

IMU KLINIKUM Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement - INM

Positionierung des TraumaRegister DGU® als Qualitätssicherungsinstrument

Vom Sextanten zum GPS

TMF e.V. Registertage 2024, Berlin
Heiko Trentzsch

IMU KLINIKUM

Externer Qualitätssicherung und TraumaRegister DGU®

Vermeidung von Doppelstrukturen

§ 135a

Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung (SGB V)

IMU KLINIKUM

Traumaregister der DGU (1993)

Ziele

Ein standardisiertes Instrument zur systematischen Erfassung und Analyse der Versorgung Schwerverletzter im deutschsprachigen Raum:

- Verbesserung der Versorgungsqualität
- Abbildung und Analyse der Versorgungsabläufe
- Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in „Leitlinien“
- Erhebung von Daten zur Entwicklung eines Polytrauma-Scores

IMU KLINIKUM

Qualitätssicherung

Von Anfang an...

- Behandlungsstrategien und Behandlungsergebnisse mit anderen Kliniken vergleichen (externe Qualitätskontrolle)
- Abweichungen von der Norm zu erkennen und ggf. zu korrigieren (Qualitätssicherung)

IMU KLINIKUM

Datenerfassung im TR-DGU

Beobachtungszeitpunkte

Erhebung der Daten vom Unfallort bis zur Entlassung zu 4 definierten Zeitpunkten:

Aus: Foliensatz TR-DGU T. Paffrath

IMU KLINIKUM

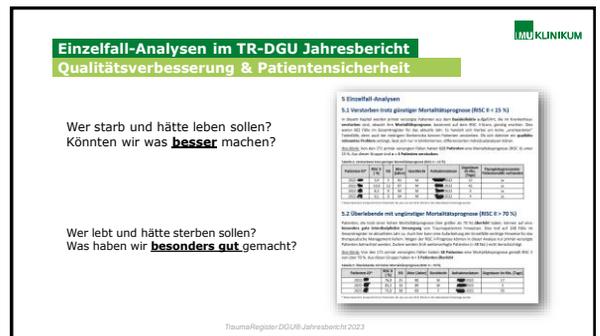
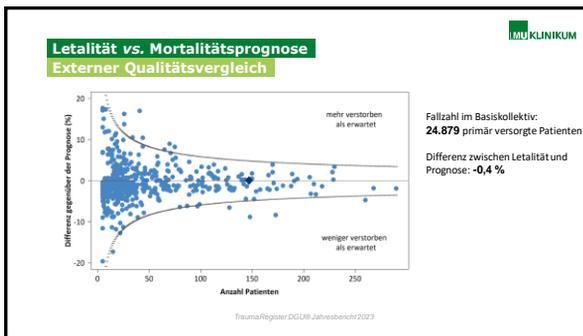
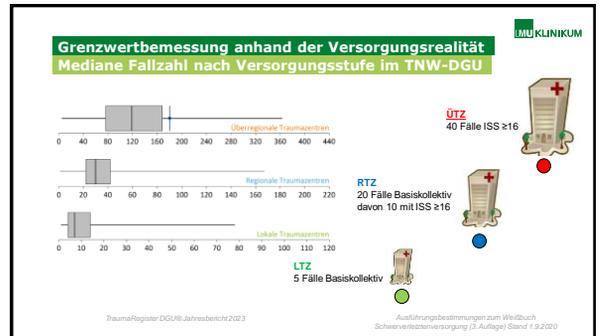
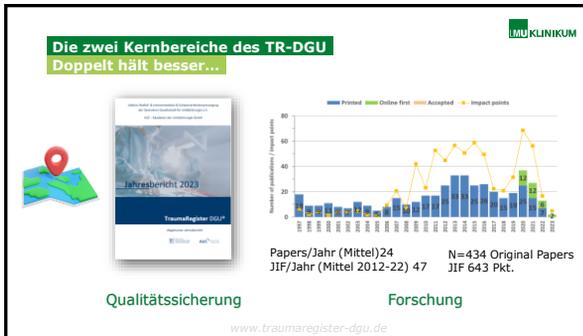
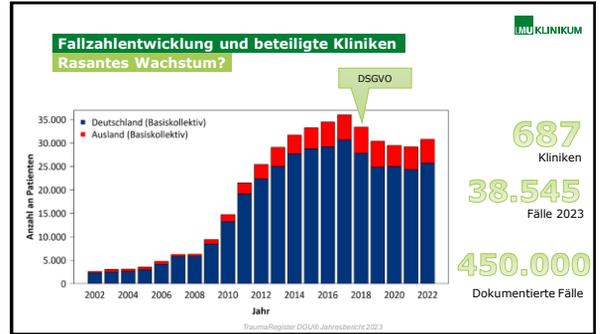
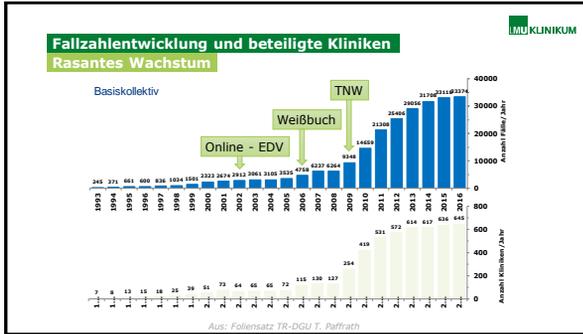
Einschlusskriterien und Basiskollektiv

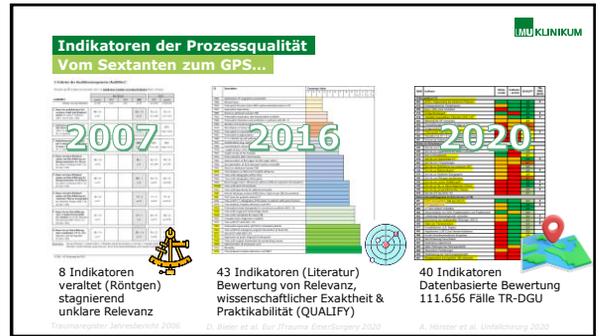
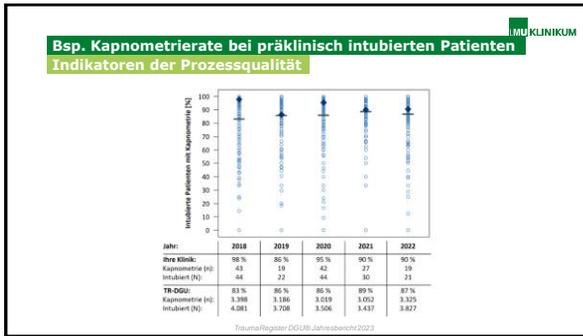
TraumaRegister DGU®

Aufnahme eines Patienten über den Schockraum mit anschließender Intensivtherapie ODER Patienten, die vor Erreichen der Intensivstation versterben

Basiskollektiv:
Alle Patienten mit einem MAIS ≥ 3
SOWIE Patienten mit MAIS 2, die verstorben sind ODER auf Intensivstation waren.

2022: Mittler ISS 18,4 Punkte; Anteil ISS ≥ 16 54,7%

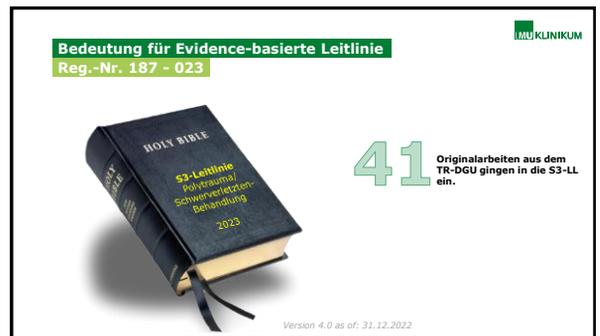
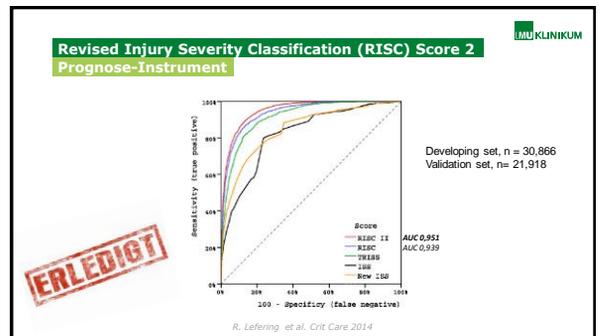




Indikatoren der Prozessqualität (N= 14)

TR-DGU Jahresbericht 2024

Indikatorgruppe	ID	Qualitätsindikator	S3LL	Experten (MQUALIFY MW)	Klinik-Ansatz	Indikator-Ansatz	Assoziation mit Überleben
Präklinische Indikatoren	71	Präklinische Dauer		3,0			kein
	4	Kapnometrie bei Intubation	GoR A	3,8			stark
	14	Intubation beim Bewusstlosen	GoR B	3,6			stark
	16	Beckengurt bei instabiler Beckenfraktur	GoR A	3,6			ja
Prozessindikatoren im Schockraum	76	Dauer bis zum Ganzkörper-CT	GoR A	3,6			unklar
	30	Dauer bis zum ersten Nothilfegriff		3,6			kein
	49	Dauer von Aufnahme im SR bis zur Not-OP bei penetrierendem Trauma		3,5			kein
	48	Dauer bis zur Not-OP bei Patienten im Schock		3,6			kein
	100	Dauer bis zum Beginn der Transfusion		3,5			kein
	18	Operative Hirndruckentlastung		3,5			kein
Diagnostik und Interventionen	77	KT bei GCS <14		3,6			ja
	81	Durchgeführte Sonografie bei Patienten ohne CT	GoR B	3,3			stark
	98	Tranexamsäure-Gabe bei transfundierten Patienten	GoR A	3,5			ja
	87	Blutgasanalyse durchgeführt / Base Excess dokumentiert	GoR A	3,3			kein



Landmarkpaper S. Huber-Wagner et al. Lancet 2009
IF 47.831 / LoE 2b

Effect of whole-body CT during trauma resuscitation on survival: a retrospective, multicentre study

Ganzkörper-CT in der Frühphase der Traumaversorgung ist mit einer verbesserten Überlebensrate verbunden, wahrscheinlich aufgrund struktureller Überlegenheit

Empfehlung 2.5.5. Bildgebung - Schockraum
Computertomografie/Ganzkörper-Computertomografie

14 Empfehlungen, die direkt mit Originalarbeiten aus TR-DGU begründet werden!

Empfehlungsgrad	Empfehlung	Modifiziert 2022
A	Im Rahmen der Diagnostik von Schwerverletzten soll eine schnelle Ganzkörper-Computertomografie* mit traumaspezifischem Protokoll durchgeführt werden, wenn keine sofort interventions-/operations- und/oder reanimationspflichtige Situation vorliegt und der BSW nicht unter 60 mmHg ist. *Tropf bis einschließlich Becken, CCT nativ	
	(52) Swank 2016: LoE 3b	
	(58) Cook 2015: LoE 2b	
	(60) Huber-Wagner 2013: LoE 2b	
	(61) Tsutsumi 2017: LoE 2b	
	(62) Lang 2017: LoE 2b	
	(63) Topp 2015: LoE 2b	
	(64) Katayama 2018: LoE 2b	
	(65) <u>Huber-Wagner 2009: LoE 2b</u>	
	(67) Kainz 2009: LoE 2b	
	(68) Stengel 2012: LoE 3b-L	
	(69) Bauer 2010: LoE 3b	
	Konsensstärke: 100%	

S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletztenbehandlung, AWMF 2023

Formulierung von Leitlinienempfehlungen: Evidenz und Werturteil

Qualität der Evidenz	Empfehlungsgrad
Hoch Klasse I	Starke Empfehlung A, "!!!, „soll“
Moderat Klasse II	Empfehlung B, "!, „sollte“
Schwach/sehr schwach Klasse III, IV,V	Empfehlung offen O, <,> „ist unklar/ kann erwogen werden“

Kriterien für die Gradulierung (Klinisches Werturteil):

- Konsistenz der Studienergebnisse
- Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken
- Nutzen-Schaden-Verhältnis
- Patientenpräferenzen
- Ethische, rechtliche und ökonomische Erwägungen
- Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit

82 GoR A
166 GoR B
32 GoR O
57 GPP

Good (clinical) practice point (GPP)
Im Trüben fischen?

26 soll
17 sollte
12 kann

Expertenkonsens!

Aktuelle Projekte zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung
Folgen der LL-Arbeit

- Welche LL-Empfehlungen verbessern das Outcome?
• Neue Qualitätsindikatoren
- Werden die LL-Empfehlungen eingehalten?
• Adhärenz
- In welchen Bereichen haben wir keine Evidenz (GoR GPP)
• Evidenzlücken

Datenqualität im TraumaRegister DGU®
Basis und Grundvoraussetzung

Vollständigkeit
Vollständigkeit
Richtigkeit

Zusammenfassung

- Darstellung der Versorgungs- und Ergebnisqualität im TR-DGU und deren Entwicklung über die Jahre.
- Zur Entwicklung aussagekräftiger und valider Qualitätsindikatoren ist der Forschungsbereich des TR-DGU unverzichtbar.
- Aktuelle Aufgaben für AK Traumaregister:
 - **Neue Qualitätsindikatoren:** Verbessern LL- Empfehlungen die Qualität?
 - **Adhärenz:** Werden LL-Empfehlungen umgesetzt?
 - **Evidenzlücken schließen:** Anpassung des Datensatzes
- Vollzähligkeit – Vollständigkeit - Richtigkeit



LMU KLINIKUM
Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement - INM

Vielen Dank für die Diskussion!

Dr. med. Heiko Trentzsch
LMU Klinikum
INM - Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement
Phone: +4989 / 4400-57101
E-Mail: heiko.trentzsch@med.uni-muenchen.de



www.inm-online.de