

Bundesministerium für Gesundheit  
Referat Projektgruppe Notfallversorgung  
Dr. Alice Süß  
Friedrichstrasse 108  
11055 Berlin

06. Februar 2020

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

Sehr geehrte Frau Dr. Süß,

der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) wurde 1969 gegründet und ist unabhängiger Vorreiter und Kompetenzträger in allen Belangen der Straßenverkehrssicherheit. Die optimale Versorgung von Unfallopfern ist uns vor diesem Hintergrund ein besonders wichtiges Anliegen. Im Anhang dieses Schreibens fügen wir den Beschluss des Vorstandes des DVR von April 2019 „Notfallversorgung von Unfallopfern“ bei. In diesem Vorstandsbeschluss stellen wir vor dem Hintergrund der bevorstehenden Gesetzreform die besondere Situation der Unfallverletzten durch Straßenverkehrsunfälle in den Vordergrund, indem spezifische Forderungen formuliert werden.

Die medizinische und einsatztaktische Versorgung von Unfallopfern unterscheidet sich wesentlich von internistischen oder anderen nicht-traumatischen Notfalleinsätzen. Diese Besonderheiten betreffen vor allem die unmittelbare vollumfängliche Erfassung des Zustandes des Unfallopfers, eine präklinisch beginnende medizinische Versorgung auf höchstem Niveau, das Einleiten der unmittelbar notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Stabilisierung des Zustands des Unfallverletzten bis hin zum raschen und schonenden Transport in das nächstgelegene geeignete Traumazentrum. Diese besonderen Erfordernisse sind aus unserer Sicht in dem Gesetzesentwurf noch nicht deutlich genug herausgearbeitet worden.

Der DVR begrüßt eine Reform der Notfallversorgung, weist jedoch darauf hin, dass obwohl Unfallverletzte im präklinischen Rettungseinsatzaufkommen nur eine kleine Gruppe der zu

**VISION ZERO.**  
Keiner kommt um. Alle kommen an.

Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat

Auguststraße 29  
D - 53229 Bonn

Postfach 53222 Bonn

T +49(0)228 40001 0  
F +49(0)228 40001 67  
E [info@dvr.de](mailto:info@dvr.de) | [www.dvr.de](http://www.dvr.de)

Commerzbank AG  
IBAN DE50 3708 0040 0222 3181 00  
BIC DRESDEFF370

Postbank  
IBAN DE57 3701 0050 0213 3825 06  
BIC PBNKDEFF

Amtsgericht Bonn VR 3023  
USt.-Nr. 206/5856/0420  
USt.-IdNr.: DE122276461

behandelnden Notfallpatienten darstellen, die besonders individuell und bedarfsgerecht behandelt werden müssen. Die adäquate Versorgung dieser speziellen Patientengruppe beginnt bereits mit der Art der Notrufabfrage und der daraus resultierenden Disposition von geeigneten Ressourcen zur Sicherung der Unfallstelle, zur technischen Rettung und zur medizinischen Versorgung der Unfallopfer. In der Übernahme der Notfallabfrage-Algorithmen zur strukturierten Ersteinschätzung durch Systeme, die für die Notfallbehandlung und Triage des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zwar gut geeignet sind, sehen wir die Gefahr, den individuellen Unfalllagen im Rahmen von Verkehrsunfällen und der Notwendigkeit der unmittelbar einzuleitenden medizinischen Versorgung auf höchstem Niveau nicht gerecht zu werden. Eine gezielte Abfrage zur Beurteilung einer potentiellen Verletzungsschwere von Unfallopfern ist essentiell für eine dem Ereignis angepasste Disposition. Daher fordert der DVR, eine spezielle Software für das medizinisch einsatztaktische Management einzusetzen, die nicht nur ein vollständiges Meldebild ermöglicht, sondern auch während des Einsatzes die Unterstützung bietet, die nächstgelegene für den individuellen Patienten adäquate Ressource (zertifiziertes Traumazentrum) anzufahren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll laut Gesetzentwurf die Vorgaben für eine qualitätsgesicherte medizinische Notfallversorgung entwickeln. Die präklinische Situation von Unfallverletzten bedarf jedoch einer besonderen Versorgung, die sich nicht von dem Gedanken der Steuerung der Patientenströme leiten lassen sollte. Vielmehr sollte von Beginn des Notfalleinsatzes an das Outcome des Unfallopfers für die zu treffenden Entscheidungen relevant sein. Dies bezieht sich auf den Einsatz von Rettungsmitteln und Personal, auf die Kommunikation zwischen dem notärztlichem Personal und dem ärztlichen Traumaleader der Zielklinik sowie auf die Qualität der Versorgung an der Unfallstelle.

Die Evaluation der Umsetzung der Reform sollte sich nicht nur auf die Aspekte der Steuerung und Effizienz beschränken, sondern vor allem die Versorgung und das Outcome der verunfallten Menschen im Fokus behalten. Die Dimension des sozioökonomischen Ausfallschadens im Hinblick auf langfristige Arbeitsunfähigkeiten und Rehabilitation in ein Arbeitsleben und das soziale Netzwerk sind vor dem Hintergrund der bereits in der präklinischen Versorgung zu lenkenden Entscheidungen dringend zu berücksichtigen. Somit ist bei den Überlebenden von Straßenverkehrsunfällen neben Muster und Schwere der Verletzungen auch die schnelle notärztliche Versorgung, die Auswahl der geeigneten Zielklinik, die Betreuung in Spezialzentren, die langfristige Nachsorge und die Anbindung an psychotraumatologische Therapieplätze entscheidend für die spätere

gesellschaftliche Reintegration und Folgen wie Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit und psychische Folgen.

Wir möchten Sie daher auffordern, folgende Punkte zu modifizieren bzw. zu integrieren:

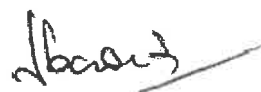
- Regelung der Versorgung von Verkehrsunfallverletzten als ein Sonderfall im Gesetzestext, damit deutlich wird, dass dieses Management individualisiert und mit höchster Kompetenz durchgeführt werden sollte.
- Einsatz einer speziellen Software für das präklinische Management von Verkehrsunfällen – von der strukturierten Abfrage des Unfallgebildes über die Disposition bis hin zur Anfahrt der geeigneten Zielklinik
- Direkter Datenaustausch der medizinisch relevanten Informationen zwischen den Ärzten an der Unfallstelle und dem ärztlichen Traumaleader in der Zielklinik
- Outcomeorientiertes Patientenmanagement
- Aufrechterhaltung der flächendeckenden Bereitstellung von zertifizierten Traumazentren

Für die Gelegenheit, Stellung zu nehmen, bedanken wir uns sehr.

Mit freundlichen Grüßen,



Christian Kellner  
Hauptgeschäftsführer



Jacqueline Lacroix  
Referatsleiterin  
Verkehrsmedizin

## **Notfallversorgung von Unfallopfern**

Beschluss vom 22.05.2019 auf der Basis der Empfehlung  
des Vorstandsausschusses Verkehrsmedizin

### **Beschluss**

- Die Traumaversorgung von Verkehrsunfallverletzten sollte vor dem Hintergrund der anstehenden Reform der Notfallversorgung sowie der zunehmenden Privatisierung und Spezialisierung der Krankenhäuser einen hohen Stellenwert behalten.
- Die Notrufabfrage muss so strukturiert werden, dass eine dem Ereignis angepasste Disposition der notwendigen Einsatzkräfte bereits initial erfolgen kann.
- Dafür muss dem Disponenten in der Leitstelle ein Instrumentarium, z.B. eine spezielle Software, an die Hand gegeben werden, welches ihm anhand des Meldebildes ermöglicht, geeignete Krankenhäuser auszuwählen. Damit soll erreicht werden, dass entscheidende Rettungsmittel nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt nachgefordert werden müssen und wertvolle Zeit verloren geht.
- Für eine adäquate Versorgung vor Ort sollten, wenn erforderlich, maximale technische (RTW über DIN-Norm) und personelle Ressourcen (Notärzte) bereitgestellt werden.
- Die Rettungsdienste müssen in die Lage versetzt werden, den Patienten schnell, sicher und schonend in ein nahegelegenes Traumazentrum zu transportieren. Eine zielgerichtete und direkte Kommunikation zwischen dem notärztlichen Personal und dem Traumaleader der Zielklinik sollte gewährleistet werden.
- Unfallverletzte sollten eine qualitativ hochwertige Traumaversorgung in entsprechenden (zertifizierten) Traumazentren erhalten.
- Die Versorgung von Unfallopfern aufgrund von Straßenverkehrsunfällen sollte bereits in der Gesetzgebung (z.B. Rettungsdienstgesetze der Länder, künftiges Gesetz zur Reform der Notfallversorgung in Deutschland) als ein Sonderfall geregelt werden, damit deutlich wird, dass ihm nicht standardisiert begegnet werden kann.
- Studien zu Behandlungsstrategien und Entscheidungsalgorithmen in der Notfallversorgung von Unfallopfern sollten über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, um medizinische Erfolge und soziökonomische Dimensionen ermitteln zu können.

## Erläuterungen

Das Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigt, mit einer Reform eine bedarfsgerechte Notfallversorgung sicherzustellen, wobei der Rettungsdienst und die stationären Notfalleinrichtungen entlastet und Doppelstrukturen abgebaut werden sollen.

Verkehrsunfallopfer mit schweren Verletzungen bis hin zur verletzungsbedingten Lebensgefahr sind medizinische Notfälle, die eine interdisziplinäre und interprofessionelle qualitativ hochwertige Versorgung erfordern. Unfallbedingte Verletzungen sind in den ersten vier Lebensdekaden die häufigste Todesursache in Industrienationen.<sup>1</sup> Im Kindesalter sind die Folgen von Verkehrsunfällen deutschlandweit die häufigste Todesursache und häufigster Grund für schwere Behinderungen.<sup>2</sup> Bei den Überlebenden ist neben Muster und Schwere der Verletzungen auch die schnelle notärztliche Versorgung entscheidend für die spätere gesellschaftliche Reintegration und die sozioökonomischen Folgen wie Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit und psychische Folgen.

Im Jahr 2017 gab es über 152.000 rettungsdienstliche Einsätze aufgrund von Straßenverkehrsunfällen - ein Anteil von 1,1% des Gesamteinsatzaufkommens von 13,9 Millionen Einsätzen.<sup>3</sup> Solche Einsätze sind aufgrund ihrer Komplexität nicht mit einer standardisierten internistischen Notfallversorgung gleichzusetzen.

Die Versorgung des Unfallopfers durch Notärzte in Verbindung mit einem Rettungsteam an der Unfallstelle ist essenziell für die medizinische Stabilisierung von Schwerverletzten und kann nicht ausschließlich durch Notfallsanitäter erbracht werden. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund spezieller Patientengruppen wie pädiatrischer oder geriatrischer Unfallopfer, die ein hochkompetentes und erfahrenes notärztliches Personal benötigen, das über spezielle Fertigkeiten in der Notfallversorgung dieser komplexen Patientengruppen verfügt. Sowohl für die Stabilisierung vor Ort als auch für die ressourcenoptimierte Weiterbehandlung von Patienten nach einem Verkehrsunfall ist es unerlässlich, dass der Zustand des Verunfallten an der Einsatzstelle vollumfänglich in seinem Verletzungsmuster und der daraus resultierenden Pathophysiologie

---

<sup>1</sup> World Health Organization, *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2008

<sup>2</sup> WHO, *Global Status Report on Road Safety*, 2018

<sup>3</sup> BMVI: Unfallverhütungsbericht 2016/17.

[https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/unfallverhuetungsbericht-2016-2017.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/unfallverhuetungsbericht-2016-2017.pdf?__blob=publicationFile)

richtig eingeschätzt wird. Für die Sicherstellung einer derartigen adäquaten Versorgung von Verunfallten ist es notwendig, dass die Leitstellendisposition mithilfe eines Instrumentariums agieren kann, das sie befähigt, angemessene und ggf. maximale Kompetenzen und Ressourcen zu mobilisieren. Ein geeignetes Instrumentarium könnte beispielsweise eine Software sein, die es den Leitstellendisponenten ermöglicht, Informationen von der Unfallstelle bis hin zu Kapazitätsabfragen in Krankenhäusern einzuholen.

Neben den medizinischen und technischen Ressourcen vor Ort ist die Sicherung der Unfallstelle und die Verkehrsregelung Voraussetzung für eine sichere Traumaversorgung. Eine inadäquate Triagierung, unvollständige Erhebung des Zustands oder unzureichende Versorgung der Unfallverletzten können zu verlängerten Transportwegen oder der Notwendigkeit von Sekundärverletzungen führen, bis die Unfallverletzten der adäquaten klinischen Ressource zugeführt werden. Daraus resultieren verlängerte Versorgungszeiten, bis die oft lebensrettenden Therapien eingeleitet werden können, sowie zusätzliche Kosten.

Die Hilfsfrist, die als Gütekriterium im Rettungsdienst herangezogen wird, ist für die rasche Versorgung der Unfallverletzten zwar wichtig, jedoch nicht alleine entscheidend. Von wesentlicher Bedeutung ist auch die Qualität der Versorgung von Beginn an. Dazu gehören neben einer notärztlichen Versorgung die entsprechenden hochwertigen technischen Ressourcen vor Ort, damit die Verletzten schnell, sicher und schonend zu dem aufgrund des Verletzungsmusters als geeignet eingestuftem zertifizierten Traumazentrum luft- oder bodengebunden transportiert werden können. Da an der Versorgung eines lebensbedrohlich Schwerverletzten in den ersten 24 Stunden bis zu 120 Personen beteiligt sind<sup>4,5</sup>, ist die initiale zielgerichtete Arzt-Arzt-Kommunikation von der Unfallstelle in die Zielklinik essenziell, um überlebensentscheidende Informationen effizient und umfassend übermitteln zu können. Neben der Kapazitätsabfrage dient dabei die direkte Kommunikation mit dem Traumaleader des Zielkrankenhauses der innerklinischen Ressourcenmobilisation (interdisziplinäres Traumateteam, Intensivkapazität, OP-Verfügbarkeit, Vorhaltung von Blutkonserven etc.). Entsprechend der Schädigungsintensität und des Verletzungsmusters muss eine klinische Therapie in der medizinisch

---

<sup>4</sup> Lovell et al. (2001) Intrahospital transport of critically ill patients. *Anaesth Intensive Care* 29:400-409

<sup>5</sup> Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU: Allg. Daten zur Schwerverletztenversorgung in Deutschland des TraumaRegister® der DGU, Jahresbericht 2001

erforderlichen Zeit erreicht werden.<sup>6</sup> Die Zielklinik muss über eine hohe Qualität der Traumaversorgung verfügen und sich an den spezifischen Verletzungsmustern von Unfallverletzten orientieren.<sup>7,8</sup> Ein längerer Transport kann unter Umständen zu Gunsten der individuellen und spezifischen Versorgungsressource in Kauf genommen werden, wenn ein sicherer, notärztlich begleiteter Transport gewährleistet ist. Die Ausrichtung an wirtschaftlichen Interessen des Rettungsdienstes und des Zielkrankenhauses darf in der Traumaversorgung keine Rolle spielen.

Die Wiederherstellung der Lebensqualität von Unfallopfern ist eine langfristige Aufgabe. Diese beginnt bereits mit der Erstversorgung am Unfallort und erstreckt sich weiter von der Auswahl der richtigen Zielklinik über die adäquate klinische Versorgung bis hin zur Rehabilitation und Wiedereingliederung in ein Berufsleben und ein soziales Netzwerk. Damit nehmen bereits die präklinische Organisation und die Qualität der Versorgung entscheidend Einfluss auf das Langzeit-Outcome der Verletzten und bestimmen neben dem individuellen Leidensweg auch die sozioökonomischen Folgen, die bei jährlich rund 66.500 schwer verletzten Unfallopfern,<sup>9</sup> davon ca. 15.000<sup>10</sup> mit schwersten Verletzungen, gesamtgesellschaftlich relevant sind.

gez.  
Prof. Dr. Walter Eichendorf  
Präsident

---

<sup>6</sup> Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. [https://www.uni-kiel.de/anaesthesie/docs/RD/Eckpunktepapier\\_2016\\_1.pdf](https://www.uni-kiel.de/anaesthesie/docs/RD/Eckpunktepapier_2016_1.pdf)

<sup>7</sup> Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie - *Empfehlungen zur Struktur, Organisation und Ausstattung stationärer Einrichtungen zur Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.*, 2006

<sup>8</sup> S3-Leitlinie Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, 2017 (AWMF Register-Nr: 012/019)

<sup>9</sup> Destatis: Verkehrsunfälle, Fachserie 8, Reihe 7. Schwerverletzte sind in der amtlichen Unfallstatistik Unfallopfer, die mindestens 24 Stunden stationär aufgenommen werden und nicht innerhalb von 30 Tagen versterben.

<sup>10</sup> K. Auerbach u.a.: Schwerstverletzte Straßenverkehrsunfallopfer in Deutschland. Zeitschrift für Verkehrssicherheit 1.2018. Schwerstverletzte sind Unfallopfer, die einen medizinischen Verletzungsgrad von MAIS 3+ bzw. AIS≥16 aufweisen