGAI hat sich, gerade bei der wissenschaftlichen Etablierung von Behandlungsleitlinien gemeinsam mit der DGU und anderen Fachgesellschaften, intensiv mit der Thematik beschäftigt. Ziel muss es sein, über regionale Qualitätszirkel, unter Beteiligung der in die Schwerverletztenversorgung einbezogenen Ärzte, die Grundlagen dieser Behandlungsleitlinien interdisziplinär in Fortbildungen und Nachbesprechungen umzusetzen.

Auch von Herrn Rossaint wird noch einmal intensiv auf die Problematik einer optimalen Verknüpfung der präklinischen Versorgung und der aufnehmenden Kliniken, beispielsweise im Sinne von SOP's, hingewiesen.

Die DGAI als wissenschaftliche Fachgesellschaft sieht mögliche zukünftige Kooperationen nicht nur im Bereich der klinischen Versorgung, sondern auch der Initiierung von Fragestellungen für multizentrische und multidisziplinäre Studien (z. B. Volumenma-

nagement, Gerinnung, Beatmung etc.). Das TNW-Konzept soll damit auch gleichzeitig zu einer Vernetzung der wissenschaftlichen Kooperation von in die Schwerverletztenversorgung eingebundenen Fachgesellschaften dienen.

4. Anforderungen an das TNW aus Sicht der Viszeralchirurgie (Oldhafer)

Auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAVCH) sieht sich als ein wesentlicher Partner bei der intraklinischen Umsetzung der Ziele und Vorgaben des TNW. Schwere Abdominalverletzungen mit daraus resultierendem Blutungsschock stellen nach wie vor eine der Hauptursachen bei der frühen Letalität nach schwerer Verletzung dar. Hier ist insbesondere das schwere Lebertrauma mit einer Letalität mit 31 % hervorzuheben. Basierend auf diesen Daten stellt Herr Oldhafer die Notwendigkeit der intensiven frühen Einbindung von viszeralchirurgisch ausgebildeten und vor allem auch praktizierenden Chirurgen in die frühe Versorgung dar.

Kritisch wird in diesem Zusammenhang auf die Probleme bei der künftigen Ausbildung von Viszeralchirurgen in der Versorgung des Bauchtraumas hingewiesen, da insbesondere der „case load“ in vielen Häusern für den einzelnen „Weiterzubildenen“ relativ gering ist. Diesbezüglich wird eine enge Kooperation der beteiligten Fachgruppen im Hinblick auf die gemeinsame Weiterbildung gefordert. Diesbezüglich werden Ausbildungskurse wie das DSTC-Konzept oder strukturierte Rotationsprogramme im Traumanetzwerk angesprochen.

5. Anforderungen an das TNW aus Sicht der Neurochirurgie (Schwertfeger)

Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNCH) wird die Etablierung von Traumanetzwerken zur flächendeckenden Versorgung insbesondere auch des Neurotraumas begrüßt. Diesbezüglich werden die gemeinsam unter den Fachgesellschaften abgesprochenen Richtlinien zur Kooperation hervorgehoben (Kooperationsverträge für Kliniken ohne Neurochirurgie im TNW).

Herr Schwertfeger unterstreicht, dass über den Primärtransport eine Steuerung von Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma in adäquat ausgestattete Zentren erfolgen sollte. Alternativ ist auch die unmittelbare Versorgung vor Ort durch adäquat ausgebildete Traumachirurgen im Sinne eines neurochirurgischen Damage Controls denkbar. Dies muss jedoch über intensive Kooperations- und Ausbildungsprogramme mit einer entsprechenden „Partnerklinik mit Neurochirurgie“ gesteuert werden.

Das aktuelle Thema



Gegründet 1872
Sitz Berlin

Auch aus Sicht der DGNCH solle die Möglichkeit, insbesondere über das Traumaregister der DGU, Aspekte in der Versorgung von Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma gemeinsam wissenschaftlich zu begleiten weiter ausgebaut werden.

6. Der Blick von außen – Österreich (Hartmann)

In Österreich wurde Ende des vergangenen Jahres das Landeskrankenhaus Salzburg/Universitätsklinikum als erstes ausländisches Traumazentrum nach den Gesichtspunkten des Weißbuchs besucht und als überregionales Traumazentrum bestätigt. Die grenzüberschreitende Organisation der Auditierung stellte dabei kein Problem dar.

Aufgrund der Tatsache dass im südöstlichen Bayern bereits eine enge Kooperation zwischen den umliegenden Kliniken und dem Landeskrankenhaus Salzburg bestand, bot es sich an, die Klinik zunächst in das Traumanetzwerk München-Oberbayern-Süd zu integrieren. Gleichzeitig stellt Herr Hartmann jedoch dar, dass aufgrund der sehr großen Ausdehnung dieses Traumanetzwerkes, die Kooperation auch weiterhin auf die regionale Anbindung der Krankenhäuser in Südostbayern konzentriert bleiben wird.

Als hilfreich wurde die Auditierung im Traumanetzwerk auch unter klinikinternen Aspekten angesehen. Im Vorfeld der Auditierung waren erhebliche Mühen unternommen worden, die z. T. schon vorab bestehenden Abläufe und Strukturen in der Schwerverletztenversorgung abzustimmen und klinikintern noch dichter zu koordinieren.

Zukünftig soll lokal ein Projekt „Schockraumversorgung“ im Simulationszentrum der PMU umgesetzt werden.

7. Der Blick von außen – Holland (Wendt)

Im Namen der Niederländischen Gesellschaft für Traumatologie stellt Herr Wendt die derzeitige Entwicklung von Traumazentren in den Niederlanden dar. Hier gibt es seit 1998 bereits 10 staatlich angewiesene Traumazentren. Diese Zentren haben Aufgaben in der Organisation der Versorgung von Schwerverletzten und sind Referenz- und Expertisezentren in der Region. Alle stationär aufgenommenen Unfallopfer werden in einem Traumaregister erfasst.

Möglichkeiten einer intensivierten Zusammenarbeit sieht Herr Wendt vor allem in den grenznahen Gebieten (Maastricht, Nijmegen, Enschede und Groningen). Die Möglichkeiten sind sowohl auf Basis der präklinischen als auch klinischen Versorgung sowie der Fort- und Weiterbildung im Sinne von Kongressen und auch möglicherweise in Zukunft im Rahmen von grenzüberschreitenden, gemeinsamen Forschungsprojekten (EU-Förderung) zu se-

hen. Insbesondere im nordwestdeutschen Bereich ist aufgrund der räumlichen Nähe die Anbindung des Traumazentrums Nord-Niederlande (Groningen) als überregionales Traumazentrum an die Kliniken im westlichen Ostfriesland bereits jetzt gelebte Realität.

Tipps und Tricks – Deutschland und zurück

In diesem Sitzungsteil werden Ergebnisse aus besonders weit entwickelten Traumanetzwerken (für Hessen Prof. Marzi, für das Saarland Dr. Burkhardt, für Nord-West Prof. Raschke und für Hamburg PD Dr. Lehman) dargestellt.

In Hessen erfolgte eine Unterteilung in 4 regionale Traumanetzwerke. Die Aktivität der Kliniken ist z. T. unterschiedlich hoch. Es wird aufgezeigt, dass einige Kliniken nach initialer Anmeldung keinerlei Aktivitäten gezeigt haben, um den Prozess der Zertifizierung weiter aufrechtzuerhalten. Dabei kann man davon ausgehen, dass ein Großteil dieser Kliniken auch bisher seltener in die Schwerverletztenversorgung eingebunden waren. Aus diesem Grund hat man sich auf eine Deadline geeinigt. Alle Kliniken, die bis Anfang April nicht auditiert wurden, werden auf eine Warteliste genommen, damit für die anderen die endgültige Zertifizierung im regionalen TNW abgeschlossen werden kann. Für April ist die Verabschiedung der TNWs für Hessen in Wiesbaden unter Kooperation mit dem Sozialministerium vereinbart.

Als wesentliches Instrument zur Verbesserung der Kooperation in einem TNW wird von Herrn Marzi die Durchführung von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen (z. B. inhouse ATLS-Kurs) und Kongressen hervorgehoben.

Für das Saarland wurde von Dr. Burkhardt dargestellt, dass sich 3 Jahre nach Inauguration des regionalen TNW dort vergleichbar zu Hessen eine Zahl von 19 ernsthaft in das TNW eingebundenen Kliniken gefunden hat. Dabei konnte bisher eine Optimierung der interklinischen Kooperationen sowie eine Verdichtung der Schwerverletztenversorgung in den entsprechend eingebundenen Kliniken aufgezeigt werden.

Des Weiteren zeigt sich erfreulicherweise eine zunehmende Intensivierung der Kooperationen mit den Nachbarländern Luxemburg und Lothringen. Im März 2010 ist ein erneutes überregionales Treffen mit klinischen Vertretern aus Frankreich geplant.

Für das Traumanetzwerk Nord-West wird durch Prof. Raschke ebenfalls eine positive Entwicklung im Sinne der Kooperation der Kliniken, gestärkt durch zahlreiche Treffen, dargestellt. Auch hier kristallisiert sich zunehmend eine bestimmte Zahl von Kliniken he-

Das aktuelle Thema



Gegründet 1872
Sitz Berlin

raus die auch in Zukunft im Sinne einer intensivierten Kooperation in der Schwerverletztenversorgung eingebunden sein werden.

Auf Basis von Fallbeispielen kann die zunehmende Optimierung der Kooperation im TNW Nord-West dargestellt werden.

Für das Traumanetzwerk Hamburg werden von PD Dr. Lehmann ebenfalls sehr erfolgreiche gemeinsame Konzepte im Sinne von mehrfachen Netzwerktreffen sowie gemeinsamen Fortbildungskonzepten (z.B. Kurs Polytraumamanagement) dargestellt. Des Weiteren zeigt sich, dass in dem Ballungszentrum Hamburg von 14 Kliniken im Netzwerk 5 Kliniken als überregionale und 6 Kliniken als regionale Traumazentren eingetragen sind. Lediglich 3 der Kliniken sind als lokale Traumazentren geplant. Diese Verteilung ist sowohl auf die große bisherige Bedeutung einzelner Häuser für die Schwerverletztenversorgung als auch auf die Konkurrenzsituation in einem großen Ballungszentrum wie Hamburg zurückzuführen.

Preisverleihung „Beste Idee im TraumaNetzwerk^D DGU“

Im Rahmen des 2. Jahreskongress TraumaNetzwerk wurde zum ersten Mal der Preis zum Ideenwettbewerb im TraumaNetzwerk^D DGU vergeben. Ziel des Wettbewerbes war es, die beste, bzw. originellste Idee zur Umsetzung des Konzeptes des TraumaNetzwerks in Deutschland zu prämiieren. Der Preis „Beste Idee im TraumaNetzwerk^D DGU 2010“ ging an die Arbeitsgruppe von PD Dr. Peter Strohm, Dr. Gersson Konrad, Markus Reil, Thorsten Hammer und Prof. Dr. Norbert Südkamp vom Departement Orthopädie und Traumatologie am Universitätsklinikum Freiburg mit dem Titel „SIM-Training im Schockraum“.

Hierbei handelt es sich um ein modulares, sehr realitätsnahes Trainingskonzept, welches die interdisziplinäre Kooperation der unterschiedlichen Arzt- und Pflegeteams im Schockraum auf Basis eines Trainings am Simulationsmodell ermöglicht.

Der Preis ist mit einer Summe von 2000 Euro dotiert.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Steffen Ruchholtz
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,
Standort Marburg
Baldingerstraße
35043 Marburg
Tel.: 06421/5866216
E-Mail: ruchholt@med.uni-marburg.de