



Jahresbericht 2021

www.auc-online.de

TraumaRegister DGU®

Allgemeiner Jahresbericht

Jahresbericht 2021 - TraumaRegister DGU®

für das Unfalljahr 2020

September 2021

Impressum

Herausgeber:

Dr.-Ing. Christine Höfer
AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH
Register und Forschungscoordination
Weißhausstr. 27
50939 Köln
<http://www.traumaregister-dgu.de>
E-Mail: support-tr@auc-online.de
Telefon: +49 221 888239-10

Professor Dr. Rolf Lefering
Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM)
Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke
Ostmerheimer Str. 200
51109 Köln
E-Mail: rolf.lefering@uni-wh.de
Telefon: +49 221 98957-19

Dank für die herausragende Mitarbeit bei der Erstellung geht an:

Bereich Register und Forschungscoordination der AUC: R. Schwenzfeier (Statistikerin), K. Rascher (Statistikerin), U. Nienaber (wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Arbeitskreis TraumaRegister der Sektion Notfall- & Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (Sektion NIS) der DGU (Sprecher: Dr. D. Bieler)

Jede Veröffentlichung oder sonstige publizistische Weiterverarbeitung von Daten aus dem TraumaRegister DGU® bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Sektion Notfall- & Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung der DGU - Arbeitskreis TraumaRegister über einen Antrag an die AUC (E-Mail: support-tr@auc-online.de).

Von der Genehmigung ausgenommen sind Veröffentlichungen von Daten aus der eigenen Klinik. Auch können Daten aus diesem Jahresbericht ohne weitere Anzeigepflicht, aber unter Verweis auf die Herkunft der Daten, genutzt werden.

Für wissenschaftliche Publikationen mit Daten aus dem TraumaRegister DGU® gilt die Publikationsrichtlinie des TraumaRegister DGU®. Die aktuelle Richtlinie ist auf der Homepage www.traumaregister-dgu.de verfügbar. Der Begriff **TraumaRegister DGU®** ist ein geschützter Name.

Inhalt

	Seite
Vorwort	4
1 Fallzahlen	5
2 Vergleich von Letalität und Prognose	7
3 Basisdaten im 3-Jahres-Vergleich	9
4 Indikatoren der Prozessqualität	11
5 Klinikvergleiche im TraumaNetzwerk DGU®	26
6 Grafische Klinikvergleiche	30
7 Daten zur Traumaversorgung	33
8 Subgruppen-Analysen	38
9 Dokumentationsqualität und Vollständigkeit	40
10 Verletzungsmuster	43
11 Allgemeine Daten	45
12 Publikationen aus dem TraumaRegister DGU®	48
13 Im Jahresbericht genannte Literatur	71
14 Tabellenverzeichnis	71
15 Abbildungsverzeichnis	72
16 Abkürzungsverzeichnis	74

Vorwort

Sehr geehrte Leser/innen,

wir freuen uns, Ihnen den allgemeinen **Jahresbericht 2021** des TraumaRegister DGU® überreichen zu können.

Diese Ausgabe umfasst die Auswertung der Daten der schwerverletzten Patienten des Jahres 2020 (Basiskollektiv), die von den teilnehmenden Kliniken bis Ende März 2021 dokumentiert wurden. In 2020 zählt dieses Basiskollektiv im Sinne der Schwerverletzten-Definition des TraumaRegister DGU® 28.947 Fälle. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Rückgang von 1,3 % der Fälle im Basiskollektiv festzustellen.

Interne Analysen der Datensätze des TraumaRegister DGU® von 2018, 2019 und 2020 im Vergleich zum Dreijahreszeitraum 2015-2017 ergaben, dass es durch die Abnahme der Gesamtfallzahl keine relevante Verschiebungen im Patientenkollektiv des Registers gibt. Es ist also davon auszugehen, dass die aktuellen Daten weiterhin die tatsächliche Versorgungssituation repräsentieren. Allerdings sind die TraumaRegister-Daten aus 2020 durch veränderte Rahmenbedingungen in den Kliniken durch die SARS-CoV19-Pandemie gekennzeichnet und es zeigen sich abweichende Unfallursachen im Vergleich zu den Vorjahren.

In 2020 wurden insgesamt 36.222 Patienten in der TR-DGU® dokumentiert. Auch in 2020 wurden Patienten mit weniger schweren Verletzungen (z.B. einfache Gehirnerschütterung) erfasst, dies entspricht 20 % bzw. 7275 Fälle. Diese Fälle, die nicht zum Basiskollektiv zählen, werden aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit weder in die wissenschaftlichen Analysen noch in die meisten Auswertungen für den Jahresbericht einbezogen. Hier könnte klinikintern in Anbetracht des Dokumentationsaufwandes ggf. eine Entlastung geschaffen werden. Die AUC steht den teilnehmenden Kliniken mit Auskunft und Beratung zur Seite, damit diese den Eingabeaufwand optimieren können.

Am TraumaRegister DGU® nahmen Ende 2020 insgesamt 689 Kliniken teil. Neben den 629 Kliniken aus Deutschland beteiligen sich Häuser aus acht weiteren Ländern an dem Register. Davon stammen 23 Kliniken aus Österreich, 16 aus Belgien und 11 aus der Schweiz.

Was ist neu im Jahresbericht 2021?

Im Juli 2020 wurde eine neue Datensatzversion (V2020) freigeschaltet. Die mit diesem Datensatz neu eingeführten Variablen werden in diesem Jahresbericht noch nicht dargestellt, da kein vollständiges Datenjahr vorhanden ist und die Zahlen somit nicht repräsentativ für das ganze Jahr sind.

Einzige Ausnahme ist die Angabe zur Durchführung des COVID-Tests, die in Kapitel 11.2 präsentiert werden.

Wir hoffen sehr, dass Ihnen der Jahresbericht 2021 im Sinne der Qualitätssicherung wie auch der Versorgungsforschung wieder Erkenntnisse liefern, die zur weiteren Verbesserung der Versorgung von Schwerverletzten beitragen. In 2020 wurden 39 wissenschaftliche Arbeiten aus Daten des TraumaRegister DGU® angefertigt. Den Autoren, aktiven Reviewern und allen beitragenden Kliniken möchten wir sehr herzlich für Ihr Engagement danken.

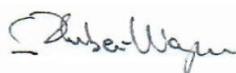
Mit freundlichen Grüßen,



Dan Bieler



Christine Höfer



Stefan Huber-Wagner



Rolf Lefering



Katie Rascher



Christian Waydhas

1 Fallzahlen

Das offizielle Einschlusskriterium des TraumaRegister DGU® (TR-DGU) ist die Aufnahme eines Patienten über den Schockraum mit anschließender Intensivtherapie. Patienten, die vor Erreichen der Intensivstation versterben, werden ebenfalls dokumentiert. Dieses pragmatische Einschlusskriterium wird gewählt, um einerseits aufwändige Score-Berechnungen in der Notaufnahme zu vermeiden und um andererseits Patienten mit weniger schwerwiegenden Verletzungen auszuschließen.

Es werden oftmals weniger schwer verletzte Patienten im TR-DGU dokumentiert. Das erhöht nicht nur den Dokumentationsaufwand, es erschwert auch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen Krankenhäusern oder im Zeitverlauf. Daher werden seit 2015 die Auswertungen nur noch für das **Basiskollektiv** durchgeführt und nicht mehr für alle dokumentierten Patienten.

Die Schwere der Verletzungen eines Unfallopfers wird über die „Abbreviated Injury Scale“ (**AIS**) bestimmt, die jeder Verletzung einen Schweregrad zwischen 1 (leicht) und 6 (maximal) zuordnet. Aus diesen Angaben können dann zusammenfassende Schweregrad-Angaben wie der „Maximale AIS-Schweregrad“ (**MAIS**), der „Injury Severity Score“ (**ISS**) oder der „New ISS“ (**NISS**) berechnet werden. Das **Basiskollektiv** des TR-DGU ist definiert als:

Alle Patienten mit einem MAIS ≥ 3 , sowie Patienten mit MAIS 2, die entweder verstorben sind oder auf Intensivstation waren.

Das nachfolgende Flussdiagramm gibt einen Überblick über die Zusammensetzung des Basiskollektives.

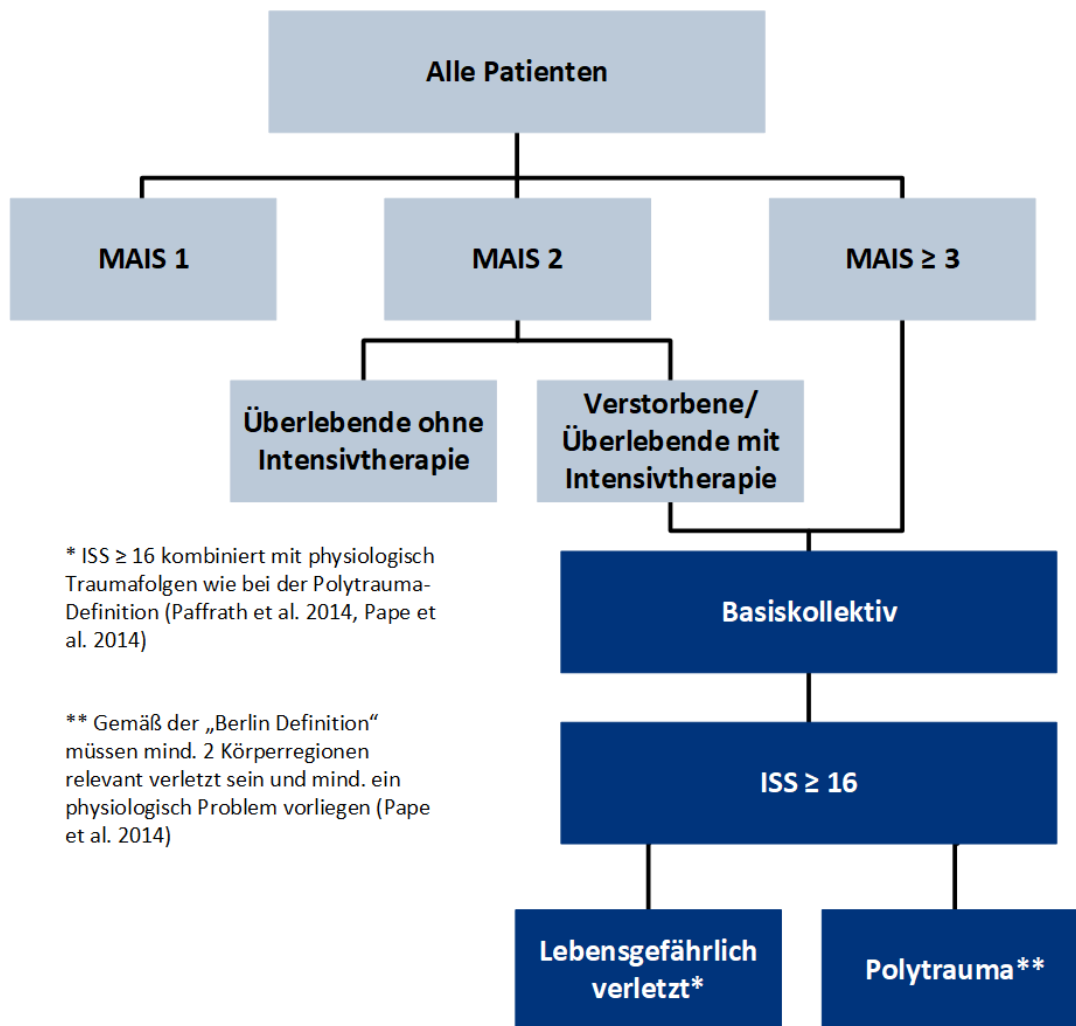


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Zusammensetzung des Basiskollektivs

In der folgenden Tabelle sind die Gruppen, wie in Abbildung 1 dargestellt, definiert. Zum einen getrennt nach den MAIS-Kriterien, zum anderen für das Basiskollektiv mit ausgewählten Untergruppen.

Tabelle 1: Fallzahlen in 2020 vom TR-DGU

	TR-DGU 2020	primär versorgt	zu- verlegt	früh weiter- verlegt
Gesamtzahl der dokumentierten Patienten.	36.222	31.715	2.336	2.171
MAIS 1 Patienten, deren schwerste Verletzung einen AIS-Schweregrad von 1 haben und daher keine Schwerverletzten sind. Der RISC II* ist für diese Fälle nicht validiert. Diese Patienten werden daher bis auf Kapitel 5.3 aus allen Analysen ausgeschlossen.	4.517 (12 %)	4.362	33	122
MAIS 2 lebend ohne Intensivtherapie Die schwerste Verletzung hat AIS-Schweregrad 2. Alle Patienten haben überlebt und keine Intensivtherapie erhalten.	2.712 (7 %)	4.624	193	165
MAIS 2 verstorben oder lebend mit Intensivtherapie Die schwerste Verletzung hat AIS-Schweregrad 2. Die Patienten sind verstorben oder haben überlebt und eine Intensivtherapie erhalten.	5.102 (14 %)	23.970	2.137	777
MAIS ≥ 3 Ein max. Schweregrad der Verletzung(en) von AIS 3 oder mehr (MAIS ≥ 3) wurde von der EU als „serious injury“ definiert und wird bei der Berichterstattung zu Verkehrsunfällen verwendet.	23.845 (66 %)	20.217	2.065	1.563
Nicht-Basiskollektiv Alle Patienten mit MAIS 1 sowie mit MAIS 2, die ohne Intensivtherapie überlebt haben.	7.275 (20 %)	6.758	74	443
Ab hier beziehen sich alle Zahlen und %-Angaben auf das Basiskollektiv				
Basiskollektiv Alle Patienten mit MAIS ≥ 3 und Patienten mit MAIS 2, die entweder verstorben sind oder auf der Intensivstation waren. Auch muss eine gültige Altersangabe vorliegen.	28.947	24.957	2.262	1.728
Intensivtherapie Patienten mit Verletzungen, die eine Behandlung auf der Intensivstation erfordern.	24.863 (86 %)	22.025	2.110	728
Verstorben Patienten, die an den Folgen ihres Unfalls im Akut-Krankenhaus verstorben sind.	3.452 (12 %)	3.194	258	0
ISS ≥ 16 Das Kriterium ISS ≥ 16 wird in vielen Publikationen zur Definition einer schweren Verletzung benutzt.	15.743 (54 %)	13.046	1.634	1.063
Lebensgefährlich (schwer) Verletzte Verletzungsschwere von ISS ≥ 16 ist kombiniert mit physiologischen Traumafolgen wie bei der Polytrauma-Definition (Paffrath et al. 2014, Pape et al. 2014).	9.098 (31 %)	7.744	806	548
Polytrauma Gemäß der „Berlin Definition“ sind mindestens 2 Körperregionen relevant verletzt und es liegt mindestens ein physiologisches Problem vor (Pape et al. 2014).	4.332 (15 %)	3.762	334	236

* RISC II: Revised Injury Severity Classification: Version 2; Lefering et al. 2014

2 Vergleich von Letalität und Prognose

Ein zentrales Element der Qualitätssicherung im TraumaRegister DGU® ist der Vergleich der beobachteten **Letalität** der eigenen Traumapatienten mit einer aus dem Schweregrad der Verletzungen abgeleiteten **Prognose**. Zur Berechnung der Mortalitätsprognose wird der **RISC II** (Revised Injury Severity Classification: Version 2; Lefering et al. 2014) herangezogen. Dieser Score lässt sich für alle primär versorgten Patienten berechnen. Die Auswertungen in Kapitel 2 beziehen sich nur auf das **Basiskollektiv** (zur Definition siehe S. 5).

Patienten im TR-DGU (Basiskollektiv) der letzten 10 Jahren (2011-2020) n = 303.876

- davon im letzten Jahr (2020) n = 28.947

- davon primär aufgenommen und behandelt (ohne Zu- und Weiterverlegte sowie Patienten mit therapielimitierendem Patientenwillen, die innerhalb der ersten Woche verstorben sind) n = 23.733

Vergleiche von Letalitätsrate und Mortalitätsprognose werden nur bei **primär versorgten Patienten** durchgeführt (Abb. 2). Bei **zuverlegten** Patienten (n = 2.262 in 2020) fehlen Angaben zum Zustand bei Erstaufnahme; bei Patienten, die **früh** in ein anderes Krankenhaus **weiterverlegt** wurden (< 48 Std.: n = 1.728 in 2020) fehlt das Outcome, weshalb diese nicht in die Vergleiche einbezogen werden können. Um weiterhin die Behandlungsqualität einer Klinik korrekt darzustellen, werden außerdem auch Patienten mit einem **therapielimitierendem Patientenwillen** (n = 1.224 in 2020), die innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme verstorben sind, bei diesen Analysen nicht miteinbezogen.

Die verbleibenden 23.733 Patienten waren im Durchschnitt 53,2 Jahre alt und 71 % waren männlich. Der ISS lag im Mittel bei 17,5 Punkten. Von diesen Patienten sind 1.970 im Krankenhaus verstorben, d.h. **8,3 %** (95 %-KI: 7,9 - 8,7). Die Mortalitätsprognose für die 23.733 Patienten lag bei **8,6 %**. Diese Werte sind für das TR-DGU in Abb. 2 dargestellt.

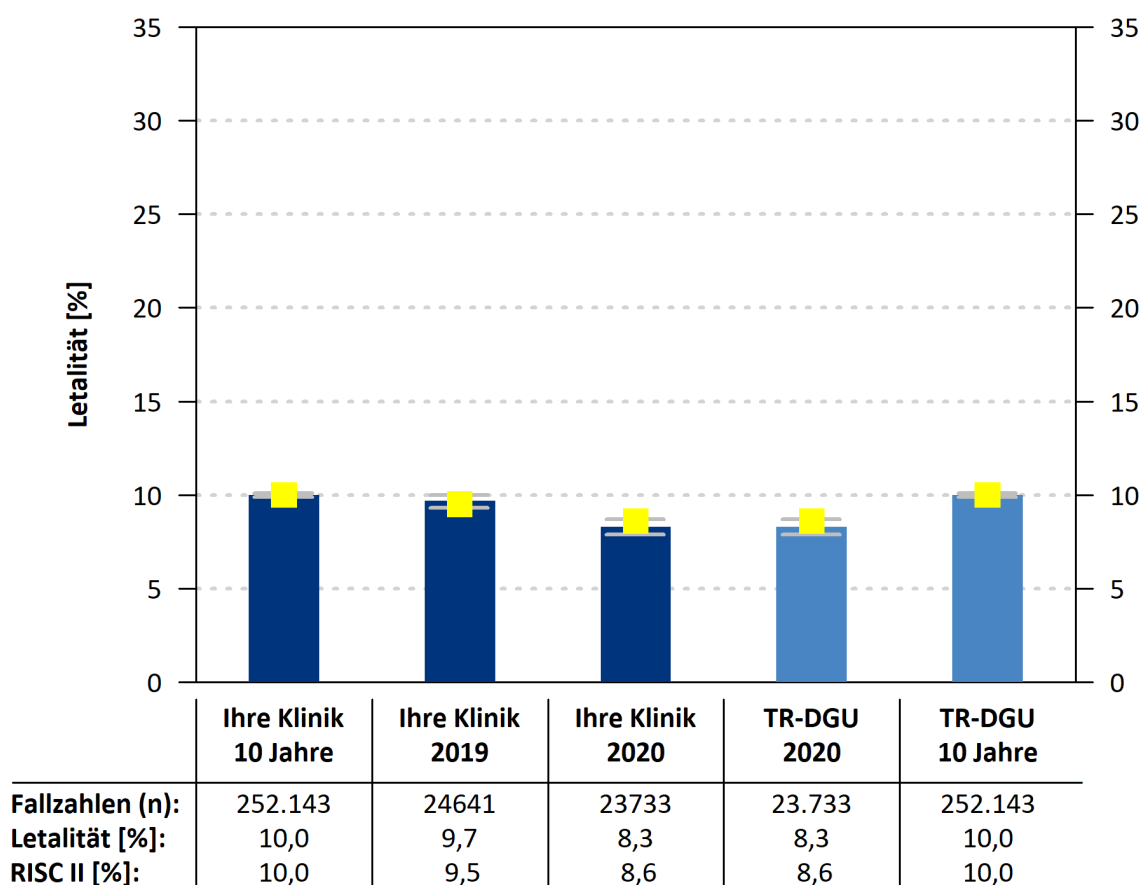


Abbildung 2: Letalitätsrate und -prognose (RISC II)

Erläuterung zur Grafik

Die Säulen stellen die beobachtete Letalität dar. Die **Kästchen** bezeichnen die Mortalitätsprognose gemäß RISC II, wobei **gelb** bedeutet, die Prognose liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (KI) und **grün** bzw. **rot**, die beobachtete Letalität ist günstiger bzw. ungünstiger als die Prognose. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die beobachtete Letalität Zufallsschwankungen unterliegt. Daher wird das 95 %-KI für die beobachtete Letalität mit angegeben (**senkrechte Linie mit Querstrichen an beiden Enden**). Das 95 %-KI gibt an, in welchem Bereich mit hoher Wahrscheinlichkeit (95 %) der „wahre“ Wert für die beobachtete Letalität liegt. Je größer die Patientenzahl, desto enger ist das KI.

Qualität der Daten zur Berechnung der Mortalitätsprognose

Die Güte einer Prognose hängt von der Qualität und vom Umfang der für die Berechnung der Prognose benötigten Daten ab. Im TR-DGU werden zwei verschiedene Dokumentationsbögen verwendet, der Standard- und der QM-Bogen. Der Standardbogen umfasst alle Parameter, die im Register erfasst werden. Bei dem QM-Bogen handelt es sich um eine reduzierte Variante des Standardbogens für die Nutzung im TraumaNetzwerk DGU. Die für das TraumaRegister DGU® entwickelte Mortalitätsprognose **RISC II-Score** benötigt 13 verschiedene Angaben, um daraus eine Voraussage zu berechnen. Seit der Datensatz-Revision 2015 sind alle Angaben, die für die Berechnung benötigt werden, in beiden Dokumentationsbögen enthalten. Zwingend erforderlich sind dabei nur das Alter und das Verletzungsmuster. Jede weitere Information verbessert aber die Güte der Prognose.

Aus diesen Gründen wird hier die Datenqualität bei der Prognoseschätzung mit angegeben. Ein Patient, bei dem alle erforderlichen Angaben für die RISC II-Berechnung dokumentiert wurden oder bei dem höchstens eine Angabe fehlt, wird als **„gut dokumentierter Fall“** gewertet. Der Anteil gut dokumentierter Fälle (pro Klinik) wird dann genutzt, um die Datenqualität für den RISC II im Kollektiv zu klassifizieren. Dabei gilt:

-  **mehr als 95 %** gut dokumentierte Fälle,
-  **80 - 95 %** gut dokumentierte Fälle,
-  **weniger als 80 %** gut dokumentierte Fälle.

Tabelle 2: Datenqualität zur Berechnung des RISC II-Scores

	TR-DGU 10 Jahre	TR-DGU 2019	TR-DGU 2020
Fallzahl gesamt (N)	252.143	24.641	23.733
„gut dokumentiert“ (n)	199.528	19.944	19.152
„gut dokumentiert“ [%]	79	81	81
Datenqualität Farbcode			
Mittlere Anzahl fehlender Werte zur Berechnung des RISC II pro Patient	0,9	0,8	0,8

Letalität vs. Mortalitätsprognose

Abbildung 3 vergleicht die **beobachtete Letalität** mit der **RISC II-Prognose aller am TR-DGU teilnehmenden Kliniken für 2020**. Die **Differenz** von Letalität und Prognose wird für jede Klinik gemäß der Fallzahl dargestellt. Negative Werte bedeuten, dass weniger Fälle verstorben sind als erwartet. Die **grauen Linien** stellen das 95 %-Konfidenzintervall dar. Kliniken mit **weniger als 5 Patienten** werden wegen der statistischen Unsicherheit hier nicht berücksichtigt.

TR-DGU 2020: Fallzahl im Basiskollektiv: **23.733** primär versorgte Patienten

Differenz zwischen Letalität und Prognose: **-0,3 %**

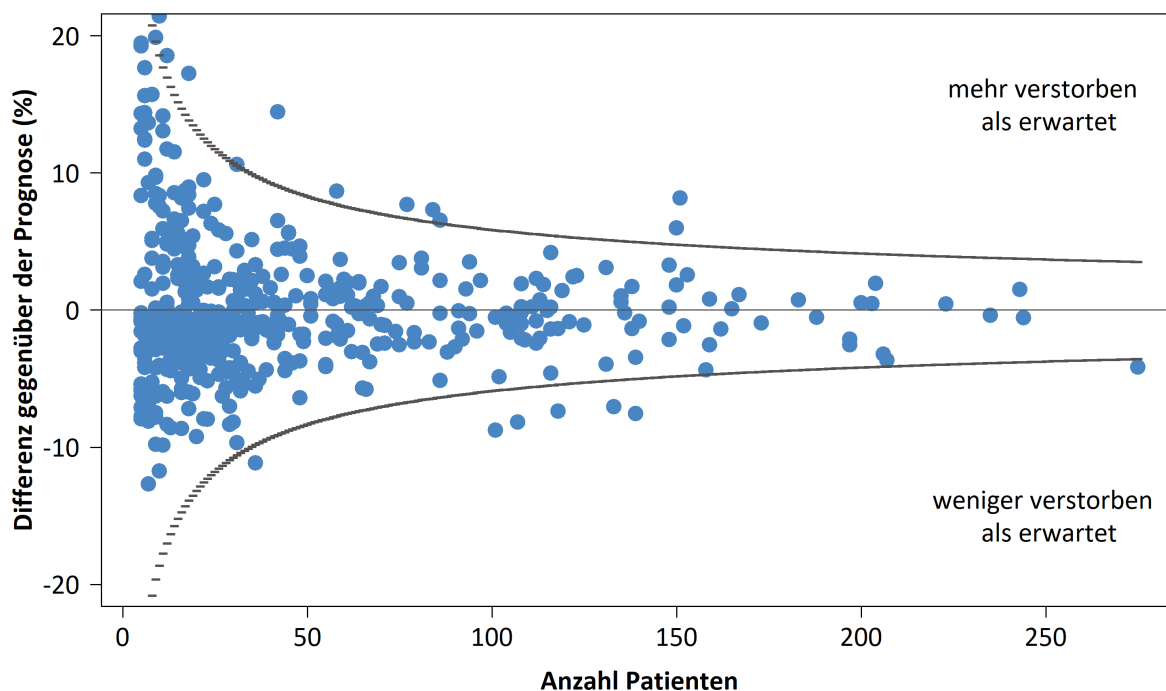


Abbildung 3: Differenz zwischen beobachteter Letalität und Mortalitätsprognose (RISC II) aller am TR-DGU teilnehmenden Kliniken mit mehr als 5 Fällen für das Jahr 2020

3 Basisdaten im 3-Jahres-Vergleich

Diese Auswertung bezieht sich auf das **Basiskollektiv**, das heißt Leichtverletzte und Überlebende ohne Intensivtherapie werden hier nicht berücksichtigt. Achtung: Bei Fallzahlen < 5 sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren!

Tabelle 3: Überblick über die Daten des TR-DGU aus dem Basiskollektiv im 3-Jahres-Vergleich

	TR-DGU			
	10 Jahre	2018	2019	2020
Fallzahl insgesamt (n)	303.876	33.401	30.136	28.947
Primär ausbehandelte Patienten (n)	256.210	28.316	25.300	24.957
Früh weiterverlegte Patienten (n)	19.944	2.321	1.994	1.728
Primäraufnahmen gesamt (n)	276.154	30.637	27.294	26.685
Zuverlegte Patienten (n)	27.722	2.764	2.842	2.262

Tabelle 3 Fortsetzung:

		TR-DGU			
		10 Jahre	2018	2019	2020
Demographie (Patienten aus dem Basiskollektiv)					
Altersdurchschnitt	[Jahre]	51,4	52,6	53,4	54,2
70 Jahre oder älter	[%]	26,0	27,3	28,3	29,0
Anteil Männer	[%]	70,0	70,2	69,1	70,1
Trauma (Patienten aus dem Basiskollektiv)					
Stumpfes Trauma	[%]	95,9	96,1	96,2	96,3
Mittlerer ISS	[Punkte]	18,6	18,3	18,2	18,4
ISS ≥ 16	[%]	54,8	54,1	53,4	54,4
SHT (AIS-Kopf ≥ 3)	[%]	37,0	36,0	35,7	36,5
Versorgung am Unfallort (nur Primäraufnahmen)					
Endotracheale Intubation durch Notarzt	[%]	21,9	20,1	19,9	14,5
Bewusstlos (GCS ≤ 8)	[%]	17,0	15,8	16,3	15,6
Schock (RR ≤ 90 mmHg)	[%]	9,2	8,3	8,2	7,9
Volumengabe	[ml]	664	634	615	608
Versorgung im Schockraum (nur Primäraufnahmen)					
Ganzkörper-CT	[%]	77,1	79,4	78,7	76,6
Röntgen Thorax	[%]	33,2	26,6	24,4	21,5
Patienten mit Bluttransfusion	[%]	7,8	6,8	6,7	7,2
Weiterversorgung in der Klinik (Patienten aus dem Basiskollektiv)					
Operierte Patienten ¹⁾	[%]	67,0	65,3	66,1	67,7
Wenn ja, wieviele OPs ²⁾	(n)	3,4	3,4	3,3	3,3
Patienten mit Intensivtherapie	[%]	86,8	86,6	85,8	85,9
Liegedauer auf Intensivstation ³⁾	[Tage]	6,5	6,2	6,1	6,0
Beatmete Intensivpatienten ³⁾	[%]	39,0	35,3	34,4	35,2
Intubationsdauer ³⁾	[Tage]	7,4	7,3	7,3	6,8
Outcome (Patienten aus dem Basiskollektiv)					
Liegedauer im Krankenhaus ⁴⁾	[Tage]	16,1	15,3	15,2	14,5
Letalität im Krankenhaus ⁴⁾	[n]	32.596	3.628	3.361	3.452
	[%]	11,5	11,7	11,9	12,7
Multi-Organversagen ^{2) 4)}	[%]	19,9	18,9	17,7	17,2
Verlegt in anderes Krankenhaus	[%]	17,4	17,9	18,1	16,9

¹⁾ Jahre mit weniger als 20 % operierten Patienten ausgeschlossen

²⁾ nicht verfügbar im QM-Datensatz

³⁾ nur Intensivpatienten

⁴⁾ ohne früh Weiterverlegte

4 Indikatoren der Prozessqualität

Qualitätsindikatoren sind Maßzahlen, bei denen man davon ausgeht, dass sie mit der (Ergebnis-)Qualität der Versorgung im Zusammenhang stehen. Die Auswertungen beziehen sich nur auf **primär aufgenommene Patienten aus dem Jahr 2020 im Basiskollektiv** mit gültigen Angaben oder auf entsprechende Untergruppen. Dies schließt früh weiterverlegte Patienten mit ein.

Für jeden Indikator wird die Verteilung der Werte aller teilnehmenden Kliniken über die Zeit grafisch dargestellt. Die **hellblauen Kreise** entsprechen dabei jeweils einem einzelnen Klinikwert. Die **graue horizontale Linie** (TR-DGU) entspricht dem Mittel aller Klinikwerte pro Jahr.

4.1 Präklinische Indikatoren

4.1.1 Präklinische Dauer

Je schneller ein Patient ein Traumazentrum erreicht, desto eher können dort lebensrettende Maßnahmen durchgeführt werden. Es werden nur Patienten mit $ISS \geq 16$ betrachtet. Der Zeitraum von Unfall bis zur Aufnahme im Krankenhaus wird als Mittelwert in Minuten bestimmt. Unplausibel erscheinende Werte < 5 Minuten oder > 4 Stunden werden ausgeschlossen.

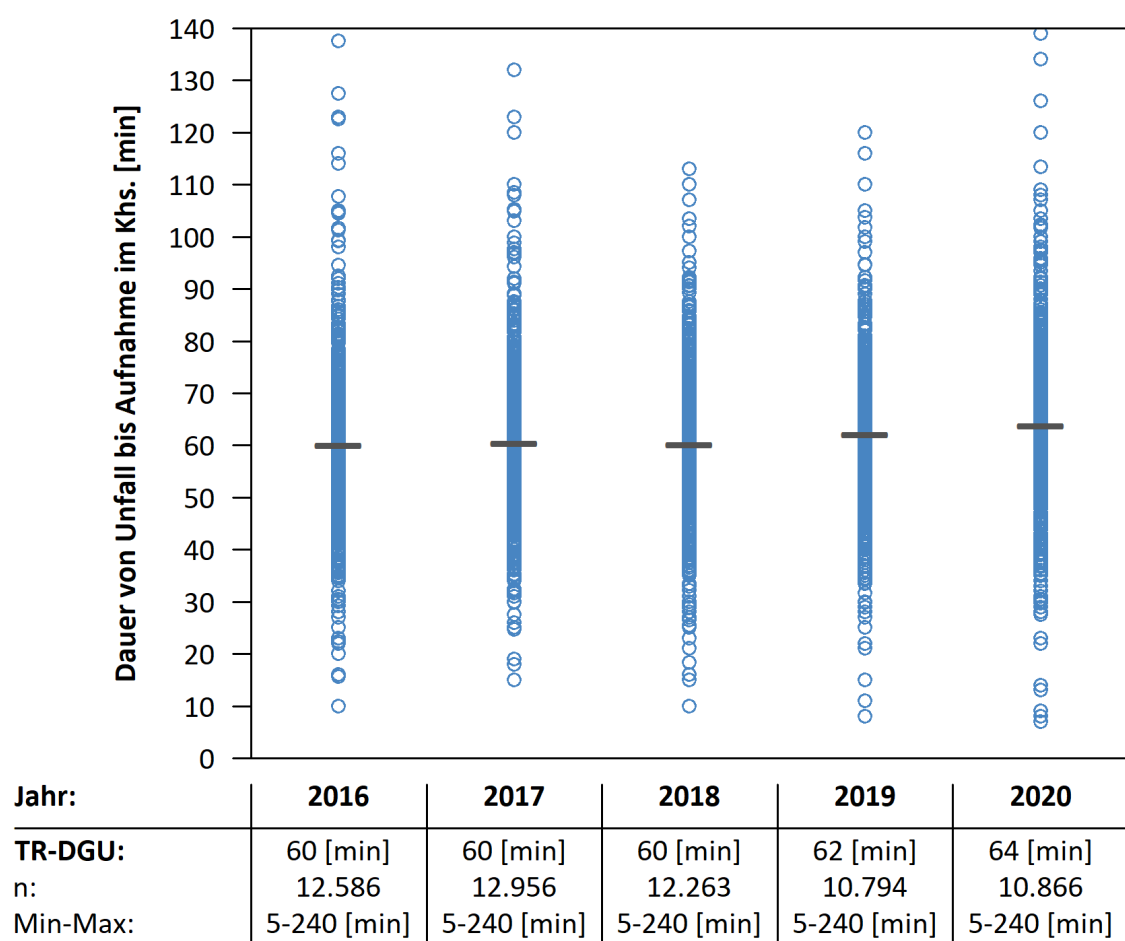


Abbildung 4: Verteilung der mittleren Dauer von Unfall bis Aufnahme im Krankenhaus von Patienten mit $ISS \geq 16$ über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert

4.1.2 Kapnometrie bei Intubation

Die Kapnometrie schließt bei endotrachealer Intubation eine Fehllage des Tubus aus. Es werden alle präklinisch intubierten Patienten betrachtet, bei denen Angaben zur Kapnometrie vorliegen (ab Bogenrevision 2015). Intubierte Patienten ohne Angabe zur Kapnometrie fließen nicht in die Auswertung ein (n = 1.080).

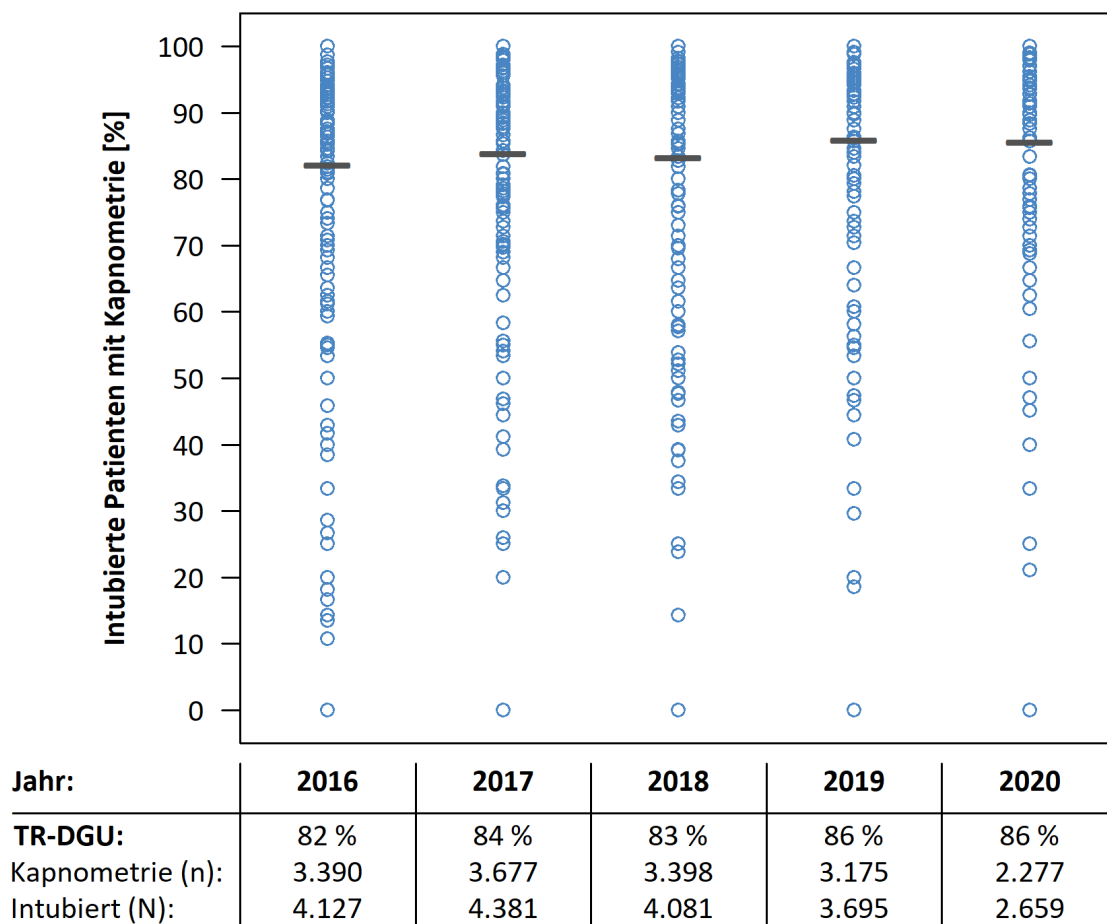
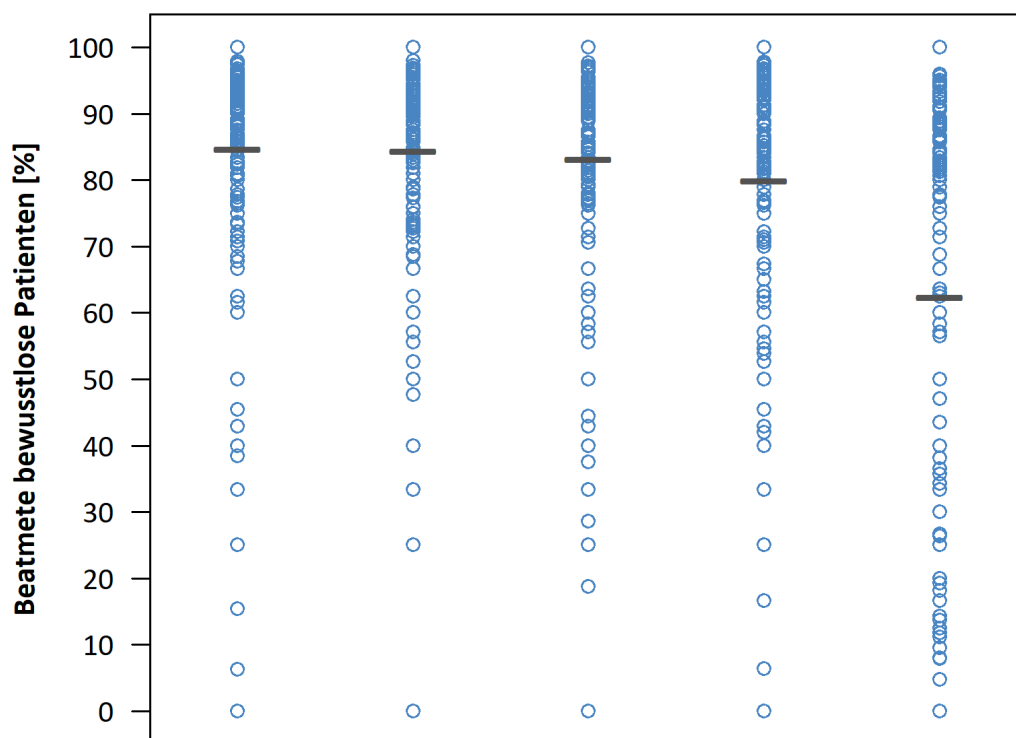


Abbildung 5: Verteilung der Kapnometrierate bei präklinisch intubierten Patienten über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert

4.1.3 Beatmung beim Bewusstlosen

Die präklinische Beatmung bewusstloser Patienten sichert die Sauerstoffversorgung bis zum Erreichen der Klinik. Es werden alle Patienten betrachtet, bei denen präklinisch ein GCS ≤ 8 dokumentiert wurde, unabhängig von der Verletzungsschwere. Als beatmet gelten alle Patienten mit endotrachealer Intubation oder alternativer Atemwegssicherung (seit 2015). Patienten ohne Angabe zur Beatmung wurden als „nein“ gezählt.

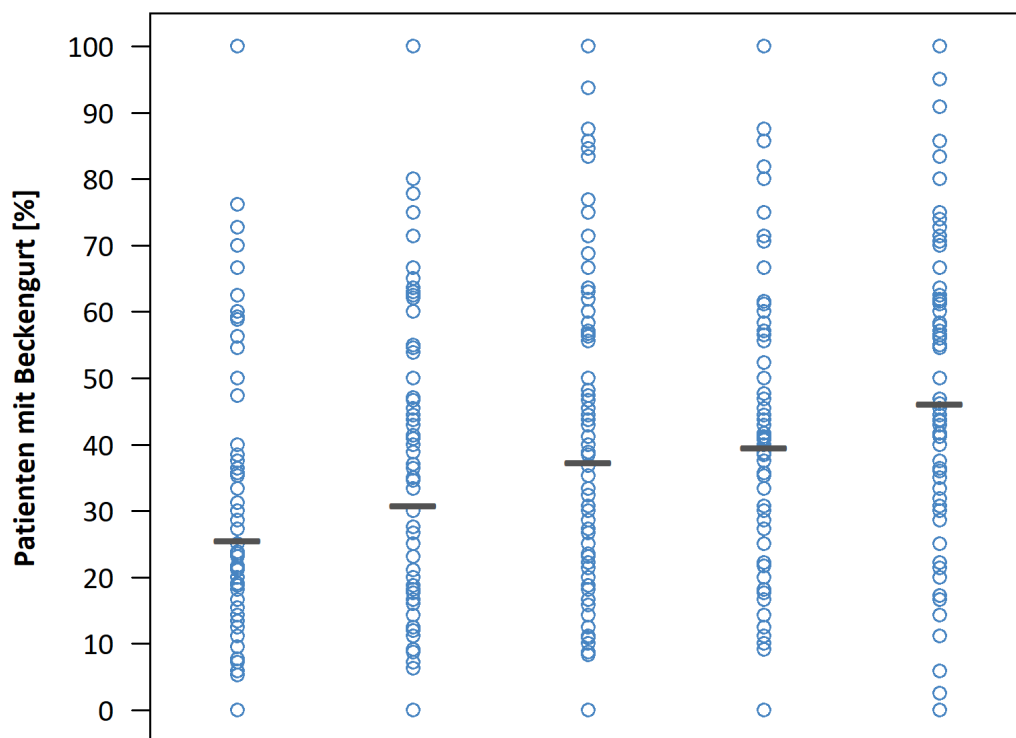


Jahr:	2016	2017	2018	2019	2020
TR-DGU:	85 %	84 %	83 %	80 %	62 %
Beatmet (n):	4.228	4.074	3.732	3.304	2.381
Bewusstlos (N):	4.992	4.828	4.489	4.131	3.815

Abbildung 6: Verteilung der Beatmungsrate bei bewusstlosen Patienten über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert

4.1.4 Beckengurt bei instabiler Beckenfraktur

Die Stabilisierung einer instabilen Beckenfraktur kann die hämodynamische Situation des Patienten deutlich verbessern. Es werden nur Patienten mit einer Beckenfraktur der AIS-Schweregrad 3 bis 5 betrachtet. Die hier gezeigten Zahlen beziehen sich auf die Erfassung mit dem Standardbogen (seit Bogenrevision 2015).



Jahr:	2016	2017	2018	2019	2020
TR-DGU:	26 %	31 %	37 %	40 %	46 %
Beckengurt (n):	364	467	513	501	609
Beckenfraktur (N):	1.424	1.515	1.376	1.265	1.319

Abbildung 7: Verteilung der Rate von angelegten Beckengurten bei instabiler Beckenfraktur über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, ● einzelner Klinikwert

4.2 Prozesszeiten im Schockraum

4.2.1 Dauer bis zum Ganzkörper-CT

Wenn ein Ganzkörper-CT (GK-CT) durchgeführt wird, sollte dies möglichst frühzeitig nach Aufnahme in den Schockraum erfolgen, damit weitere therapeutische Schritte unmittelbar im Anschluss eingeleitet werden können. Zeitspannen über 2 Stunden werden in dieser Analyse ausgeschlossen. Es werden alle Patienten betrachtet, die ein GK-CT erhalten haben.

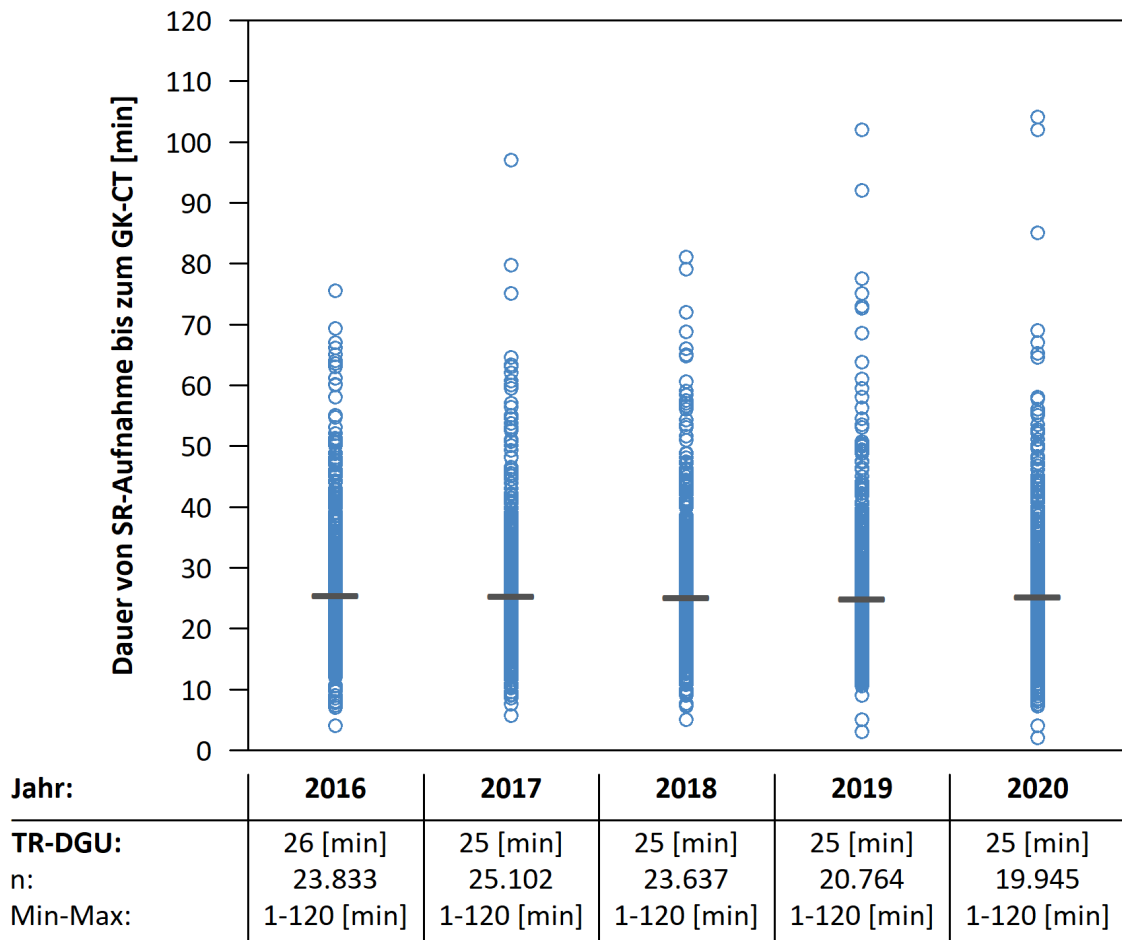


Abbildung 8: Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme im SR bis zum GK-CT über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert

4.2.2 Dauer bis zum ersten Notfalleingriff

In der Bogenrevision 2015 des TR-DGU werden die Zeitpunkte für acht verschiedene Notfalleingriffe (operative Hirndruckentlastung, Laminektomie, Thorakotomie, Laparotomie, Revaskularisation, Embolisation sowie Stabilisierung des Beckens oder der Extremitäten) erfasst. Es werden alle Patienten betrachtet, die einem dieser Notfalleingriffe unterzogen wurden. Zeitspannen zwischen Aufnahme im Schockraum und Notfalleingriff über 120 Minuten werden in dieser Analyse ausgeschlossen.

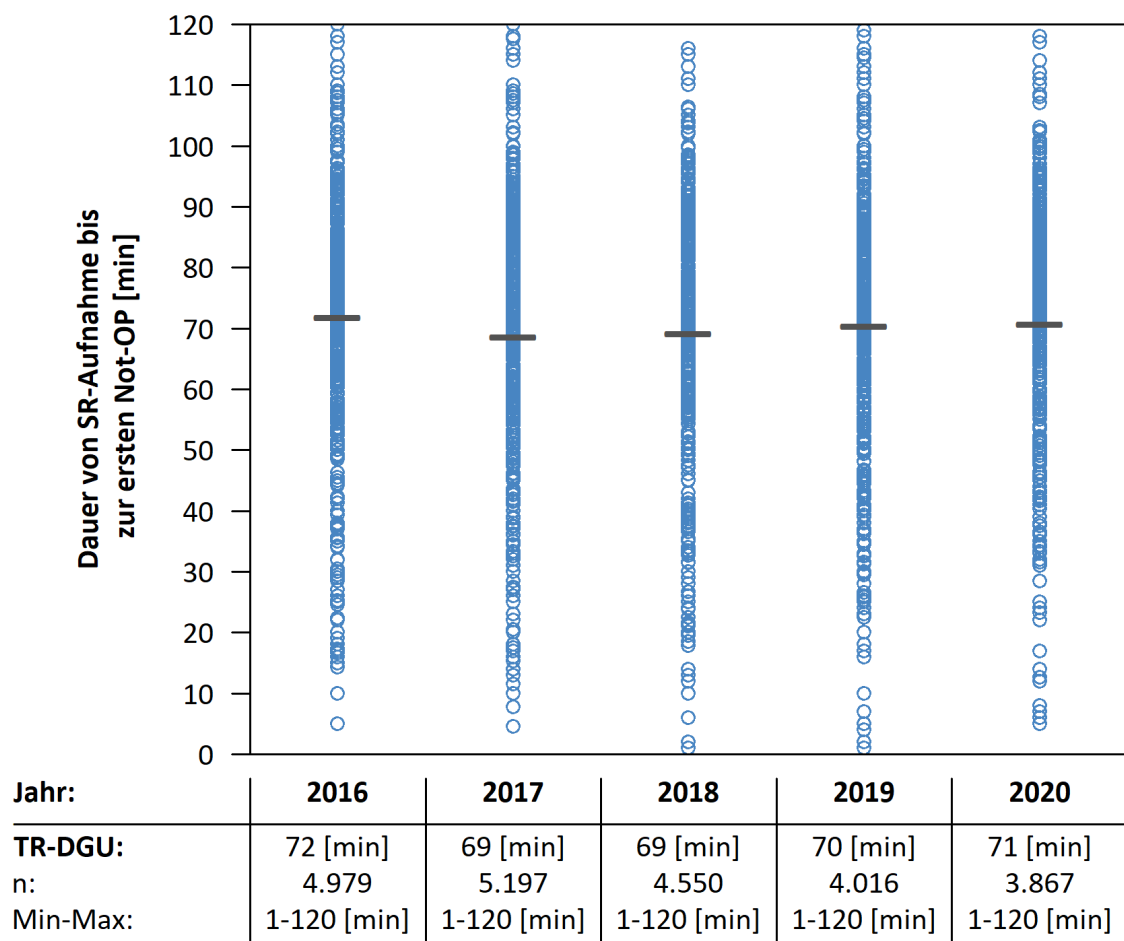


Abbildung 9: Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme im SR bis zum ersten Notfalleingriff über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert

4.2.3 Dauer von Aufnahme im SR bis zur Not-OP bei penetrierendem Trauma

Dauer von Aufnahme im Schockraum bis zur Not-OP (aus der Liste der Notfalleingriffe, siehe 4.2.2) bei Patienten mit penetrierenden Verletzungen. Zeitabstände über 120 Minuten werden in dieser Analyse ausgeschlossen.

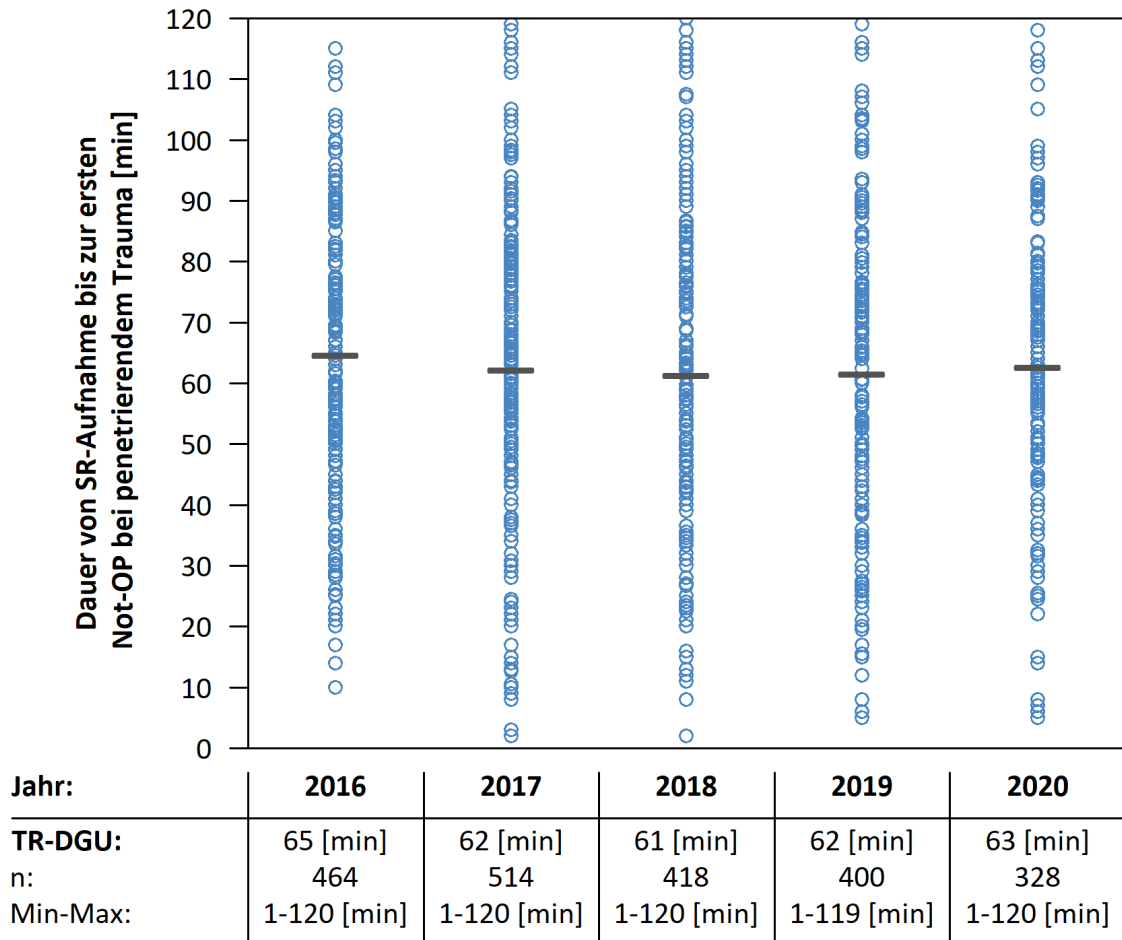


Abbildung 10: Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme SR bis zur Not-OP bei penetrierendem Trauma über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, ● einzelner Klinikwert

4.2.4 Dauer bis zur Not-OP bei Patienten im Schock

Dauer von Aufnahme im Schockraum bis zur Not-OP (aus der Liste der Notfalleingriffe; siehe 4.2.2) bei Patienten im Schock bei Aufnahme, (systolischer Blutdruck ≤ 90 mmHg). Zeitabstände über 120 Minuten werden aus dieser Analyse ausgeschlossen.

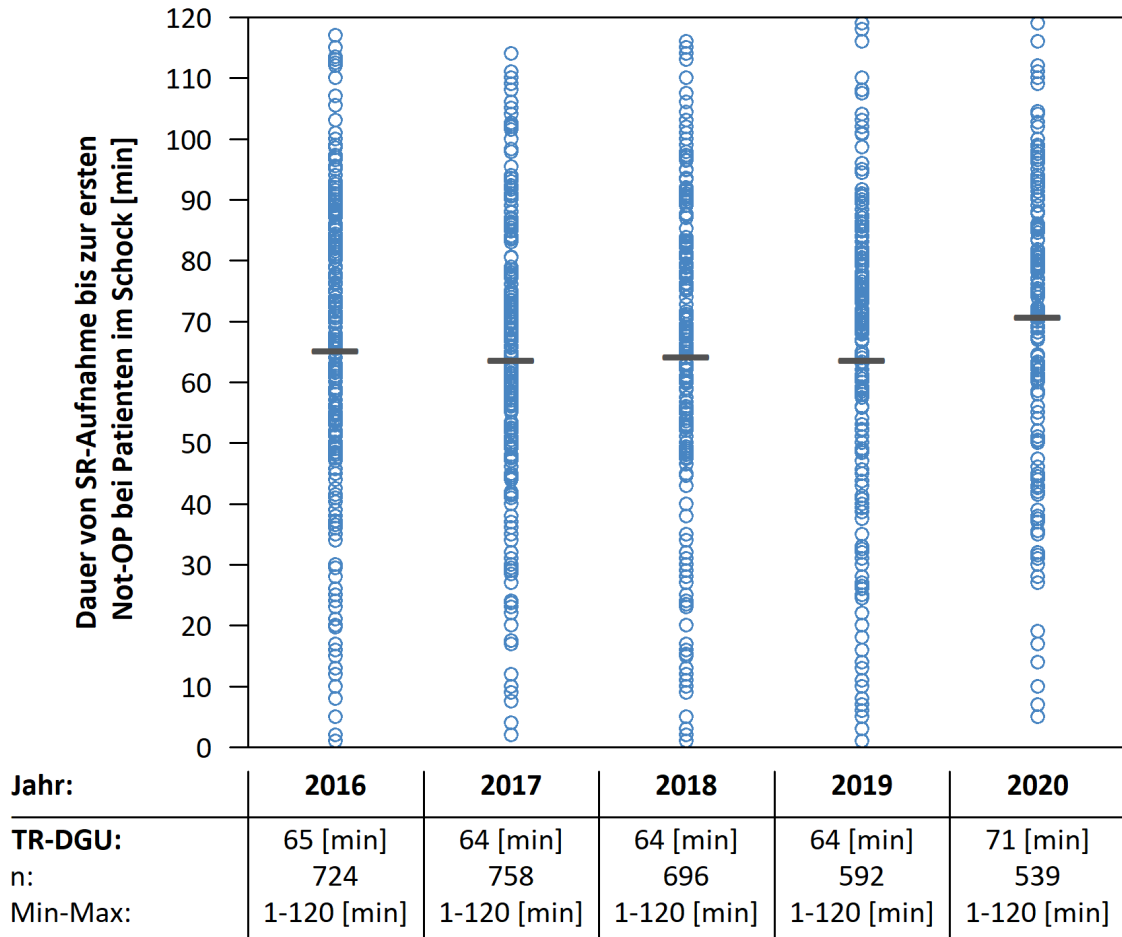


Abbildung 11: Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme SR bis zur Not-OP bei Patienten im Schock über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert

4.2.5 Dauer bis zum Beginn der Transfusion

Bei transfusionspflichtigen Patienten sollte diese Transfusion frühzeitig erfolgen. Bei der Analyse werden alle Patienten mit einer gültigen Zeitangabe zur Bluttransfusion (EK) berücksichtigt. Zeitabstände zwischen Aufnahme im Schockraum und Zeitpunkt der EK-Gabe über 120 Minuten werden aus der Analyse ausgeschlossen.

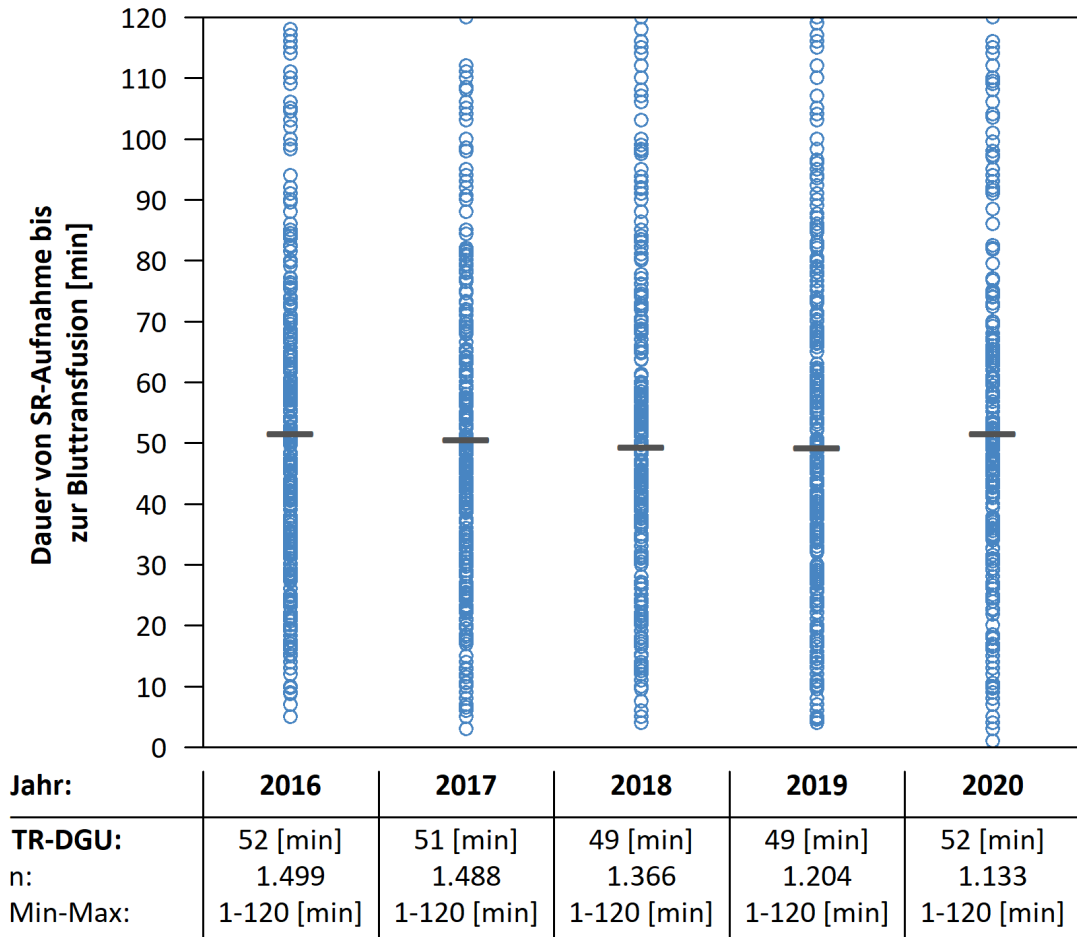


Abbildung 12: Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme im SR bis zum Beginn der Transfusion über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert

4.2.6 Operative Hirndruckentlastung

Bei Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma (AIS-Schweregrad 5) aufgrund einer Blutung sollte zeitnah nach Aufnahme im Schockraum eine Hirndruckentlastung stattfinden.

Bei der Analyse werden nur operierte Fälle mit AIS-Schweregrad 5 und mit einer gültigen Zeitangabe zur operativen Hirndruckentlastung eingeschlossen (max. 120 Minuten).

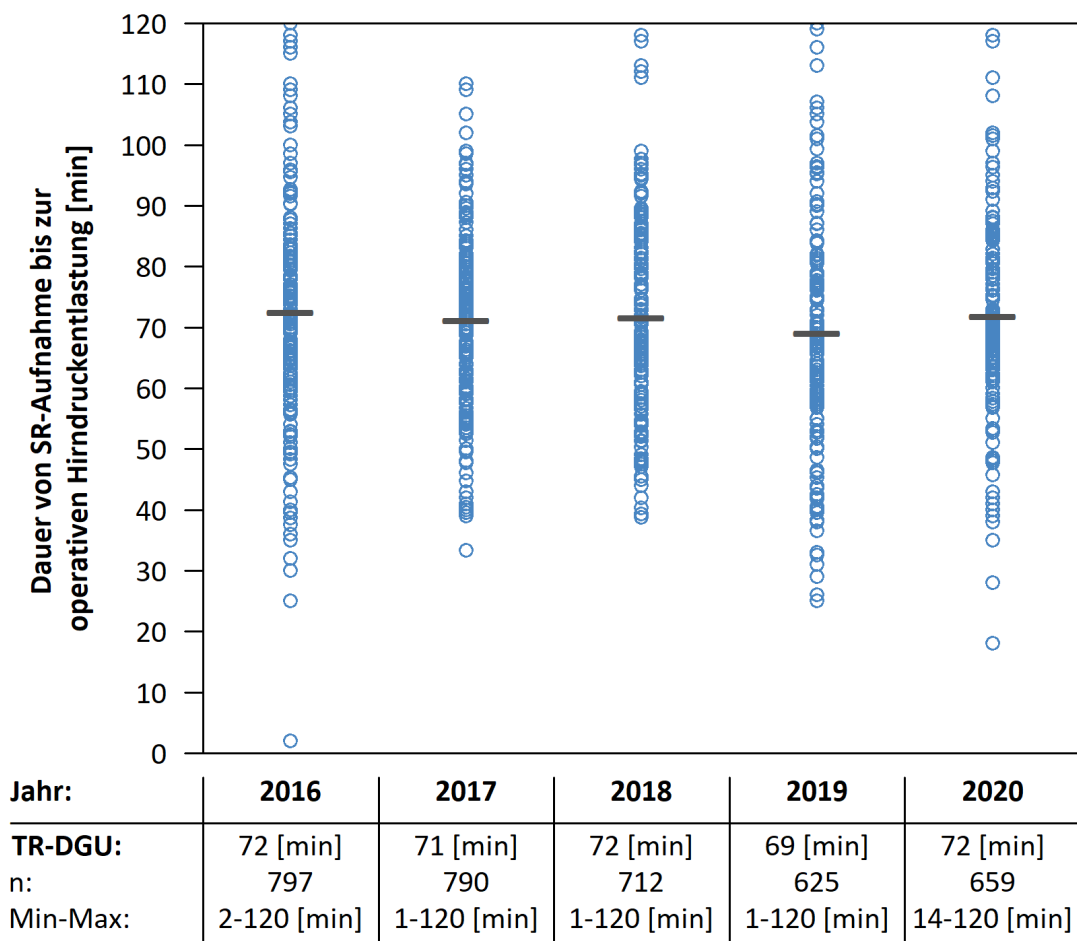


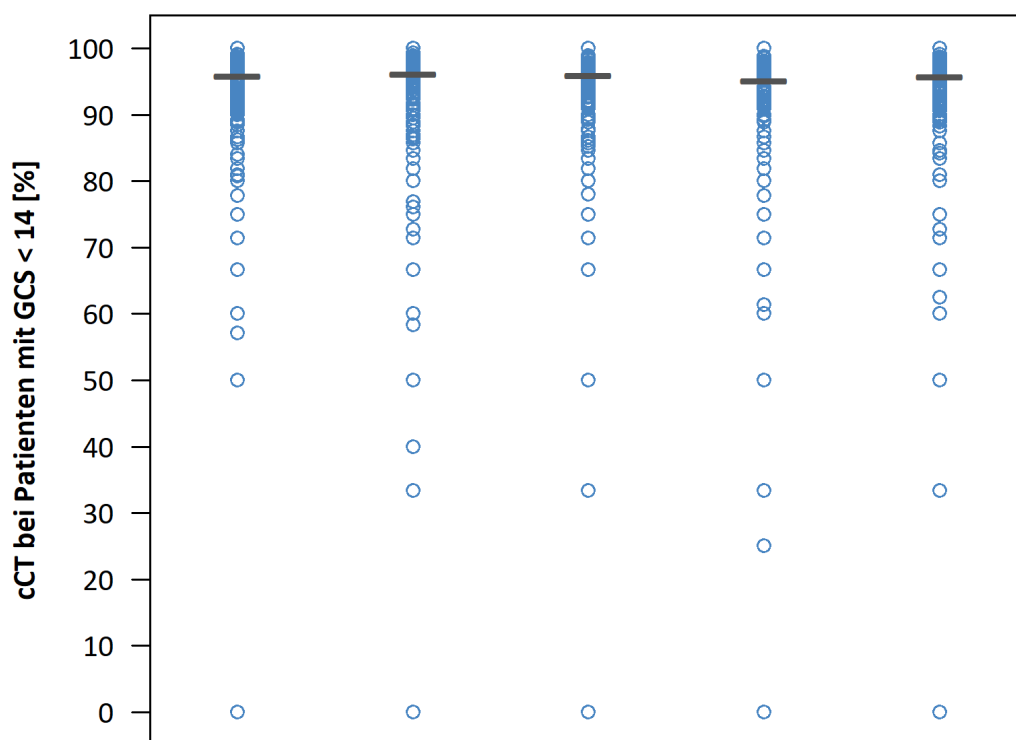
Abbildung 13: Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme im SR bis zur operativen Hirndruckentlastung über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, ● einzelner Klinikwert

4.3 Diagnostik und Interventionen

4.3.1 Craniales CT (cCT) bei GCS < 14

Ein eingeschränktes Bewusstsein kann ein Hinweis auf ein Schädel-Hirn-Trauma sein und bedarf der Abklärung mittels Schädel-CT (cCT) oder Ganzkörper-CT (GK-CT).

Es werden alle Patienten betrachtet, die einen GCS < 14 hatten, präklinisch oder bei Aufnahme (wenn nicht intubiert). Patienten, die innerhalb von 30 Minuten nach Aufnahme verstorben sind, wurden ausgeschlossen, da ein cCT bzw. GK-CT hier oft nicht mehr möglich war. Eine fehlende Angabe zur cCT- / GK-CT-Diagnostik wird als „nicht durchgeführt“ gewertet.



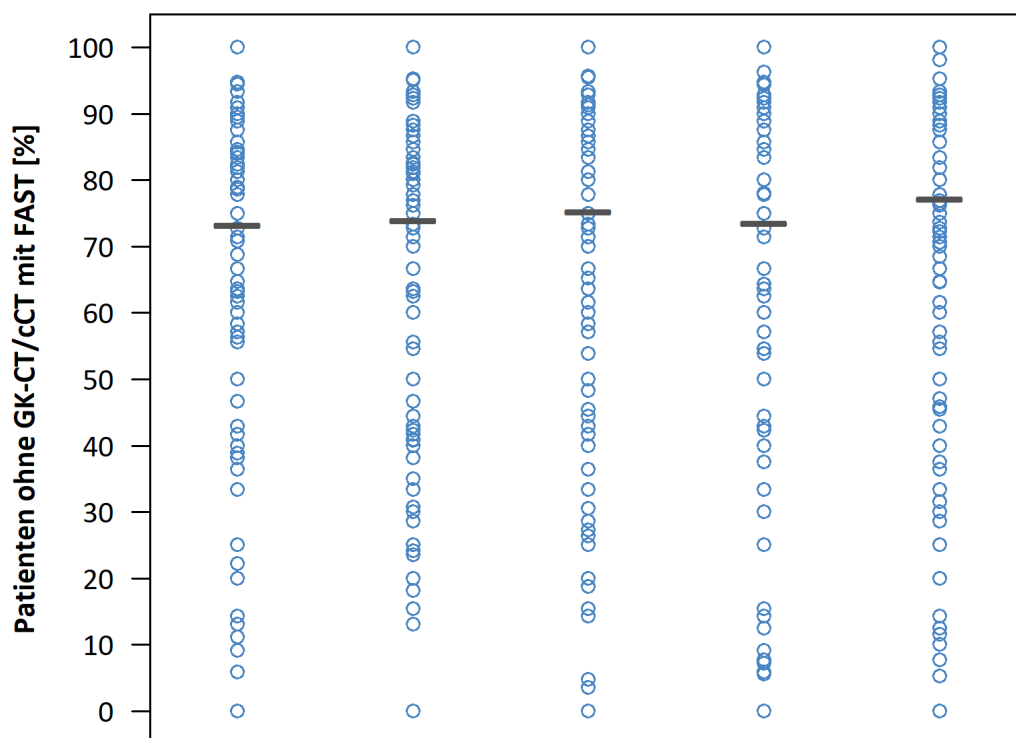
Jahr:	2016	2017	2018	2019	2020
TR-DGU:	96 %	96 %	96 %	95 %	96 %
cCT (n):	9.648	9.665	8.746	7.612	7.386
GCS < 14 (N):	10.065	10.049	9.119	8.004	7.715

Abbildung 14: Verteilung der cCT-Rate bei Patienten mit GCS < 14 über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, ● einzelner Klinikwert

4.3.2 Durchgeführte Sonografie bei Patienten ohne CT

Wenn kein GK-CT/cCT durchgeführt wurde, sollte zur Abklärung freier Flüssigkeit zumindest eine Sonografie (FAST = Focused Assessment with Sonography for Trauma) durchgeführt werden.

In dieser Analyse werden alle Patienten betrachtet, bei denen kein GK-CT/cCT dokumentiert wurde. Eine fehlende Angabe zur Sonografie wird als „nicht durchgeführt“ gewertet.



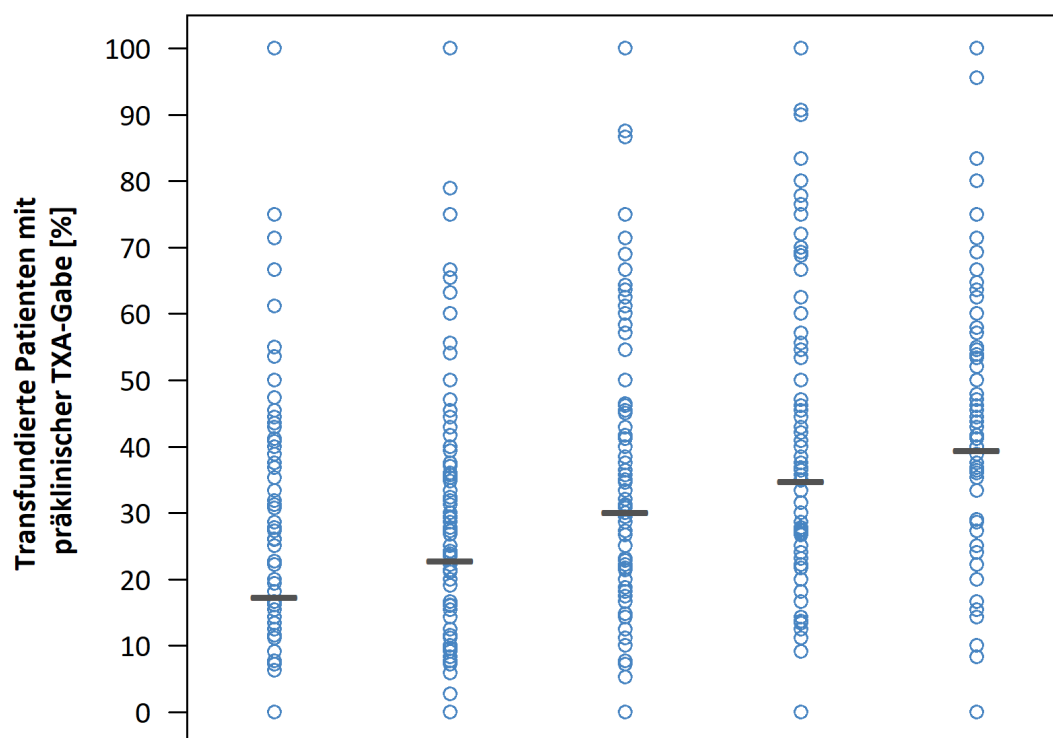
Jahr:	2016	2017	2018	2019	2020
TR-DGU:	73 %	74 %	75 %	74 %	77 %
FAST (n):	2.045	2.090	1.968	1.755	2.068
Ohne GK-/cCT (N):	2.791	2.827	2.614	2.385	2.679

Abbildung 15: Verteilung der Sonografierate bei Patienten ohne GK-CT / cCT über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, ● einzelner Klinikwert

4.3.3 Tranexamsäure-Gabe präklinisch bei transfundierten Patienten

Von Tranexamsäure (TXA) wird angenommen, dass sie in ihrer Eigenschaft als Antifibrinolytikum die Anzahl an Bluttransfusionen oder das transfundierte Volumen verringern oder diese gar vermeiden helfen kann. Patienten, bei denen eine Bluttransfusion durchgeführt werden muss, sollten daher (vorher) TXA erhalten haben.

Es werden hier alle Patienten mit dokumentierter Bluttransfusion betrachtet (EK-Gabe im Schockraum bis zur Intensivaufnahme). Eine fehlende Angabe zur präklinischen Gabe von TXA wird als „nicht durchgeführt“ gewertet.



Jahr:	2016	2017	2018	2019	2020
TR-DGU:	17 %	23 %	30 %	35 %	39 %
Präklin. TXA (n):	381	509	618	628	751
Transfundierte (N):	2.202	2.227	2.054	1.805	1.906

Abbildung 16: Verteilung der präklinischen Verabreichungsrate von Tranexamsäure bei im SR bzw. in der OP-Phase transfundierten Patienten über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert

4.3.4 Tranexamsäuregabe im Schockraum bei transfundierten Patienten

Die Tranexamsäure-Gabe (TXA) im Schockraum wird in der Bogenversion 2015 nur im Standardbogen erfasst. Es werden hier alle Patienten analysiert, bei denen eine Bluttransfusion dokumentiert wurde (EK-Gabe im Schockraum bis zur Intensivaufnahme). Eine fehlende Angabe zur Gabe von TXA im Schockraum wird als „nicht durchgeführt“ gewertet.

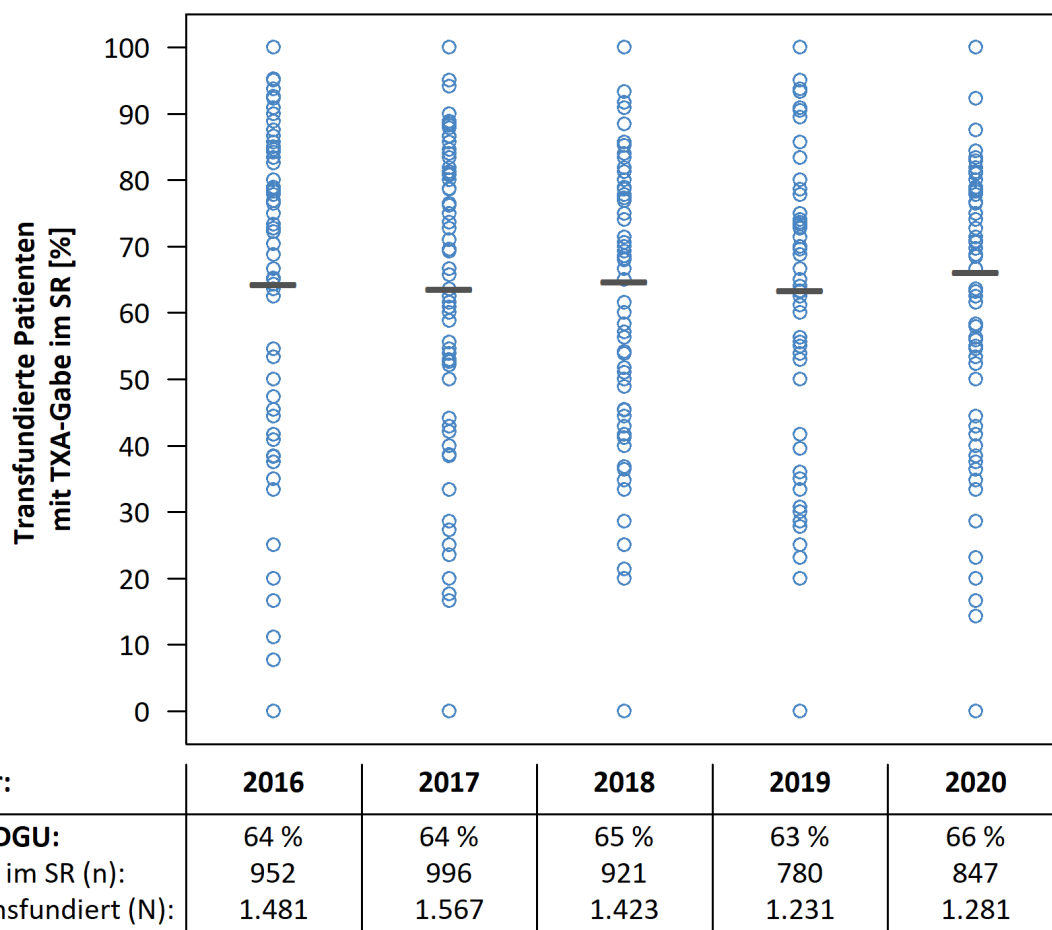


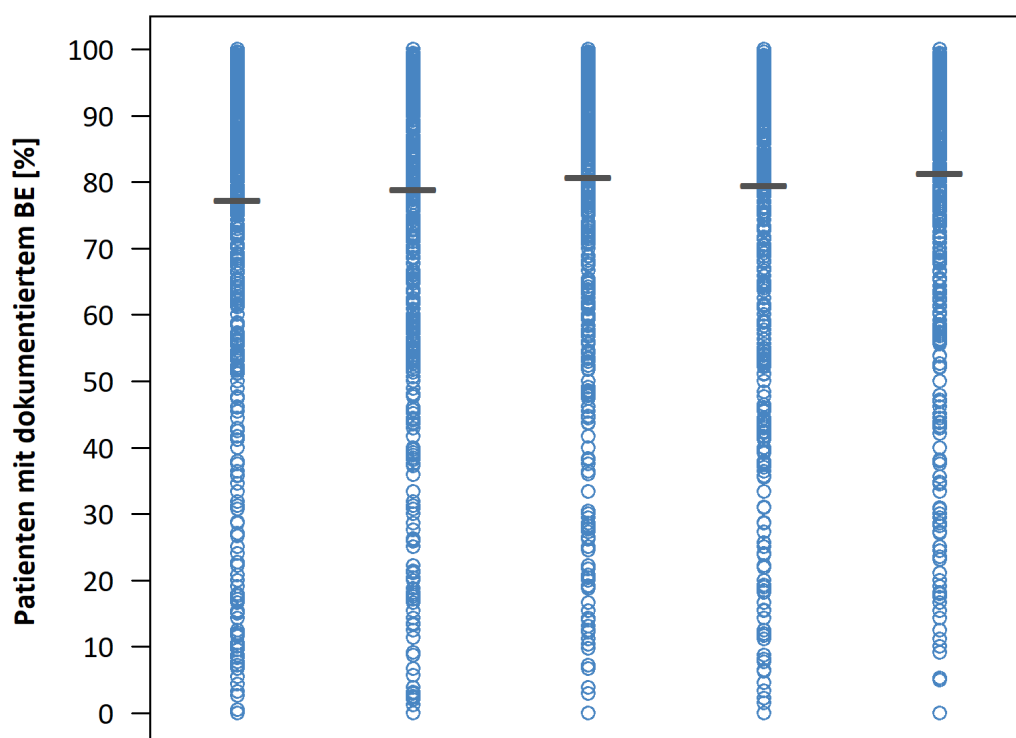
Abbildung 17: Verteilung der Verabreichungsrate von Tranexamsäure im SR bei Patienten, die zwischen SR und ICU-Aufnahme transfundiert wurden, über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, ○ einzelner Klinikwert

4.4 Datenqualität

4.4.1 Blutgasanalyse durchgeführt / Base Excess dokumentiert

Eine Blutgasanalyse (BGA) liefert wichtige Daten zur Abschätzung der akuten Situation des Patienten. Oft werden aber die gemessenen Werte im TR-DGU nicht dokumentiert. Insbesondere der Base Excess (BE) beeinflusst als hoch-prädiktiver Faktor auch die Prognose des Patienten im RISC II. Ergebnisse zur Vollständigkeit der erfassten Daten werden in Kapitel 10 detailliert dargestellt. Hier wird beispielhaft nur die Vollständigkeit der BE-Erfassung im gleichen Stil wie die Prozessindikatoren dargestellt.

Es werden in dieser Analyse alle primär versorgten Patienten berücksichtigt und der Anteil mit vorhandenen Angaben zum BE berechnet. BE-Werte kleiner als -50 mmol/l oder größer als 20 mmol/l werden ausgeschlossen.



Jahr:	2016	2017	2018	2019	2020
TR-DGU:	77 %	79 %	81 %	80 %	81 %
Dokument. BE (n):	24.258	25.774	24.729	21.706	21.700
Patienten (N):	31.376	32.679	30.637	27.294	26.685

Abbildung 18: Verteilung der Raten von Patienten mit dokumentiertem Base Excess (BE) über alle Kliniken, 2016-2020, — TR-DGU, ● einzelner Klinikwert

5 Klinikvergleiche im TraumaNetzwerk DGU®

In Kapitel 5 werden die Kliniken aus dem TraumaNetzwerk DGU® dargestellt. Die Einstufung als Lokales, Regionales bzw. Überregionales TraumaZentrum DGU® ergibt sich aus den Zertifizierungsanforderungen des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Nicht zertifizierte Traumazentren werden in der Darstellung der Traumastufen nicht berücksichtigt.

5.1 Fallzahlen des TR-DGU in den letzten 10 Jahren

Abbildung 19 zeigt die Entwicklung der Patientenzahlen aus dem TraumaNetzwerk DGU® in den letzten 10 Jahren. Nur Fälle aus dem **Basiskollektiv** werden betrachtet (zur Definition siehe Seite 5). Aus dem TraumaNetzwerk DGU® liegen Daten von **274.694 Patienten** der letzten 10 Jahre vor, darunter **27.333 Patienten aus 2020**.

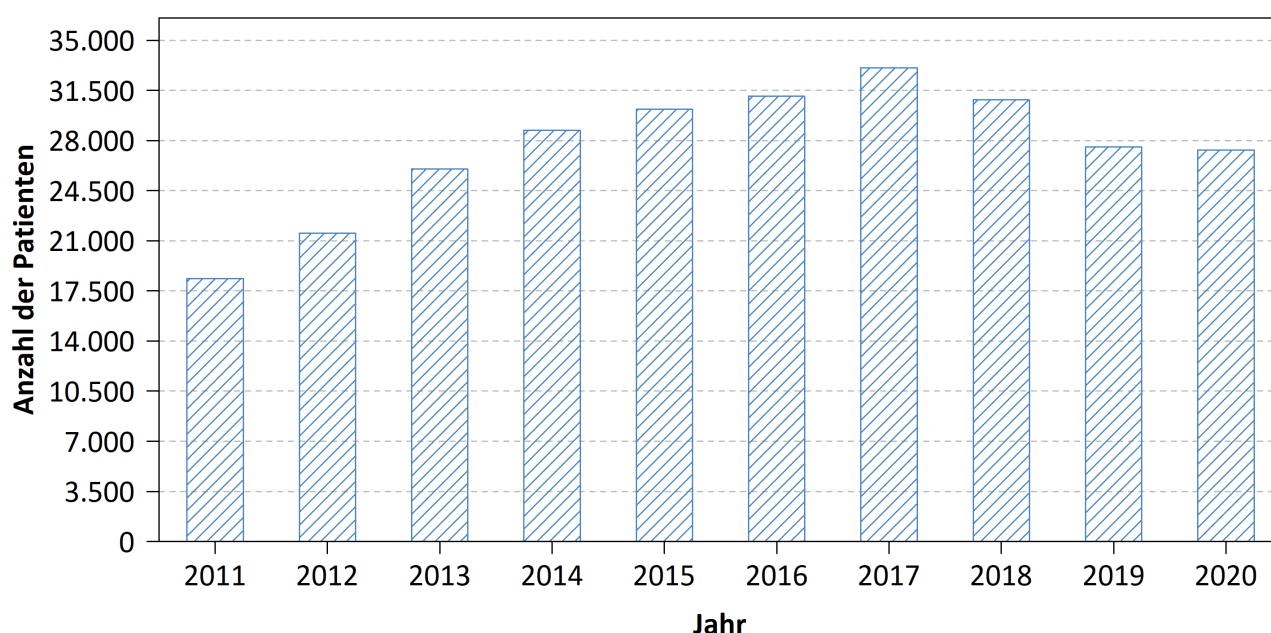


Abbildung 19: Fallzahlen im Basiskollektiv all TraumaNetzwerk DGU® Kliniken von 2011 - 2020

5.2 Fallzahl innerhalb der Traumastufe

In 2020 wurden im TraumaNetzwerk DGU® **27.333 Patienten** im Basiskollektiv dokumentiert. Die in Abbildung 20 dargestellten Werte entsprechen dem Median (senkrechte Linie), dem Interquartilbereich (graue Box) sowie dem Minimum/Maximum (horizontale Linie) der jährlich von Kliniken der verschiedenen Traumastufen jeweils im TR-DGU dokumentierten Fallzahlen. Nicht zertifizierte Kliniken sind hierbei nicht berücksichtigt.

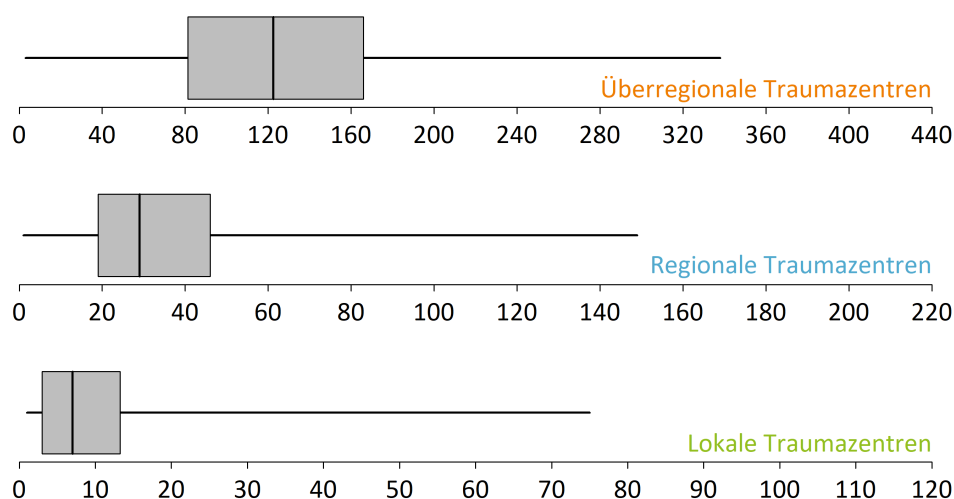


Abbildung 20: Mediane Fallzahl der TraumaNetzwerk DGU® zertifizierten Kliniken, getrennt nach Traumastufe für das Jahr 2020

5.3 Vergleich der Basisdaten zwischen den Traumastufen

In Tabelle 4 werden Basisdaten der Kliniken entsprechend ihrer Traumastufen im TraumaNetzwerk DGU® gegenübergestellt. Zum Vergleich wird auch der Gesamtwert der zertifizierten Traumazentren des TR-DGU angegeben.

Auch hier werden nur Patienten aus dem **Basiskollektiv** berücksichtigt. Um statistische Unsicherheiten zu reduzieren, werden die Daten aus den **letzten drei Jahren (2018-2020)** kumuliert und zusammen analysiert.

Tabelle 4: Basisdaten der Gesamtdaten der Traumazentren DGU über die vergangenen drei Jahre

Merkmale	Traumazentren DGU			
	lokal	regional	über-regional	TR-DGU
Anzahl Kliniken	308	225	124	657
Anteil Patienten im Gesamtkollektiv	12 %	31 %	58 %	100 %
Patienten pro Jahr und Klinik (Mittelwert)	n 11 / Jahr	39 / Jahr	132 / Jahr	43 / Jahr
Patienten (3 Jahre kumuliert)	n 9.918	26.403	49.056	85.377
Primär aufgenommen und versorgt	n 7.829 (%) (79 %)	22.522 (85 %)	42.519 (87 %)	72.870 (85 %)
Primär aufgenommen und früh (< 48 Std.) verlegt	n 1.923 (%) (19 %)	3.013 (11 %)	791 (2 %)	5.727 (7 %)
Aus anderem Krankenhaus zuverlegt	n 166 (%) (2 %)	868 (3 %)	5.746 (12 %)	6.780 (8 %)

Tabelle 4: Fortsetzung

		Traumazentrum			
Merkmale		lokal	regional	über-regional	TR-DGU
Patienten					
Durchschnittsalter [Jahre]	MW	56,2	55,5	52,3	53,7
Ältere Patienten ab 70 Jahre	%	32 %	31 %	26 %	29 %
Geschlecht männlich	%	67 %	68 %	71 %	70 %
ASA 3-4	%	21 %	22 %	18 %	20 %
Verletzungen					
Injury Severity Score [Punkte]	MW	13,6	16,3	20,0	18,1
Anteil mit ISS ≥ 16	%	34 %	47 %	61 %	53 %
Anteil Polytrauma *	%	7 %	11 %	18 %	14 %
Anteil Lebensgefährlich (schwer) Verletzte **	%	18 %	26 %	36 %	30 %
Patienten mit SHT, AIS ≥ 3	%	19 %	28 %	42 %	35 %
Patienten mit Thoraxtrauma, AIS ≥ 3	%	34 %	38 %	38 %	38 %
Patienten mit Abdominaltrauma, AIS ≥ 3	%	8 %	9 %	10 %	10 %
Präklinik (nur primär Aufgenommene)					
Rettungszeit (Unfall bis Klinik) [min]	MW	58,2	61,0	69,3	65,0
Präklinische Volumengabe [ml]	MW	468	572	688	622
Präklinische Endotracheale Intubation	%	3 %	8 %	27 %	18 %
Bewusstlos (GCS ≤ 8)	%	4 %	8 %	20 %	14 %
Schockraum (nur primär Aufgenommene)					
Transfusionen (EK-Gabe)	%	3 %	4 %	9 %	7 %
Ganzkörper-CT	%	66 %	75 %	83 %	78 %
Herzmassage	%	2 %	2 %	4 %	3 %
Schock / Hypotonie	%	4 %	5 %	9 %	7 %
Koagulopathie	%	8 %	9 %	12 %	10 %
Liegedauer (ohne früh Weiterverlegte)					
Intubationsdauer auf der Intensivstation [Tage]	MW	2,5	5	6,7	6,1
Liegedauer auf der Intensivstation [Tage]	MW	2,6	4,2	6,6	5,5
Liegedauer im Krankenhaus [Tage]	MW	10,1	12,9	16,7	14,9
Outcome und Prognose (ohne Zuverlegte und früh Weiterverlegte und Patienten mit therapiebegrenzendem Patientenwillen, die innerhalb der ersten Woche verstorben sind)					
Patienten	n	7.829	22.522	42.519	72.870
Verstorben	n	332	1.467	4.414	6.213
Letalität im Krankenhaus	%	4,3 %	6,7 %	10,8 %	8,8 %
RISC II-Prognose	%	4,7 %	6,7 %	10,8 %	8,8 %

ISS = Injury Severity Score; GCS = Glasgow Coma Scale; AIS = Abbreviated Injury Scale; MW = Mittelwert

* Polytrauma: Vergleiche „Berlin-Definition“ (Pape et al. 2014)

** Lebensgefährlich (schwer) Verletzte: ISS $\geq$ 16 kombiniert mit phys. Traumafolgen (Paffrath et al. 2014)

5.4 Verlegungsverteilung innerhalb der Traumastufen

In der folgenden Abbildung ist die prozentuale Verteilung des Verlegungsstatus aller Patienten im TraumaNetzwerk DGU® getrennt nach den Traumazentrums-Stufen für das Jahr 2020 dargestellt. Wie zu erwarten ist die Weiterverlegungsrate in den lokalen Traumazentren (LTZ) sowie die Zuverlegungsrate in den überregionalen Traumazentren (ÜTZ) am höchsten.

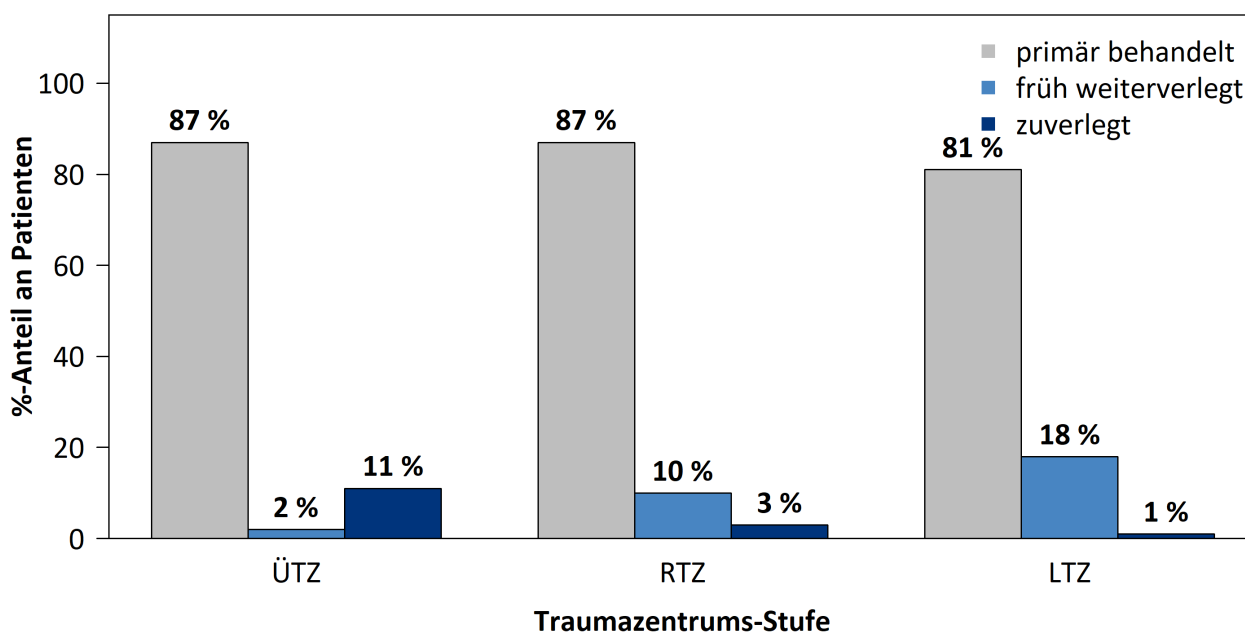


Abbildung 21: Verlegungsstatus getrennt nach Traumazentrums-Stufen für 2020

6 Grafische Klinikvergleiche

Im Folgenden werden ausgewählte Angaben der Patienten aus den Jahren **2011-2020** im TraumaRegister DGU® dargestellt. Es werden nur Patienten aus dem **Basiskollektiv** (Def. siehe S. 5) betrachtet. Hierbei werden im Gegensatz zu den Werten aus Kapitel 3 nur Kliniken in die Analyse einbezogen, bei denen **mindestens 3 Patientenfälle** vorhanden waren. Die Kliniken aus dem TR-DGU sind als **hellblaue Kreise** dargestellt. Die waagerechten grauen Linien entsprechen dem Mittelwert aller Klinikwerte des jeweiligen Jahres.

6.1 Altersverteilung der letzten 10 Jahre

In der unteren Abbildung ist die Verteilung des mittleren Alters der Patienten des TR-DGU über die zehn letzten Jahre dargestellt (**Kliniken mit mindestens 3 Fällen**).

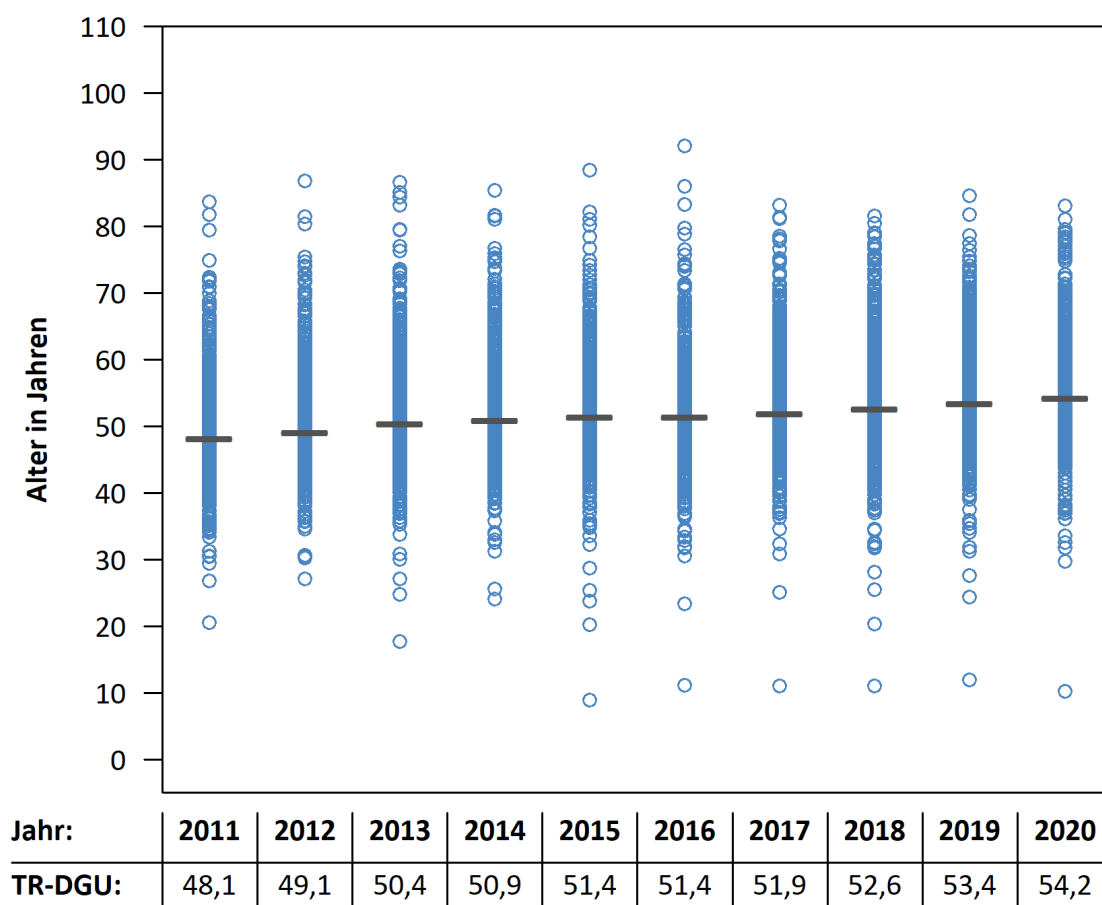


Abbildung 22: Mittleres Patientenalter im — TR-DGU im Vergleich zu den o einzelnen Klinikwerten im TR-DGU für die Jahre 2011 - 2020

6.2 Verteilung der standardisierten Mortalitätsrate über die letzten 10 Jahre

In dieser Abbildung sind nur primär Versorgte aus Kliniken mit mindestens 3 Fällen im jeweiligen Jahr abgebildet. Früh (< 48 Std.) weiterverlegte Patienten wurden hier ausgeschlossen. Auch Patienten mit einem **therapielimitierendem Patientenwillen**, die innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme verstorben sind, wurden zur Gewährleistung einer korrekten Darstellung der Behandlungsqualität einer Klinik, wie in Kapitel 2, bei der folgenden Analyse nicht berücksichtigt. Die standardisierte Mortalitätsrate (SMR) einer Klinik sowie des TR-DGU ist hier für die letzten zehn Jahre dargestellt. Die SMR ist definiert als der Quotient von der beobachteten Letalitätsrate und der Mortalitätsprognose (RISC II) der jeweiligen Klinik. Ein SMR-Wert > 1 weist darauf hin, dass die beobachtete Letalitätsrate höher als erwartet ist. Ein SMR-Wert < 1 hingegen weist auf eine niedrigere beobachtete Letalitätsrate als erwartet hin.

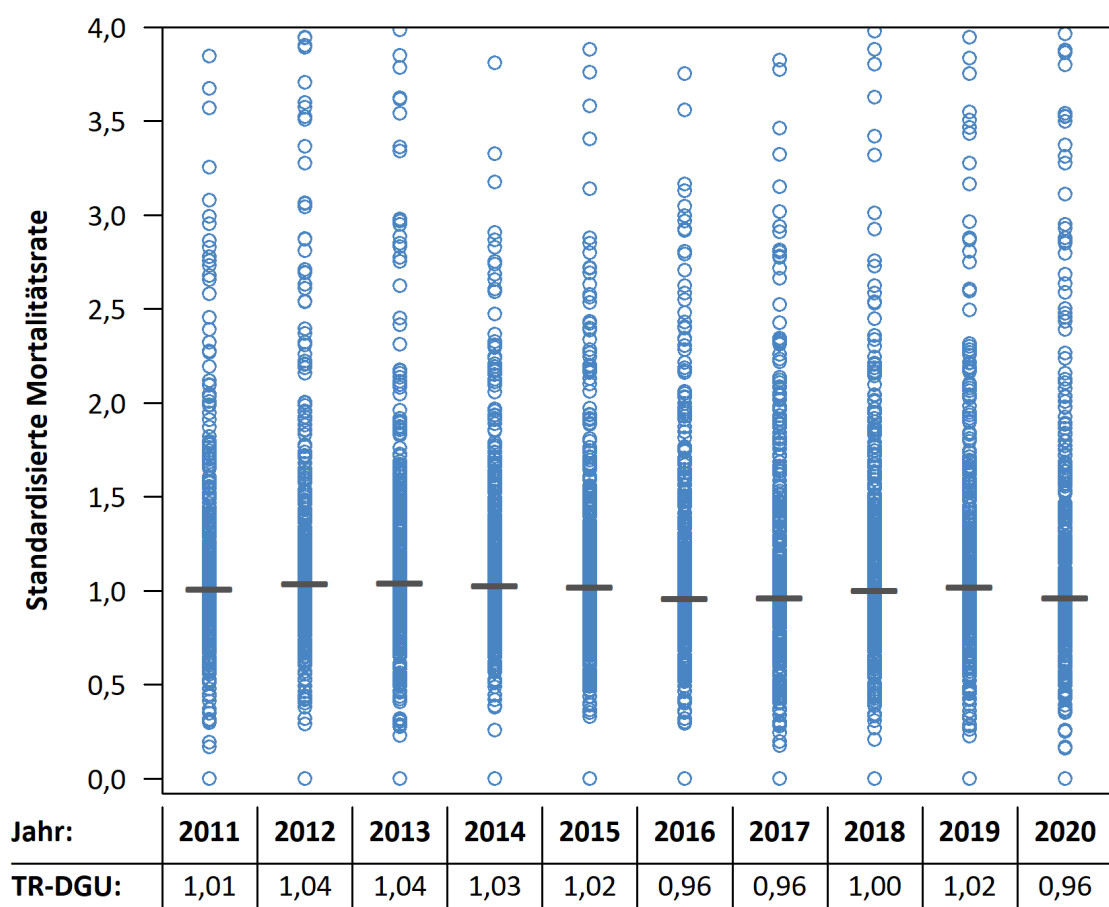


Abbildung 23: Standardisierte Mortalitätsratio im — TR-DGU im Vergleich zu den ● einzelnen Klinikwerten im TR-DGU für die Jahre 2011 - 2020

6.3 Liegedauer und Verletzungsschwere

Die Liegedauer der Patienten ist sehr variabel und von verschiedenen Faktoren abhängig. Abbildung 24 zeigt hier den deskriptiven Zusammenhang von durchschnittlicher Liegedauer und Verletzungsschwere (ISS) bei **überlebenden** Patienten aus dem Basiskollektiv. Fälle, die in andere Krankenhäuser verlegt wurden (n = 4.303), sind nicht berücksichtigt. Kliniken mit **weniger als 3 Patienten** werden wegen der statistischen Unsicherheit **nicht** dargestellt.

TR-DGU 2020:

Der Wert basiert auf:
21.190 Patienten

Mittlere Liegedauer:
15,3 Tage

Mittlerer ISS:
16,0 Punkte

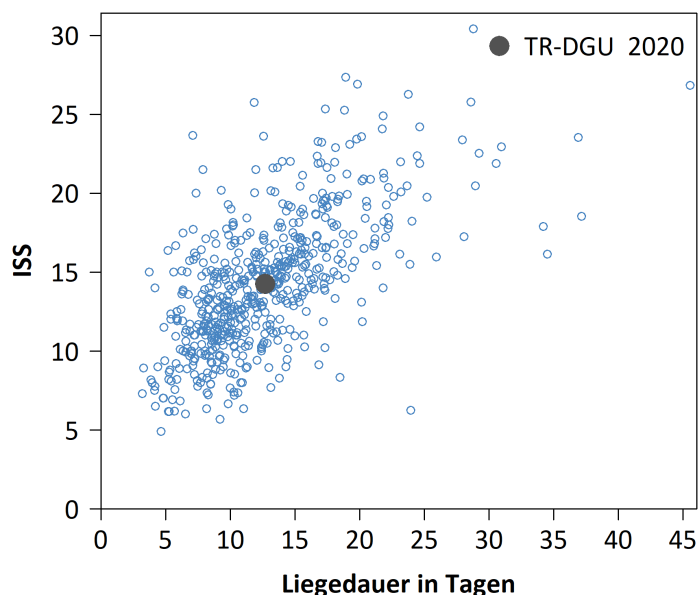


Abbildung 24: Korrelation zwischen Liegedauer und Verletzungsschwere über alle Kliniken in 2020

6.4 Liegedauer der Verstorbenen

In der folgenden Grafik ist die Verteilung der Liegedauer der verstorbenen Patienten (n = 3.452) innerhalb der ersten 30 Tage (n = 3.315) im gesamten Register für 2020 dargestellt.

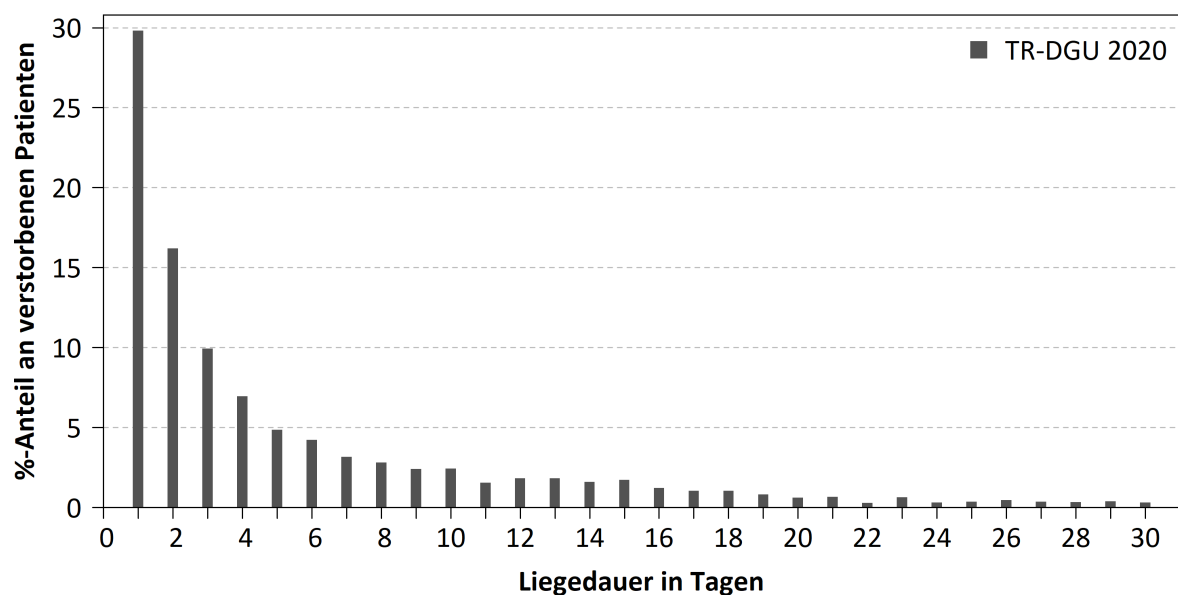


Abbildung 25: Versterbezeitpunkt der Patienten [Liegedauer in Tagen] im TR-DGU in 2020

7 Daten zur Traumaversorgung

Auf den folgenden Seiten werden Daten der Traumaversorgung aus dem aktuellen Jahr 2020 dargestellt. Es werden nur Patienten des **Basiskollektivs** betrachtet (siehe Seite 5). Als Vergleichskollektiv zum Basiskollektiv des TraumaRegister DGU® vom aktuellen Jahres (**TR-DGU 2020**) dienen die Registerdaten aus den letzten 10 Jahren 2011-2020 (**TR-DGU 10 Jahre**).

Tabelle 5: Daten aus dem TR-DGU zu Patienten und Unfallart

(S) Patient und Unfall	TR-DGU 2020		TR-DGU 10 Jahre	
Patienten im Basiskollektiv (n)	28.947		303.876	
Primärversorgung / Verlegung	%	n	%	n
Primär versorgt	92,2 %	26.685	90,9 %	276.154
Davon früh (innerhalb 48 Std.) weiterverlegt	6,0 %	1.728	6,6 %	19.944
Zuverlegt innerhalb 24 Std. nach Unfall	7,2 %	2.093	8,2 %	24.985
Zuverlegt später als 24 Std.	0,6 %	169	0,9 %	2.737
Patientendaten	MW ± SA* / %	n	MW ± SA* / %	n
Alter [Jahre]	54,2 ± 22,5	28.947	51,4 ± 22,6	303.876
Kinder unter 16 Jahre	3,5 %	1.005	4,1 %	12.466
Ältere ab 70 Jahre	29,0 %	8.387	26,0 %	79.045
Geschlecht männlich	70,1 %	20.292	70,0 %	212.543
ASA 3-4 vor Trauma	21,6 %	5.904	17,5 %	47.225
Unfallmechanismus	%	n	%	n
Stumpf	96,3 %	26.119	95,9 %	276.926
Penetrierend	3,7 %	1.013	4,1 %	11.712
Unfallart / Ursache	%	n	%	n
Verkehrsunfall: Auto	16,2 %	4.664	19,0 %	56.707
Verkehrsunfall: Motorrad	12,0 %	3.452	12,2 %	36.529
Verkehrsunfall: Fahrrad	13,0 %	3.747	9,6 %	28.747
Verkehrsunfall: Fußgänger	4,3 %	1.226	6,0 %	17.825
Sturz aus großer Höhe (> 3m)	15,6 %	4.489	15,4 %	45.987
Sturz aus niedriger Höhe (≤ 3m)	27,9 %	8.017	24,5 %	73.247
Verdacht auf Suizid	4,6 %	1.305	4,4 %	13.033
Verdacht auf Verbrechen	2,4 %	690	2,5 %	7.359

* MW = Mittelwert; SA = Standardabweichung

Tabelle 6: Daten aus dem TR-DGU zu Befunden am Unfallort. Angaben für primär versorgte Patienten

Zeitpunkt A: Befund am Unfallort	TR-DGU 2020		TR-DGU 10 Jahre	
Primär versorgte Patienten (n) (%-Anteil vom Basiskollektiv)	26.685 (92 %)		276.154 (91 %)	
Vitalparameter	MW ± SA*	n	MW ± SA*	n
Systolischer Blutdruck [mmHg]	135 ± 33	22.832	132 ± 33	239.722
Atemfrequenz [1/min]	15,8 ± 5,7	18.032	15,7 ± 5,8	173.353
Glasgow Coma Scale (GCS) [Punkte]	12,7 ± 3,9	24.479	12,6 ± 4,0	255.516
Befunde	%	n	%	n
Schock (systolischer Blutdruck ≤ 90 mmHg)	7,9 %	1.795	9,2 %	22.043
Bewusstlos (GCS ≤ 8)	15,6 %	3.815	17,0 %	43.517
Therapie	%	n	%	n
Herzmassage	3,4 %	868	3,0 %	7.940
Endotracheale Intubation	14,5 %	3.739	21,9 %	58.401
Alternativer Atemweg	1,4 %	366	0,9 %	2.284
Analgesedierung **	58,2 %	7.958	60,3 %	80.978
Thoraxdrainage (mit und ohne Nadeldekompression) **	3,7 %	503	3,1 %	4.159
Katecholamine **	9,9 %	1.348	8,3 %	11.122
Beckengurt **	17,1 %	2.345	6,7 %	8.981
Tranexamsäure	13,7 %	3.556	4,8 %	12.911
Volumengabe	MW ± SA* / %	n	MW ± SA* / %	n
Patienten ohne Volumengabe	18,6 %	4.572	17,1 %	43.804
mit Volumengabe	81,4 %	19.990	82,9 %	212.944
mit Kolloidgabe	1,6 %	391	6,4 %	15.878
Menge bei Pat. mit Volumen [ml]	608 ± 509	24.562	664 ± 560	256.748
bei Pat. mit und ohne Volumengabe [ml]	Median 500		Median 500	

* MW = Mittelwert; SA = Standardabweichung

** im reduzierten QM-Datensatz nicht verfügbar

Tabelle 7: Daten aus dem TR-DGU zur Schockraum- und OP-Phase. Angaben nur für primär versorgte Patienten

Zeitpunkt B: Schockraum / OP-Phase	TR-DGU 2020		TR-DGU 10 Jahre	
Primär versorgte Patienten (n) (%-Anteil vom Basiskollektiv)	26.685 (92 %)		276.154 (91 %)	
Transport zur Klinik	%	n	%	n
Im Hubschrauber	19,5 %	5.208	19,1 %	52.795
Glasgow Coma Scale (GCS)	MW ± SA*	n	MW ± SA*	n
Bei präklinisch intubierten Patienten	3,3 ± 1,5	2.906	3,2 ± 1,4	34.471
Bei präklinisch nicht intubierten Patienten	13,9 ± 2,3	9.735	13,8 ± 2,5	91.798
Primärdiagnostik	%	n	%	n
Sonografie Abdomen	81,8 %	21.605	81,6 %	222.759
Röntgen Thorax	21,7 %	5.730	33,6 %	91.587
cCT (separat oder Ganzkörper)	89,0 %	23.741	89,3 %	246.552
Ganzkörper-CT	76,6 %	20.229	77,1 %	210.428
Schockraumbehandlung	MW ± SA* / %	n	MW ± SA* / %	n
Weiterverlegung in den OP	24,3 %	6.183	24,0 %	35.665
Wenn ja, dann Dauer von Aufnahme im SR* bis OP [min]	79,1 ± 62,0	5.629	76,6 ± 61,4	32.005
Weiterverlegung auf Intensivstation	63,0 %	16.005	63,8 %	95.032
Wenn ja, dann Dauer von Aufnahme im SR* bis zur ITS* [min]	91,7 ± 76,1	14.203	86,9 ± 74,6	81.916
Blutung und Transfusion	MW ± SA* / %	n	MW ± SA* / %	n
Vorbestehende Gerinnungsstörung	21,4 %	4.992	19,8 %	24.826
Systolischer Blutdruck ≤ 90 mmHg	7,0 %	1.743	7,9 %	20.295
Medikamentöse Hämostase-Therapie **	23,0 %	2.713	17,6 %	21.367
Gabe von Tranexamsäure **	15,5 %	459	15,7 %	7.868
ROTEM **	11,2 %	1.274	10,6 %	10.686
Patienten mit Bluttransfusionen	7,2 %	1.925	7,8 %	21.464
Anzahl EK, falls transfundiert	5,1 ± 7,7	1.925	5,3 ± 6,4	21.464
Anzahl FFP, falls transfundiert	0,7 ± 3,6	1.925	3,0 ± 5,7	21.464
Therapie im Schockraum	%	n	%	n
Herzmassage **	2,6 %	339	2,5 %	3.432
Thoraxdrainage **	10,5 %	1.360	10,4 %	14.066
Endotracheale Intubation **	10,8 %	1.385	14,9 %	19.403
Initiale Laborwerte	MW ± SA*	n	MW ± SA*	n
Base Excess [mmol/l]	-1,7 ± 4,9	21.738	-1,8 ± 4,7	207.742
Hämoglobin [g/dl]	13,1 ± 2,2	25.958	13,1 ± 2,2	263.860
INR	1,1 ± 0,5	25.067	1,2 ± 0,5	253.872
TPZ (Quick) [%]	89,2 ± 21,5	24.474	87,4 ± 21,5	247.840
Temperatur [C°] **	36,2 ± 1,2	8.746	36,2 ± 1,1	74.727

* ITS = Intensivtherapie-Station; SR = Schockraum; MW = Mittelwert; SA = Standardabweichung

** nicht verfügbar im QM-Datensatz V2015

Tabelle 8: Daten aus dem TR-DGU zur Intensivtherapie

Zeitpunkt C: Intensivstation	TR-DGU 2020		TR-DGU 10 Jahre	
Patienten mit Intensivtherapie (%-Anteil vom Basiskollektiv)	24.863 (86 %)		263.753 (87 %)	
Therapie	%	n	%	n
Medikamentöse Hämostase-Therapie **	12,9 %	1.654	14,8 %	19.304
Dialyse **	2,0 %	257	2,2 %	2.914
Gabe von EK / FFP ** (in den ersten 48 Std. nach ITS-Aufnahme)	24,1 %	2.471	26,5 %	28.637
Mechanische Beatmung / Intubation	35,2 %	8.747	39,0 %	102.892
Komplikationen auf der ITS	%	n	%	n
Organversagen **	30,2 %	3.945	33,8 %	44.676
Multiorganversagen (MOV) **	17,2 %	2.225	19,9 %	26.007
Sepsis **	4,6 %	598	5,7 %	7.401
Liege- und Beatmungsdauer	MW ± SA*	n	MW ± SA*	n
Dauer der Intubation [Tage]	6,8 ± 9,1	8.665	7,4 ± 10,3	101.760
	Median 3		Median 3	
Liegedauer auf der ITS* [Tage]	6,0 ± 9,2	24.863	6,5 ± 10,2	263.753
	Median 2		Median 2	

* ITS = Intensivtherapie-Station; MW = Mittelwert; SA = Standardabweichung

** nicht verfügbar im QM-Datensatz V2015

Tabelle 9: Daten aus dem TR-DGU zu Entlassung und Outcome

Zeitpunkt D: Entlassung / Outcome	TR-DGU 2020		TR-DGU 10 Jahre	
Patienten aus dem Basiskollektiv	28.947		303.876	
Diagnosen	MW ± SA* /%	n	MW ± SA* /%	n
Anzahl Verletzungen / Diagnosen pro Patient	4,6 ± 3,1		4,5 ± 2,9	
Patienten mit nur einer Verletzung	10,2 %	2.951	10,1 %	30.557
Operationen	MW ± SA* /%	n	MW ± SA* /%	n
Operierte Patienten	67,7 %	10.546	67,0 %	103.943
Anzahl OPs pro Patient, falls operiert **	3,3 ± 3,8		3,4 ± 4,0	
Thrombo-embolische Ereignisse (Herzinfarkt, Lungenembolie, DVT, Apoplex etc.)	%	n	%	n
Patienten mit mind. einem Ereignis **	3,0 %	424	2,7 %	3.926

* MW = Mittelwert; SA = Standardabweichung

** nicht verfügbar im QM-Datensatz V2015

Tabelle 9 Fortsetzung:

Zeitpunkt D: Entlassung / Outcome

	TR-DGU 2020		TR-DGU 10 Jahre	
Patienten aus dem Basiskollektiv	28.947		303.876	
Outcome (ohne früh weiterverlegte Patienten)	%	n	%	n
Überlebende Patienten	87,3 %	23.767	88,5 %	251.336
Verstorben im Krankenhaus	12,7 %	3.452	11,5 %	32.596
30-Tage-Letalität	12,2 %	3.315	11,0 %	31.240
Verstorben innerhalb der ersten 24 Std.	4,8 %	1.311	4,5 %	12.743
Verstorben im Schockraum (ohne ITS)	1,6 %	441	1,6 %	4.467
Verlegung / Entlassung (alle Überlebenden)	%	n	%	n
Lebend die Klinik verlassen und ...	100,0 %	25.495	100,0 %	271.280
in ein anderes Krankenhaus verlegt	16,9 %	4.303	17,4 %	47.310
... davon früh (< 48 Std.) weiterverlegt	6,8 %	1.728	7,4 %	19.944
in eine Reha-Klinik verlegt	14,8 %	3.782	17,8 %	48.308
andere Verlegungen	3,3 %	832	3,6 %	9.653
nach Hause entlassen	65,0 %	16.578	61,2 %	166.009
Zustand bei Verlegung / Entlassung (entsprechend Parameter Outcome; ohne früh weiterverlegte Patienten)	%	n	%	n
Patienten mit einer Angabe		26.982		275.486
Davon überlebende Patienten	100 %	23.530	100 %	242.890
- gut erholt	60,5 %	14.226	65,3 %	158.509
- mäßig behindert	28,5 %	6.704	24,8 %	60.283
- schwer behindert	9,7 %	2.288	8,5 %	20.680
- nicht ansprechbar, vegetativ	1,3 %	312	1,4 %	3.418
Liegedauer im Krankenhaus in Tagen (alle Basiskollektivpatienten)	MW ± SA*	n	MW ± SA*	n
Alle Patienten	13,7 ± 16,0	28.945	15,1 ± 17,4	303.836
Median alle Patienten	9		10	
Nur überlebende Patienten	14,5 ± 16,0	25.493	16,1 ± 17,6	271.245
Median Überlebende	10		11	
Nur verstorbene Patienten	7,6 ± 14,6	3.452	7,4 ± 12,7	32.591
Median Verstorbene	3		3	
Liegedauer bei Verlegung in die Reha	26,4 ± 20,1	3.781	28,8 ± 22,0	48.302
bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus	10,4 ± 15,0	4.303	10,2 ± 14,7	47.306
bei Entlassung nach Hause	12,6 ± 13,4	16.577	13,8 ± 14,5	165.986
Behandlungskosten *** (ohne früh weiterverlegte Patienten)	€	n	€	n
Durchschnittliche Kosten in € pro Patient				
... alle Patienten	22.052	9.316	22.439	117.348
... nur verstorbene Patienten	13.139	2.351	12.609	24.969
... nur überlebende Patienten	25.061	6.965	25.096	92.379
... nur Patienten mit ISS ≥ 16	24.222	7.225	25.342	87.425
Summe aller Kosten	205.440.279 €		2.633.189.523 €	
Summe aller Behandlungstage	187.980 Tage		2.455.829 Tage	
Durchschnittskosten pro Behandlungstag pro Patient	1.093 €		1.072 €	

* ITS = Intensivtherapie-Station; MW = Mittelwert; SA = Standardabweichung

** im reduzierten QM-Datensatz nicht verfügbar

*** **Behandlungskosten**: Die Kostenschätzung beruht auf einem Vergleich von 1.002 deutschen Patienten der Jahre 2007/08 mit den realen Kosten dieser Fälle (Lefering et al., Unfallchirurg, 2017). Bei einer Kostensteigerung von 2 % pro Jahr wären die Kosten heute um 25 % höher.

8 Subgruppen-Analysen

In diesem Kapitel werden bestimmte Subgruppen betrachtet. Dazu gehören neben Daten der Patienten und der Versorgung insbesondere auch das Outcome (Sterblichkeit im Krankenhaus) sowie die zugehörige Prognose in den Untergruppen. Um in den Untergruppen hinreichend viele Fälle zu haben, werden **die letzten drei Jahre** (2018-2020) hier zusammen betrachtet. Auch hier beziehen sich alle Ergebnisse auf das **Basiskollektiv**.

8.1 Basisdaten zu den Subgruppen innerhalb des TR-DGU

Die Angaben in Tabelle 10 basieren nur auf **primär aufgenommenen und versorgten** Patienten im Basiskollektiv. Zuverlegte und früh weiterverlegte Patienten sind nicht eingeschlossen. Aus dem TR-DGU sind dies **78.573 Patienten** aus den letzten drei Jahren.

Tabelle 10: Basisdaten aus dem TR-DGU zu ausgewählten Subgruppen. Die prozentuale Häufigkeit bezieht sich auf die Fallzahl im Basiskollektiv der jeweiligen Subgruppe

		Primäre Patienten 2018-2020	Subgruppen					
			Ohne SHT	Kombi-Trauma	Isoliertes SHT	Schock	Lebensg. verletzt	Ältere
Definition der Subgruppen		Alle	AIS Kopf ≤ 1	AIS-Kopf und -Körper je ≥ 2	AIS Kopf ≥ 3 und AIS sonst ≤ 1	RR syst. bei Aufnahme ≤ 90 mmHg	ISS ≥ 16 und mind. 1 phys. Problem*	Alter ab 70 Jahre
Fallzahl im Basiskollektiv	n	78.573	40.026	28.678	9.869	5.360	23.982	21.765
	%	100 %	50,9 %	36,5 %	12,6 %	6,8 %	30,5 %	27,7 %
Patienten								
Alter [Jahre]	MW	53,2	50,4	54,3	61,7	52,5	62,1	80,5
Geschlecht männlich	%	69,6 %	71,2 %	69,3 %	64,0 %	69,9 %	66,5 %	56,1 %
ASA 3-4	%	18,9 %	14,6 %	20,1 %	33,4 %	22,9 %	31,8 %	47,7 %
Verletzungen								
ISS [Punkte]	MW	18,0	14,4	22,9	18,3	29,9	28,5	18,7
Kopfverletzung (AIS ≥ 3)	%	33,5 %		57,3 %	100,0 %	47,0 %	63,9 %	45,0 %
Thoraxtrauma (AIS ≥ 3)	%	38,7 %	45,1 %	43,0 %		55,7 %	51,7 %	35,9 %
Abdominaltrauma (AIS ≥ 3)	%	9,5 %	13,1 %	7,6 %		23,5 %	13,8 %	5,0 %
Präklinik								
Dauer von Unfall bis Klinik [min]	MW	66	64	67	68	71	71	67
Intubation	%	18,9 %	9,3 %	28,5 %	29,4 %	55,4 %	42,6 %	17,9 %
Volumen [ml]	MW	625,3	627,3	662,5	504,8	970,1	751,7	533,5
Schockraum								
Bluttransfusion	%	7,1 %	6,7 %	9,0 %	3,0 %	36,7 %	17,2 %	5,9 %
Ganzkörper-CT	%	78,9 %	80,4 %	83,9 %	58,0 %	80,2 %	80,4 %	71,2 %
Herzmassage	%	2,5 %	2,1 %	3,2 %	1,8 %	15,2 %	6,5 %	2,7 %
Physiologische Probleme *								
Alter ≥ 70 Jahre	%	27,7 %	21,3 %	30,0 %	47,2 %	28,1 %	51,6 %	100,0 %
Schock (RR ≤ 90 mmHg)	%	11,5 %	10,1 %	14,1 %	9,3 %	100,0 %	29,1 %	11,2 %
Azidose (BE < -6)	%	12,0 %	9,6 %	15,1 %	12,1 %	43,4 %	28,8 %	11,7 %
Koagulopathie	%	11,2 %	8,4 %	13,9 %	14,7 %	34,8 %	26,3 %	19,6 %
Bewusstlosigkeit (GCS ≤ 8)	%	16,2 %	4,4 %	25,9 %	35,9 %	46,1 %	44,1 %	18,8 %

* entspricht der Definition für lebensg. verletzte Patienten von Paffrath et al. (2014); phys. Probleme wurden analog zur Berlin-Definition eines Polytraumas von Pape et al. (2014) bestimmt.

Tabelle 10 Fortsetzung:

		Primäre Patienten 2018-2020	Subgruppen					
			Ohne SHT	Kombi-Trauma	Isoliertes SHT	Schock	Lebensg. verletzt	Ältere
Liegedauer								
Patienten mit Intensivtherapie	n	69.809	34.264	26.663	8.882	4.562	21.587	19.070
- Intubation auf Intensivstation [Tage]	MW	7,2	5,7	8,4	6,5	8,6	8,5	7,0
- Intensivstation [Tage]	MW	6,1	4,7	7,7	6,4	11,7	10,5	6,3
Krankenhaus, alle Patienten [Tage]	MW	14,8	14,7	15,8	12,2	19,2	18,5	14,4
Letalität und Prognose (ohne Patienten mit therapiebegrenzendem Patientenwillen, die innerhalb der ersten Woche verstorben sind)								
Anzahl Todesfälle	n	6.870	1.685	3.362	1.823	1.638	5.694	3.604
Letalität	%	9,0 %	4,2 %	12,2 %	20,8 %	33,3 %	26,2 %	18,2 %
Mortalitätsprognose (RISC II)	%	9,1 %	4,1 %	12,9 %	19,8 %	36,0 %	26,5 %	17,9 %

8.2 Grafischer Vergleich der Liegedauer zwischen den Subgruppen

Die folgenden Abbildungen dienen der grafischen Verdeutlichung von Abweichungen zwischen den verschiedenen Subgruppen bezüglich der Liegezeit. Wie in Kapitel 6 sind die einzelnen Kliniken aus dem TR-DGU als **hellblaue Kreise** dargestellt. Die waagerechten grauen Linien entsprechen dem mittleren Wert über alle Klinikwerte einer Gruppe.

Abbildung 26 gibt die **Liegedauer auf der Intensivstation** in Tagen innerhalb der Subgruppen, wie definiert in Tabelle 10, für die primär ausbehandelten Patienten vom TR-DGU im Basiskollektiv aus den Jahren 2018-2020 an.

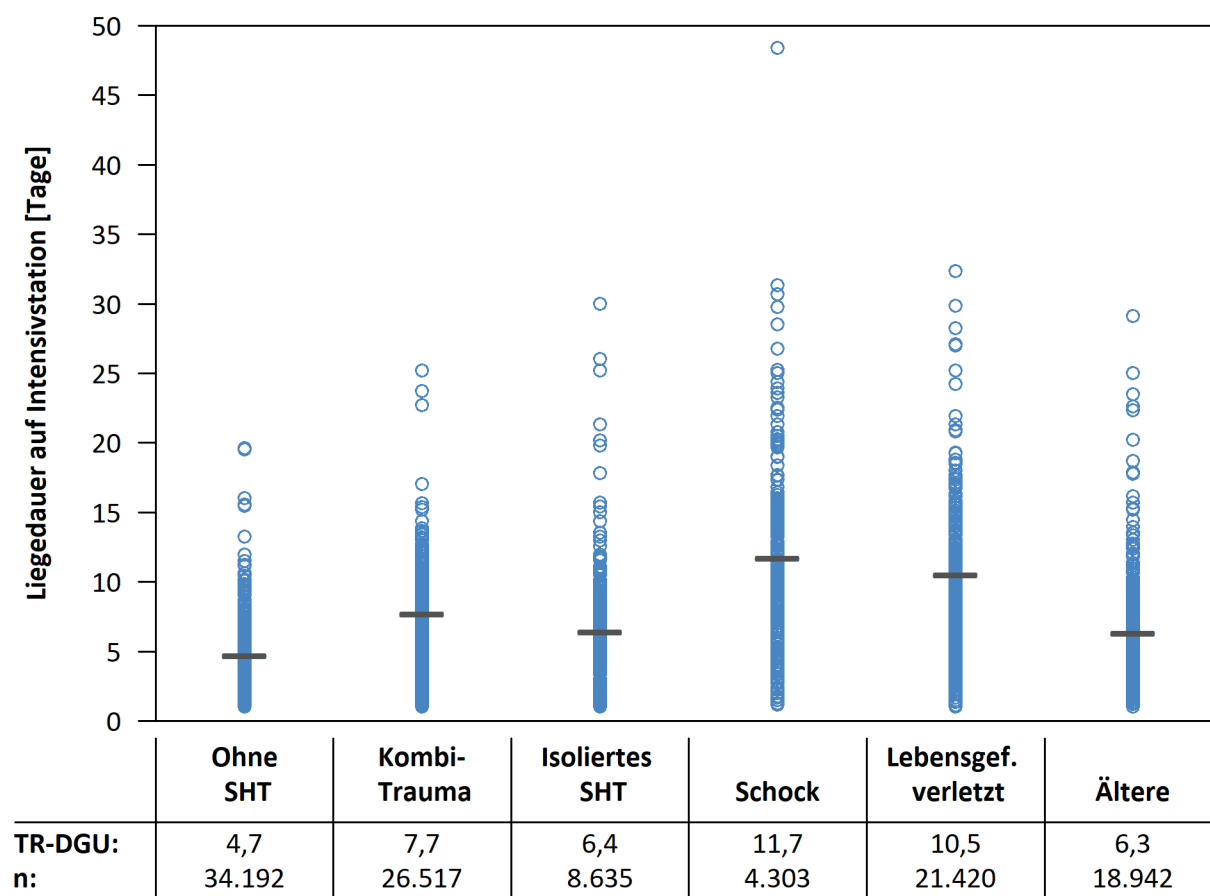


Abbildung 26: Liegedauer auf Intensivstation [Tage] und Patientenzahlen getrennt nach Subgruppen, Definition siehe Tab. 10, Patienten 2018-2020, — TR-DGU, ○ einzelner Klinikwert

Abbildung 27 stellt die **gesamte Aufenthaltsdauer im Krankenhaus** in Tagen innerhalb der Subgruppen, wie definiert in Tabelle 10, für alle primär ausbehandelten Patienten aus dem TR-DGU im Basiskollektiv aus den Jahren 2018-2020 dar.

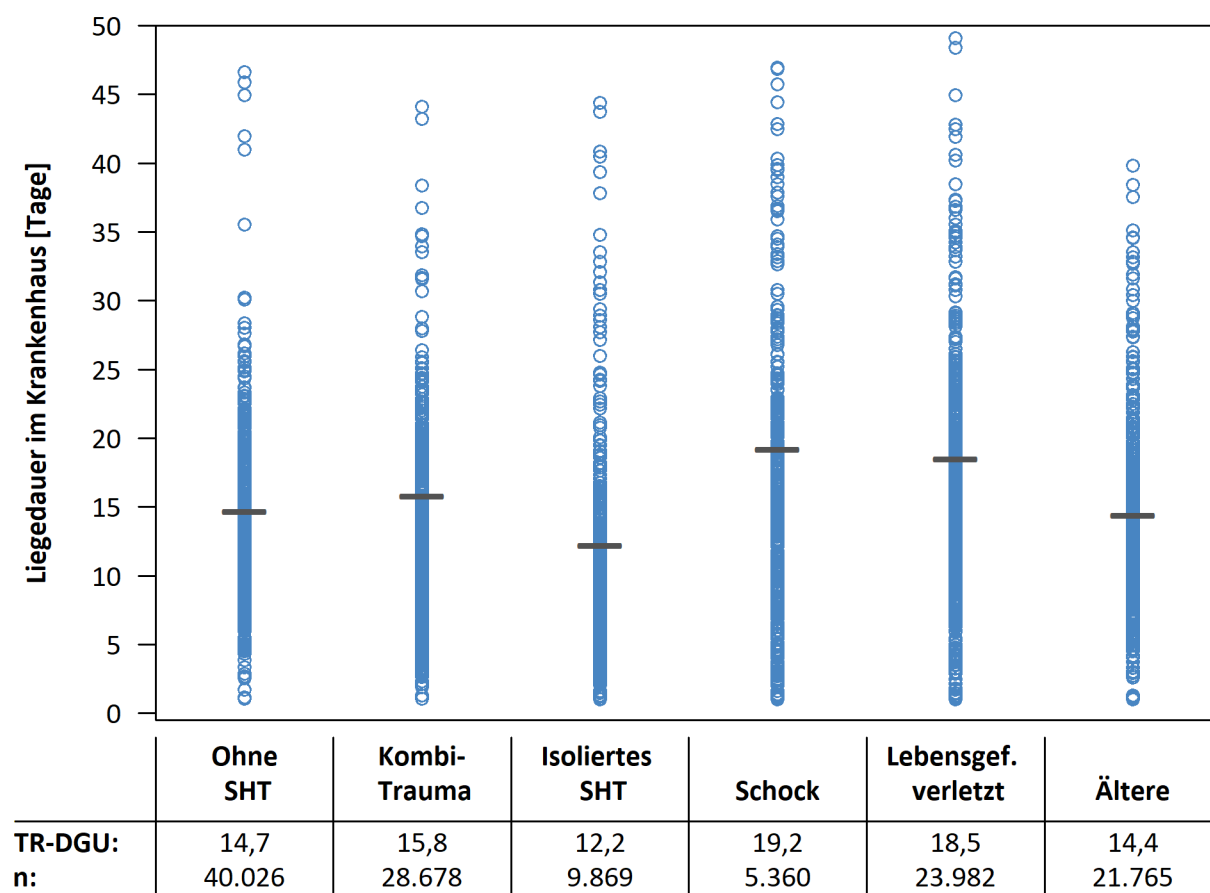


Abbildung 27: Liegedauer [Tage] und Patientenzahlen im Krankenhaus getrennt nach Subgruppen, Definition siehe Tab. 10, Patienten 2018-2020, — TR-DGU, ○ einzelner Klinikwert

9 Dokumentationsqualität und Vollständigkeit

9.1 Vollständigkeit ausgewählter Merkmale

Register und Qualitätsberichte können nur so gut sein wie die in ihnen erhaltenen Daten. Wenn von vielen Patienten wichtige Informationen fehlen, werden die Auswertungen ungenau, nicht möglich oder sogar falsch. Nachfolgend sind für eine Reihe ausgesuchter Variablen **die Vollständigkeit („ % “)** der Daten sowie **die Anzahl der Fälle mit fehlenden Angaben („ { } “)** gelistet. Insbesondere werden prognostisch relevante Variablen berücksichtigt, die in die Berechnung des RISC II einfließen.

Wie auf den Seiten zuvor werden nur Patienten aus dem **Basiskollektiv** betrachtet. Zum Vergleich werden die Daten im **aktuellen Jahr 2020** mit den vorherigen Jahren (**ab 2011**) aus dem **TR-DGU** angegeben. Dabei werden unplausible Angaben als fehlend gewertet.

Tabelle 11: Bewertungskriterien für Datenqualität im TR-DGU

Kodierung	Bewertung	Datenvollständigkeit allgemein	Datenvollständigkeit basierend auf der OP-Rate
■	Gut	> 95 %	≥ 70 %
■	Annehmbar	90 %-95 %	50 %-69 %
■	Nicht akzeptabel	< 90 %	< 50 %

Tabelle 12: Vollständigkeitsraten [%], Anzahl fehlender Werte {} für ausgewählte Parameter sowie Zeit bis zur Falldokumentation im TR-DGU [Monate]

Variable	Bedeutung	TR-DGU 2020	TR-DGU 2011-2019
Präklinische Daten (A)		% {}	% {}
Nur primär versorgte Patienten, die nicht privat / selbst eingeliefert wurden		n = 26.108	n = 244.557
GCS	Der RISC II benötigt die motorische Komponente; auch Q-Indikatoren verwenden GCS zur Patienten-Definition	93 %  1.767	94 %  15.508
Blutdruck	Der präklinische Blutdruck ist wichtig für die Validierung der Volumengabe und zur Schock-Definition	87 %  3.333	88 %  28.517
Pupillenreaktion *	Pupillenweite und Lichtreaktion sind prognostisch relevant (RISC II)	92 %  2.169	68 %  78.928
Herzmassage	Kreislaufstillstand mit Herzmassage ist selten, aber hoch prädiktiv; daher im RISC II enthalten	87 %  3.360	92 %  18.981
Schockraum- / OP-Phase (B)			
Nur primär versorgte Patienten		n = 26.685	n = 249.469
Uhrzeit Aufnahme	Notwendig zur Berechnung der Diagnostik-Zeitspannen (Q-Indikatoren)	100 %  46	99 %  2.402
Blutdruck	Im RISC II wird der Blutdruck bei Aufnahme als Prädiktor und zur Schock-Definition verwendet	93 %  1.756	93 %  17.918
Base Excess	Der initiale Base Excess ist Teil des RISC II und ein wichtiger Prognosefaktor	81 %  4.985	74 %  63.616
Gerinnung	INR (oder Quick) ist Teil der RISC II-Prognose; Definition Koagulopathie	94 %  1.618	92 %  20.664
Hb-Wert	Prognosefaktor; geht in die RISC II-Prognose ein	97 %  727	95 %  11.567
Patient und Outcome			
Alle Patienten aus dem Basis-Kollektiv		n = 28.947	n = 274.929
ASA	Vorerkrankungen sind prognostisch relevant (RISC II)	94 %  1.667	88 %  32.060
OP-Rate *	Eine niedrige OP-Rate kann auf einer unvollständige Dokumentation beruhen	62 %  11.032	46 %  147.656
Outcome	Die Stufen entsprechend GOS beschreiben den Zustand des Patienten bei Entlassung oder Verlegung	98 %  503	95 %  12.795
Prozessdaten - Zeitspanne bis Dokumentation			
Alle Patienten aus dem Basiskollektiv		n = 28.947	n = 274.929
Zeitspanne Unfall-Fallanlage im TR-DGU**	Eine zeitnahe Erfassung der Patienten erhöht die Datenqualität eines Falles im TR-DGU, daher wird hier die Zeitspanne vom Unfall bis zum Anlegen des Falles angegeben	4,0 Monate	4,4 Monate
Zeitspanne Entlassung-Fallabschluss im TR-DGU**	Dauer von der Entlassung eines Patienten bis zum Abschluss der Dokumentation im Register	5,2 Monate	5,5 Monate

* seit der Datensatz-Revision 2015 wird der Parameter auch im QM-Bogen erfasst

** Bei in das TR-DGU importierten Daten nicht zu interpretieren, da nur das Importdatum erfasst wird, nicht aber das Datum von Anlage und Abschluss des Falles

9.2 Datenqualität im Klinik-Vergleich

Eine detaillierte Angabe der Vollständigkeit einzelner Variablen ist in Kapitel 9.1 dargestellt. Um die Datenqualität vergleichend mit anderen Kliniken veranschaulichen zu können, wird hier ein zusammenfassender **Qualitätsscore** gebildet.

Hierfür wird die Dokumentationsqualität der folgenden zehn Merkmale betrachtet:

Präklinische Phase: GCS, Blutdruck, Herzmassage

Schockraum-Phase: Uhrzeit der Aufnahme, Blutdruck, Base Excess, Gerinnung (Quick/INR), Hb-Wert

Patient: Vorerkrankung gemäß ASA, Outcome (entsprechend dem Parameter Outcome).

Alle diese Merkmale sind im Standard- und im QM-Bogen enthalten.

Von allen **primär versorgten Patienten im Basiskollektiv** wird die Anzahl der fehlenden Daten summiert. Daraus wird die durchschnittliche Vollständigkeitsrate berechnet.

Tabelle 13: Vollständigkeit der Daten im TR-DGU aus 2020 im Zeitvergleich

Datenqualität: Vollständigkeit	TR-DGU 2020	TR-DGU 2011-2019
Primär versorgte Patienten im Basiskollektiv	n = 26.685	n = 249.469
Summe aller eingetragener Werte	n = 266.850	n = 2.494.690
Summe der fehlenden Werte	{ } 20.889	{ } 229.129
Durchschnittliche Vollständigkeitsrate (%) basierend auf den zehn oben genannten Merkmalen	92,2 %	90,8 %

9.2.1 Grafischer Vergleich der Kliniken im TR-DGU

Die durchschnittliche Vollständigkeit aller 681 Kliniken für das **Jahr 2020** ist in der Abbildung 28 zusammengefasst. Die Darstellung folgt den Regeln eines Box-Plots: Innerhalb der **hellblauen Box** von 86,6 % bis 96,0 % liegen die Hälfte aller Klinikwerte, die senkrechte schwarze Linie innerhalb der Box stellt die mediane durchschnittl. Vollständigkeit 92,5 % dar.

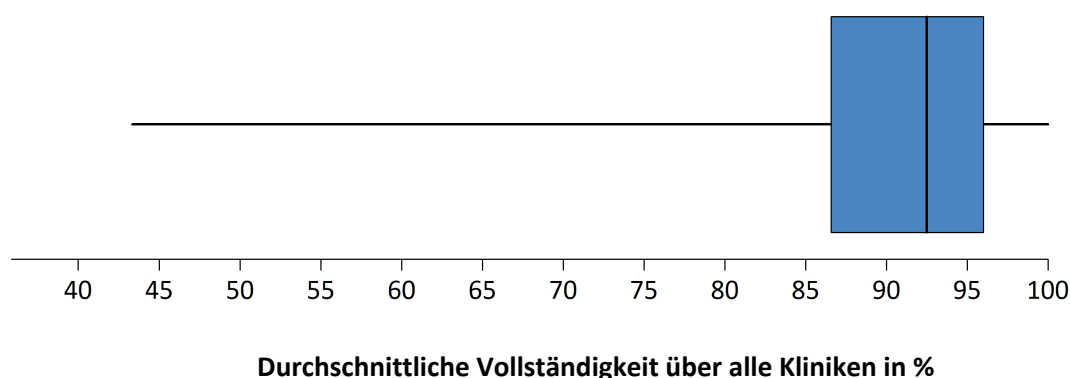


Abbildung 28: Verteilung der Vollständigkeitsrate der Daten aus 2020 über alle Kliniken

9.2.2 Zeitliche Entwicklung

Abbildung 29 zeigt die Entwicklung der Datenvollständigkeit in den letzten 10 Jahren seit 2011. Dabei sind separate Linien für die unterschiedliche Art der Dokumentation (Standard-/QM-Bogen) angegeben. Wie zu sehen ist, ist die Datenvollständigkeit seit 2012 im QM-Bogen geringfügig angestiegen. Die Datenvollständigkeit beim Standardbogen hat sich seit 2013 der Linie des QM-Bogens angenähert, so dass in 2020 die Vollständigkeit der Daten bei beiden Bögen gleich hoch und deutlich über 90 % ist.

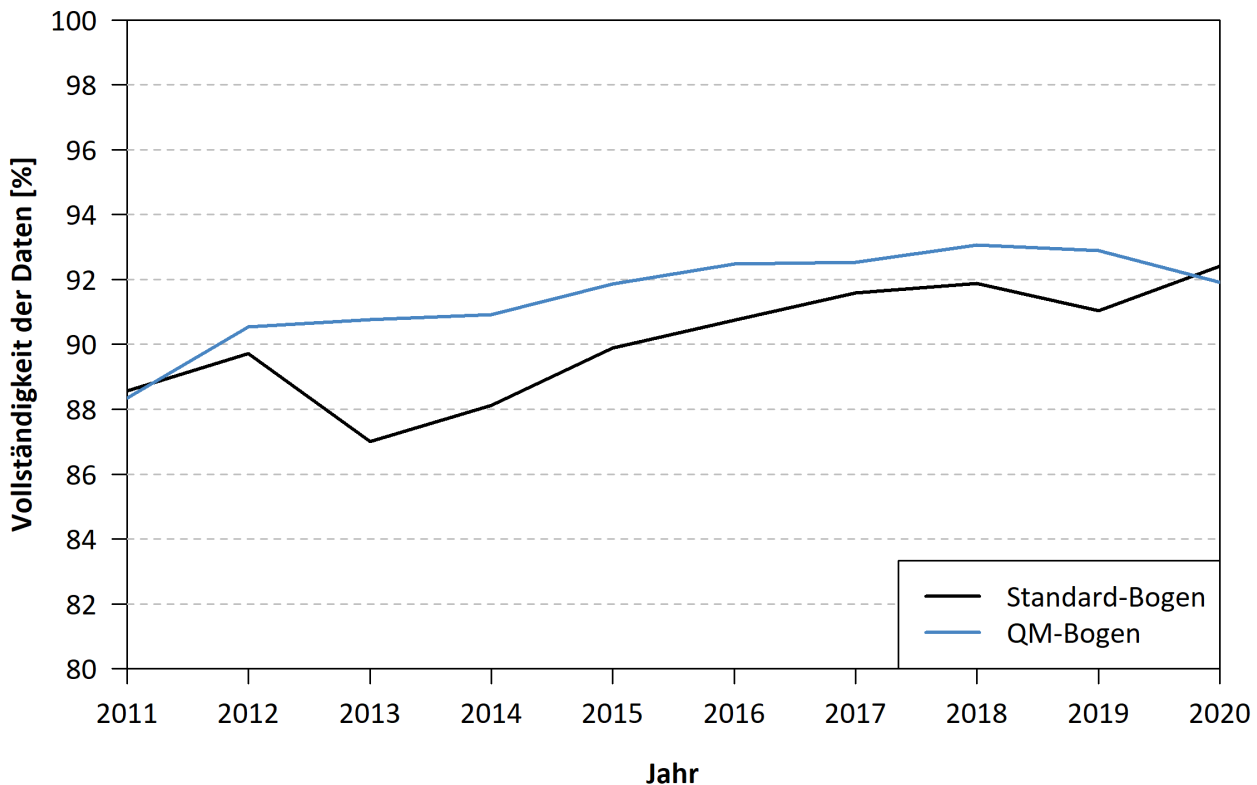


Abbildung 29: Zeitliche Entwicklung der Dokumentationsqualität: Vollständigkeitsrate im TR-DGU 2011 - 2020

10 Verletzungsmuster

In Tabelle 14 wird das durchschnittliche Verletzungsmuster der Patienten aus dem TraumaRegister DGU® angegeben. Es sind nur Patienten aus dem **Basiskollektiv** berücksichtigt. Zur Verringerung der statistischen Unsicherheit werden die Patienten der letzten **drei Jahre (2018-2020)** zusammen betrachtet. Dargestellt sind die neun Körperregionen gemäß der **Abbreviated Injury Scale (AIS)** und zwar alle Verletzungen mit einem **Schweregrad von mindestens 2 Punkten** (dass heißt auch Radiusfrakturen, einfache Wirbelfrakturen, etc.).

Die Abbildung 30 zeigt farblich die Verteilung der Verletzungen auf die Körperregionen, die 2020 im TR-DGU dokumentierte wurden.

Tabelle 14: Verteilung der Verletzungen aller erfassten Patientenfälle (Basiskollektiv) über die Jahre 2018-2020

	TR-DGU 2018-2020
Patienten aus dem Basiskollektiv	100 % (N = 92.484)
Kopf	45,9 % (n = 42.440)
Gesicht	10,8 % (n = 9.967)
Hals	1,6 % (n = 1.514)
Thorax	45,4 % (n = 42.004)
Abdomen	14,1 % (n = 13.075)
Wirbelsäule	29,6 % (n = 27.366)
Arme	29,2 % (n = 26.967)
Becken	15,2 % (n = 14.082)
Beine	23,2 % (n = 21.407)

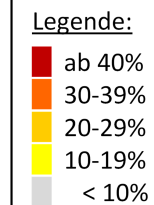
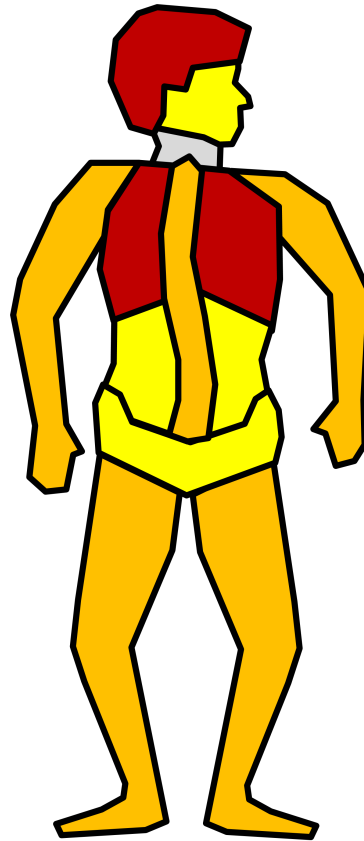


Abbildung 30: Verletzungsmuster im TR-DGU für das Basiskollektiv aus 2020

Relevante Verletzungen (AIS 3+)

Ab einem AIS-Schweregrad von 3 Punkten spricht man von „relevanten“ Verletzungen (*serious injuries*). Für die vier wichtigsten Körperregionen (Kopf, Thorax, Abdomen und Extremitäten) sind in Tabelle 15 die Prävalenzen dargestellt. Die Körperregionen sind hier nach dem **Injury Severity Score** definiert, das heißt Verletzungen der Wirbelsäule sind den entsprechenden Regionen Kopf, Thorax oder Abdomen zugeordnet.

Anders als in Tabelle 14 werden hier nur Patienten mit mindestens einer relevanten Verletzung betrachtet (MAIS ≥ 3 , siehe Kapitel 1).

Tabelle 15: Anteil relevant verletzter Patienten (AIS ≥ 3) pro Körperregion über die Jahre 2018-2020 (Basiskollektiv)

	TR-DGU 2018-2020
Relevante Verletzungen (AIS ≥ 3)	81,5 % (N = 75.341)
... des Kopfes	44,2 % (n = 33.341)
... des Thorax	46,3 % (n = 34.858)
... des Abdomens	11,9 % (n = 8.941)
... der Extremitäten und/oder des Beckens	28,2 % (n = 21.252)
Patienten, bei denen mehr als eine Körperregion relevant verletzt war	29,3 % (n = 22.094)

11 Allgemeine Daten

11.1 Fallzahlen

Ergebnisse aktueller Auswertungen aus dem TraumaRegister DGU®, die von allgemeinem Interesse sind, werden hier für das Gesamtregister dargestellt. Eine Spezifizierung nach einzelnen Kliniken erfolgt nicht.

Kliniken

Im Jahr 2020 wurden Daten von 36.222 Patienten aus 689 Kliniken erhoben, die Fälle im TraumaRegister DGU® dokumentiert haben. Das **Basiskollektiv**, das dieser Auswertung zugrunde lag, umfasste **28.947 Patienten** aus 681 Kliniken (zur Definition siehe Kapitel 1).

Im Basiskollektiv hatten 629 Kliniken Patienten mit einem $\text{ISS} \geq 16$ dokumentiert. Insgesamt handelte es sich hierbei um 15.743 Patienten. In Abbildung 31 ist die Verteilung der Anzahl an $\text{ISS} \geq 16$ Patienten pro Klinik abgebildet.

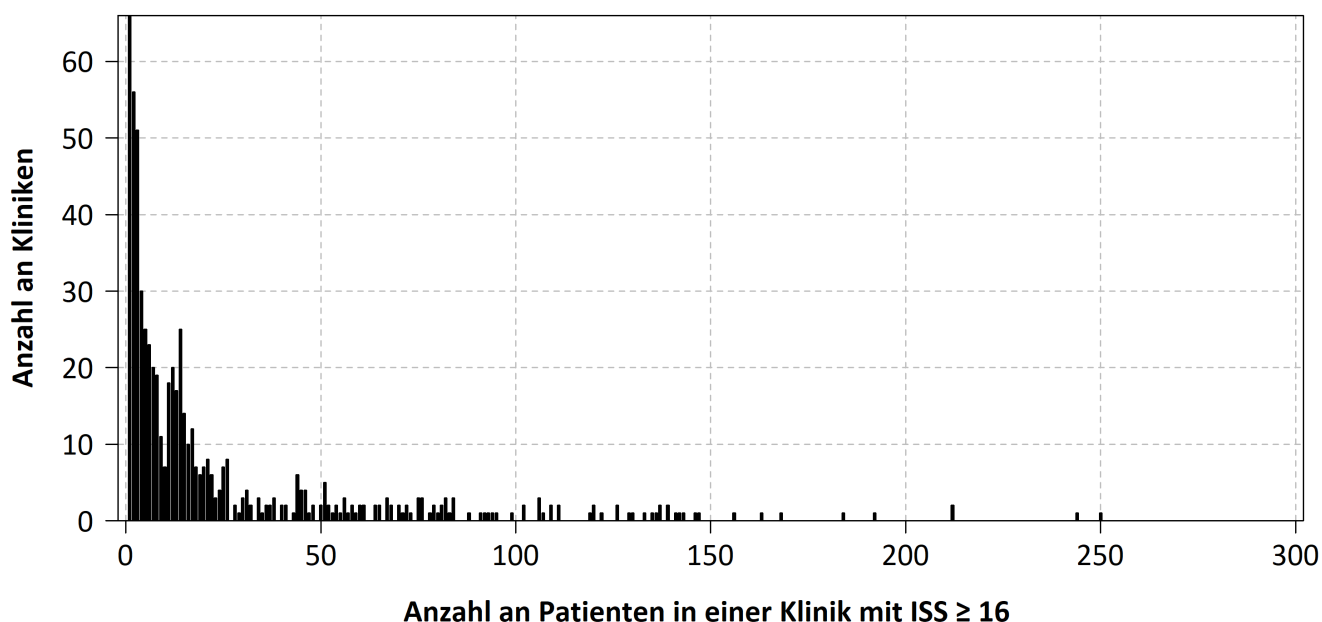


Abbildung 31: Häufigkeitsverteilung der $\text{ISS} \geq 16$ Patientenfallzahlen in einer Klinik für das TR-DGU 2020

Patienten

Abbildung 32 gibt die jährlichen Patientenzahlen ab 2002 im Zeitverlauf wieder. In 2020 erfüllten 7.275 erfasste Patienten nicht die Kriterien des Basiskollektivs und waren per TR-DGU-Definition nicht schwerverletzt. Von den deutschen Patienten im Basiskollektiv wurden 2020 insgesamt 48,1 % der Patienten mit dem Standardbogen (S) erfasst.

Unter den **681 Kliniken** mit Patienten im Basiskollektiv stammen 60 Kliniken aus dem Ausland (8,8 %) und zwar aus Belgien, Finnland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweiz, Slowenien und den Vereinigten Arabischen Emiraten. Aus Deutschland haben im letzten Jahr 621 Kliniken Patienten im Basiskollektiv eingegeben.

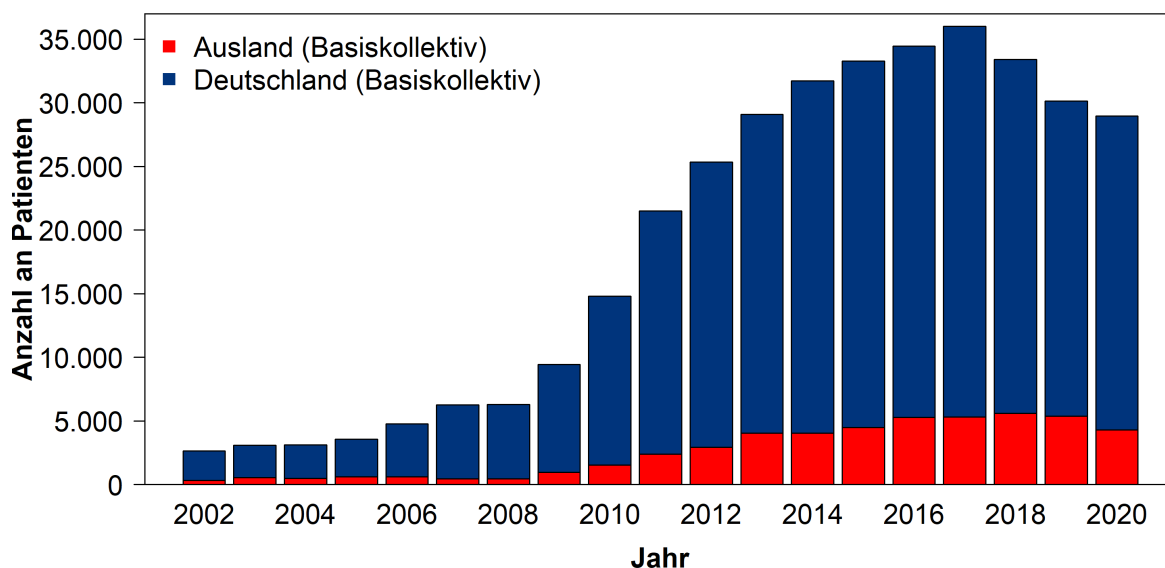


Abbildung 32: Fallzahlen im TR-DGU 2002-2020

11.2 COVID-19

Mit der Liveschaltung des neuen Datensatzes (V2020) im Juli 2020 wurde auch eine Abfrage nach der Durchführung eines COVID-19-Test im Schockraum eingeführt. Während die Zahlen zu den anderen neu eingeführten Variablen des neuen Datensatzes erst im Jahresbericht 2022 erstmalig berichtet werden (vollständiges Datenjahr) soll hier ein erster Eindruck der COVID-Zahlen ermöglicht werden.

In der untenstehenden Tabelle wird die Anzahl der durchgeführten COVID-19-Test angegeben. Beim Testergebnis wird zudem die Rate der als Verstorben dokumentierten Patienten mit angegeben. Dargestellt sind die Fälle, die ab Juli 2020 neu im Register angelegt wurden.

Tabelle 16: Anzahl an Patienten mit durchgeführtem COVID-19 Test unterteilt nach Testergebnis und Outcome (Erfasste Fälle mit dem Datensatz V2020 ab Juli 2020)

	2020
Anteil Patienten aus der Basiskollektiv mit durchgeführtem COVID-19 Test	11.986 / 28.947 (41 %)
Testergebnis positiv	115 (1 %)
.... davon verstorben	27 (23 %)
Testergebnis negativ	11.797 (98 %)
.... davon verstorben	1.261 (11 %)
Testergebnis unbekannt	94 (1 %)
.... davon verstorben	13 (18 %)

11.3 Patienten mit therapielimitierendem Patientenwillen

Um bei der Erfassung der Behandlungsqualität Patienten besser zu berücksichtigen, die sich gegen weitere lebenserhaltende Therapien entschieden haben, wurde mit der Bogenrevision 2015 als neues Feld der "therapiebegrenzende Patientenwille" eingeführt. Allerdings ohne die Beschränkung, dass dieses Feld nur bei Verstorbenen auszufüllen ist. Mit der neuen Bogenrevision 2020 wird diese Einschränkung nun hinzugefügt. Daher wurden in diesem Bericht für die Vergleiche zwischen der tatsächlichen Letalität und der Mortalitätsprognose die entsprechenden Kapitel angepasst und Patienten mit einem therapielimitierendem Patientenwillen, die innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme verstorben sind, bei den Analysen nicht berücksichtigt. Somit war eine bessere Abschätzung der Behandlungsqualität der einzelnen Kliniken möglich.

In den beiden folgenden Tabellen wird dieses besondere Kollektiv genauer analysiert. In Tabelle 17 sind die Verstorbenen aus dem Basiskollektiv getrennt nach „therapielimitierender Patientenwille“ vorhanden oder nicht dargestellt.

Tabelle 17: Anzahl an verstorbenen Patienten mit dokumentiertem therapielimitierendem Patientenwillen für die Jahre 2016-2020

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Anzahl an Verstorbenen	3.610	3.711	3.628	3.361	3.452
Anzahl an Verstorbenen ohne therapielimitierendem Patientenwillen	1.754	1.751	1.674	1.046	1.027
Anzahl an Verstorbenen mit therapielimitierendem Patientenwillen	1.140	1.239	1.322	1.141	1.973
...davon innerhalb der ersten 7 Tage verstorben	707	759	812	732	1.309
Anteil der Verstorbenen mit therapielimitierendem Patientenwillen	39 %	41 %	44 %	52 %	66 %

Die im TraumaRegister DGU® erfassten Verstorbenen der vergangenen 5 Jahre waren im Mittel 65 Jahre alt. Die Verstorbenen mit einem therapielimitierendem Patientenwillen in diesem Betrachtungszeitraum waren im Schnitt 77 Jahre alt und damit ca. 15 Jahre älter als die Verstorbenen ohne therapielimitierendem Patientenwillen (Tab. 18).

Tabelle 18: Mittleres Alter der Verstorbenen, getrennt nach dem Vorhandensein eines therapielimitierendem Patientenwillens über die Jahre 2015-2019

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Mittleres Alter der Verstorbenen [Jahre]	66,0	66,7	67,7	67,4	68,3
Mittleres Alter der Verstorbenen mit therapielimitierendem Patientenwillen [Jahre]	76,8	77,5	76,9	76,5	74,2
Mittleres Alter der Verstorbenen ohne therapielimitierendem Patientenwillen [Jahre]	60,0	60,6	61,2	59,7	58,5

12 Publikationen aus dem TraumaRegister DGU®

Eine ausführliche Liste von Publikationen aus dem TraumaRegister DGU® ab 1997 ist unter www.traumaregister-dgu.de verfügbar.

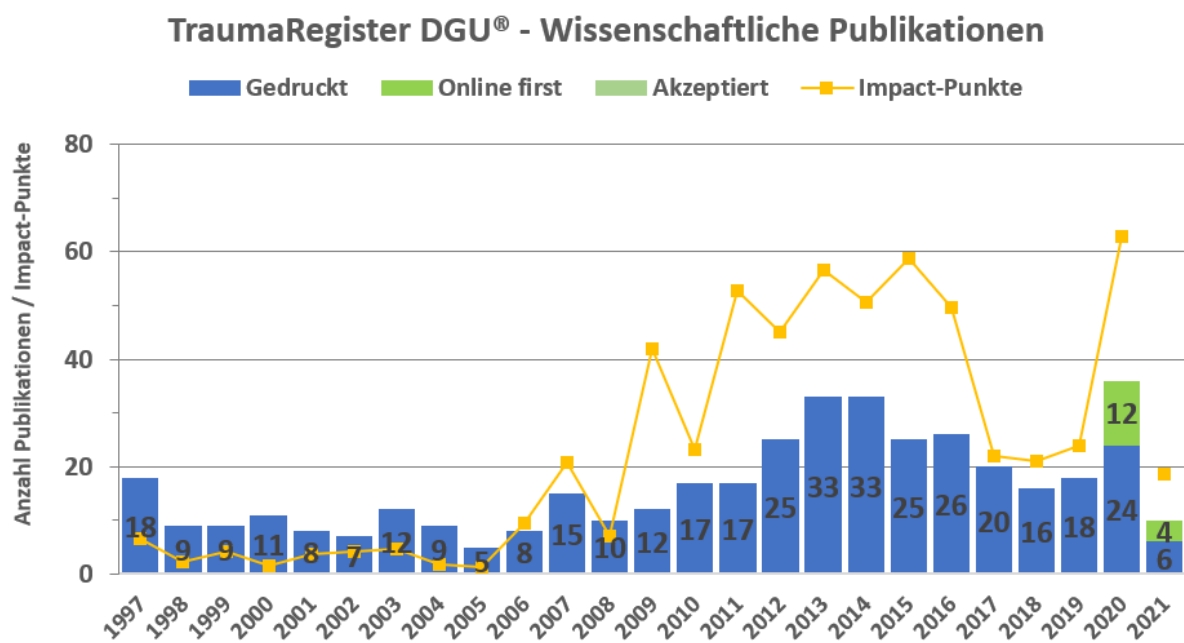


Abbildung 33: Anzahl der Publikationen (Säulen) aus dem TraumaRegister DGU® sowie die Summe der Impact-Punkte seit 1997 (Stand 6/21)

12.1 Zahlen aus dem Reviewboard von 2020

Das für das Reviewboard zuständige Koordinationsboard (kurz KoBo genannt) kommt in Abständen von vier bis sechs Wochen zusammen, um eingehende Anträge zu sichten und dem Reviewverfahren zuzuführen. Dazu kommen in Revision befindliche Anträge und Manuskripte, die von den Reviewern unterschiedlich bewertet wurden.

Die KoBo setzt sich zusammen aus vier ärztlichen Mitgliedern der Sektion NIS (quartalsweise Rotation), Prof. Rolf Lefering (Statistik) sowie Dr. Christine Höfer (für den Registerbetreiber) und Ulrike Nienaber (wissenschaftl. Mitarbeiterin). Die Dokumentation der Anträge und der Schriftverkehr mit den Autoren und Reviewern liegt in den Händen von Ulrike Isserstedt (AUC).

Tabelle 19: Zahlen aus dem Reviewboard 2020

	2020
Anzahl neu eingegangene Anträge	65
Anzahl besprechender Anträge in der KoBo (inkl. Revisionen)	88
Anzahl gereviewter Anträge durch die Reviewer (inkl. Revisionen)	35
Anzahl gereviewter Manuskripte	37
Anzahl zur Publikation freigegebener Manuskripte	25
Anzahl beteiligter Reviewer	65

12.2 Publikationen aus dem TR-DGU 2019 - 07/2021

2021

Bieler D, Kollig E, Hackenberg L, Rathjen JH, Lefering R, Franke A, Committee on Emergency Medicine, Intensive Care and Trauma Management (Sektion NIS) of the German Trauma Society (DGU). Penetrating injuries in Germany - epidemiology, management and outcome an analysis based on the TraumaRegister DGU®. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2021; 29: 80.

Bieler D, Trentzsch H, Franke A, Baacke M, Lefering R, Paffrath T, Becker L, Düsing H, Heindl B, Jensen KO, Oezkurtul O, Schweigkofler U, Sprengel K, Wohlrath B, Waydhas C, Sektion NIS of the German Trauma Society. Evaluation of a standardized instrument for post hoc analysis of trauma-team-activation-criteria in 75,613 injured patients an analysis of the TraumaRegister DGU®. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2021 [Epub ahead of print].

Bläsius FM, Horst K, Brokmann JC, Lefering R, Andruszkow H, Hildebrand F, TraumaRegister DGU. Helicopter Emergency Medical Service and Hospital Treatment Levels Affect Survival in Pediatric Trauma Patients. *J Clin Med*. 2021; 10: 837.

Bläsius FM, Laubach M, Andruszkow H, Lichte P, Pape HC, Lefering R, Horst K, Hildebrand F, Trauma Register DGU®. Strategies for the treatment of femoral fractures in severely injured patients: trends in over two decades from the TraumaRegister DGU®. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2021 [Epub ahead of print].

Hax J, Halvachizadeh S, Jensen KO, Berk T, Teuber H, Di Primio T, Lefering R, Pape HC, Sprengel K, Trauma Register DGU®. Curiosity or Underdiagnosed? Injuries to Thoracolumbar Spine with Concomitant Trauma to Pancreas. *J Clin Med*. 2021; 10: 700.

Kamp O, Jansen O, Lefering R, Aach M, Waydhas C, Dudda M, Schildhauer TA, Hamsen U, Trauma Register DGU®. Survival among patients with severe high cervical spine injuries - a TraumaRegister DGU® database study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2021; 29:1.

Leiblein M, Sturm R, Franz N, Mühlenfeld N, Relja B, Lefering R, Marzi I, Wagner N. The Influence of Alcohol on The Base Excess Parameter in Trauma Patients. *Shock*. 2021 [Epub ahead of print].

Scherer J, Kalbas Y, Ziegenhain F, Neuhaus V, Lefering R, Teuben M, Sprengel K, Pape HC, Jensen KO. The GERTality Score: The Development of a Simple Tool to Help Predict in-Hospital Mortality in Geriatric Trauma Patients. *J Clin Med*. 2021; 10: 1362.

Teuben MPI, Mand C, Moosdorf L, Sprengel K, Shehu A, Pfeifer R, Ruchholtz S, Lefering R, Pape HC, Jensen KO. Simultaneous Casualty Admissions-Do they Affect Treatment in the Receiving Trauma Center? *World J Surg*. 2021 [Epub ahead of print].

Ziegenhain F, Scherer J, Kalbas Y, Neuhaus V, Lefering R, Teuben M, Sprengel K, Pape HC, Jensen KO and the TraumaRegister DGU. Age-Dependent Patient and Trauma Characteristics and Hospital Resource Requirements—Can Improvement Be Made? An Analysis from the German Trauma Registry. *Medicina* 2021; 57: 330.

2020

Bakir MS, Lefering R, Haralambiev L, Kim S, Ekkernkamp A, Gümbel D, Schulz-Drost S. Acromioclavicular and sternoclavicular joint dislocations indicate severe concomitant thoracic and upper extremity injuries in severely injured patients. *Sci Rep*. 2020; 10: 21606.

Bieler D, Hörster A, Lefering R, Franke A, Waydhas C, Huber-Wagner S, Baacke M, Paffrath T, Wnent J, Volland R, Jakisch B, Walcher F, Kulla M. Evaluation of new quality indicators for the TraumaRegister DGU® using the systematic QUALIFY methodology. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2020; 46: 449-460.

Bieler D, Paffrath T, Schmidt A, Völlmecke M, Lefering R, Kulla M, Kollig E, Franke A, Sektion NIS of the German Trauma Society. Why do some trauma patients die while others survive? A matched-pair analysis based on data from Trauma Register DGU®. Chinese Journal of Traumatology 2020 [Epub ahead of print].

Briese T, Theisen C, Schliemann B, Raschke MJ, Lefering R, Weimann A. Shoulder injuries in polytraumatized patients: an analysis of the TraumaRegister DGU®. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 [Epub ahead of print].

Cornero SG, Maegele M, Lefering R, Abbati C, Gupta S, Sammartano F, Cimbanassi S, Chiara O. Predictive Factors for Massive Transfusion in Trauma: A Novel Clinical Score from an Italian Trauma Center and German Trauma Registry. J Clin Med. 2020; 9: 3235.

Czorlich P, Mader MM, Emami P, Westphal M, Lefering R, Hoffmann M. Operative versus non-operative treatment of traumatic brain injuries in patients 80 years of age or older. Neurosurg Rev. 2020; 43: 1305-1314.

Defosse J, Grensemann J, Gerbershagen MU, Paffrath T, Böhmer A, Joppich R, Lefering R, Wappler F, Schieren M; TraumaRegister DGU®. Continuous lateral rotational bed therapy in patients with traumatic lung injury: an analysis from the TraumaRegister DGU®. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2020; 115: 222-227.

Eibinger N, Halvachizadeh S, Hallmann B, Seibert FJ, Puchwein P, Berk T, Lefering R, Sprengel K, Pape HC, Jensen KO, The TraumaRegister DGU. Is the Regular Intake of Anticoagulative Agents an Independent Risk Factor for the Severity of Traumatic Brain Injuries in Geriatric Patients? A Retrospective Analysis of 10,559 Patients from the TraumaRegister DGU®. Brain Sci. 2020; 10: E842.

Fitschen-Oestern S, Lippross S, Lefering R, Klüter T, Behrendt P, Weuster M, Seekamp S, TraumaRegister Dgu. Missed Hand and Forearm Injuries in Multiple Trauma Patients: An Analysis From the TraumaRegister DGU®. Injury. 2020 [Epub ahead of print].

Fochtmann U, Jungbluth P, Zimmermann W, Lefering R, Lendemann S, Hussmann B. Wirbelsäulenverletzungen ohne Neurologie beim Schwerverletzten: Einfluss auf die Verweildauer? Z Orthop Unfall. 2020 [Epub ahead of print].

Fröhlich M, Caspers M, Lefering R, Driessen A, Bouillon B, Maegele M, Wafaisade A; TraumaRegister DGU. Do elderly trauma patients receive the required treatment? Epidemiology and outcome of geriatric trauma patients treated at different levels of trauma care. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020; 46: 1463-1469.

Greve F, Kanz KG, Zyskowski M, von Matthey F, Biberthaler P, Muthers S, Matzarakis A, Lefering R, Huber-Wagner S. The influence of foehn winds on the incidence of severe injuries in southern Bavaria - an analysis of the TraumaRegister DGU®. BMC Musculoskelet Disord 2020 Aug; 21: 568.

Häske D, Lefering R, Stock JP, Kreinest M; TraumaRegister DGU. Epidemiology and predictors of traumatic spine injury in severely injured patients: implications for emergency procedures. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 [Epub ahead of print].

Hager S, Eberbach H, Lefering R, Hammer TO, Kubosch D, Jäger C, Südkamp NP, Bayer J, TraumaRegister DGU®. Possible advantages of early stabilization of spinal fractures in multiply injured patients with leading thoracic trauma - analysis based on the TraumaRegister DGU®. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2020; 28: 42.

Hamsen U, Drotleff N, Lefering R, Gerstmeyer J, Schildhauer TA, Waydhas C; TraumaRegister DGU. Mortality in severely injured patients: nearly one of five non-survivors have been already discharged alive from ICU. BMC Anesthesiol. 2020; 20: 243.

Hörster AC, Kulla M, Bieler D, Lefering R. Empirical evaluation of quality indicators for severely injured patients in the TraumaRegister DGU®. Unfallchirurg. 2020; 123: 206-215.

Huckhagel T, Regelsberger J, Westphal M, Nüchtern J, Lefering R. Damage to the eye and optic nerve in seriously traumatized patients with concomitant head injury: analysis of 84,627 cases from the TraumaRegister DGU® between 2002 and 2015. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2020; 28: 15.

Jensen KO, Teuben MPJ, Lefering R, Halvachizadeh S, Mica L, Simmen HP, Pfeifer R, Pape HC, Sprengel K; TraumaRegister DGU. Pre-hospital trauma care in Switzerland and Germany: do they speak the same language? Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 [Epub ahead of print].

Kamp O, Jansen O, Lefering R, Meindl R, Waydhas C, Schildhauer TA, Hamsen U; TraumaRegister DGU. Cervical Spinal Cord Injury Shows Markedly Lower than Predicted Mortality (>72 Hours After Multiple Trauma) From Sepsis and Multiple Organ Failure. J Intensive Care Med. 2020; 35: 378-382.

Knoepfel A, Roman Pfeifer R, Lefering R, Pape HC, TraumaRegister DGU. The AdHOC (age, head injury, oxygenation, circulation) score: a simple assessment tool for early assessment of severely injured patients with major fractures. Eur J Trauma Emerg Surg [Epub ahead of print].

Lai CY, Maegele M, Yeung JHH, Lefering R, Hung KCK, Chan PSL, Leung M, Wong HT, Wong JKS, Graham CA, Cheng CH, Cheung NK. Major trauma care in Hong Kong and Germany: a trauma registry data benchmark study. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 [Epub ahead of print].

Lefering R, Huber-Wagner S, Bouillon B, Lawrence T, Lecky F, Bouamra O. Cross-validation of two prognostic trauma scores in severely injured patients. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 [Epub ahead of print].

Lustenberger T, Lefering R. Focus on "The German TraumaRegister DGU® (TR-DGU)". Eur J Trauma Emerg Surg. 2020; 46: 447-448.

Mader MM, Lefering R, Westphal M, Maegele M, Czorlich P. Traumatic brain injury with concomitant injury to the spleen: characteristics and mortality of a high-risk trauma cohort from the TraumaRegister DGU®. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 [Epub ahead of print].

Mader MM, Rotermund R, Lefering R, Westphal M, Maegele M, Czorlich P; TraumaRegister DGU. The faster the better? Time to first CT scan after admission in moderate-to-severe traumatic brain injury and its association with mortality. Neurosurg Rev. 2020 [Epub ahead of print].

Nolte PC, Häske D, Lefering R, Bernhard M, Casu S, Frankenhauser S, Gather A, Grützner PA, Münzberg M, TraumaRegister DGU. Training to identify red flags in the acute care of trauma: who are the patients at risk for early death despite a relatively good prognosis? An analysis from the TraumaRegister DGU®. World J Emerg Surg. 2020; 15: 47.

Piekarski F, Kaufmann J, Engelhardt T, Raimann FJ, Lustenberger T, Marzi I, Lefering R, Zacharowski K, Meybohm P, TraumaRegister DGU. Changes in transfusion and fluid therapy practices in severely injured children: an analysis of 5118 children from the TraumaRegister DGU®. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 [Epub ahead of print].

Pietzka S, Kämmerer PW, Pietzka S, Schramm A, Lampl L, Lefering R, Bieler D, Kulla M. Maxillofacial injuries in severely injured patients after road traffic accidents-a retrospective evaluation of the TraumaRegister DGU® 1993-2014. Clin Oral Investig. 2020; 24: 503-513.

Relja B, Huber-Lang M, van Griensven M, Hildebrand F, Maegele M, Nienaber U, Brucker DP, Sturm R, Marzi I. A nationwide fluidics biobank of polytraumatized patients: implemented by the Network "Trauma Research" (NTF) as an expansion to the TraumaRegister DGU® of the German Trauma Society (DGU). Eur J Trauma Emerg Surg. 2020; 46: 499-504.

Schibilsky D, Driessen A, White WJ, Lefering R, Paffrath T, Bouillon B, Walker T, Schlensak C, Mutschler M. Traumatic tracheobronchial injuries: incidence and outcome of 136.389 patients derived from the DGU traumaregister. Sci Rep. 2020; 10: 20555.

Schieren M, Wappler F, Wafaisade A, Lefering R, Sakka SG, Kaufmann J, Heiroth HJ, Defosse J, Böhmer AB. Impact of blunt chest trauma on outcome after traumatic brain injury - a matched-pair analysis of the TraumaRegister DGU®. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2020; 28: 21.

Schulz-Drost S, Mersch D, Gümbel D, Matthes G, Hennig FF, Ekkernkamp A, Lefering R, Krinner S; TraumaRegister DGU. Emergency department thoracotomy of severely injured patients: an analysis of the TraumaRegister DGU®. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020; 46: 473-485.

Spering C, Lefering R, Bouillon B, Lehmann W, von Eckardstein K, Dresing K, Sehmisch S. It is time for a change in the management of elderly severely injured patients! An analysis of 126,015 patients from the TraumaRegister DGU®. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020; 46: 487-497.

Trentzsch H, Osterhoff G, Heller R, Nienaber U, Lazarovici M; AG Digitalisierung; der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Herausforderungen der Digitalisierung in der Traumaversorgung. Unfallchirurg. 2020; 123: 843-848.

Trentzsch H, Weißleder A, Annecke T, Beinkofer D, Beese A, Kulla M, Kraft K, Pecks U, Hoffmann F, Bieler D; Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Entwicklung eines neuen Moduls für das TraumaRegister DGU®: Folgen schwerer Verletzungen während der Schwangerschaft besser erfassen. Unfallchirurg. 2020; 123: 954-960.

Wagner N, Relja B, Lustenberger T, Leiblein M, Wutzler S, Lefering R, Marzi I; TraumaRegister DGU. The influence of alcohol on the outcome of trauma patients: a matched-pair analysis of the TraumaRegister DGU®. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020; 46: 463-472.

Waydhas C, Bieler D, Hamsen U, Baacke M, Lefering R, TraumaRegister DGU. ISS alone, is not sufficient to correctly assign patients post hoc to trauma team requirement. Eur J Trauma Emerg Surg [Epub ahead of print].

Weber CD, Solomon LB, Lefering R, Horst K, Kobbe P, Hildebrand F, Dgu T. Which Risk Factors Predict Knee Ligament Injuries in Severely Injured Patients?-Results from an International Multicenter Analysis. J Clin Med. 2020; 9: pii: E1437.

Weißleder A, Kulla M, Annecke T, Beese A, Lang P, Beinkofer D, Lefering R, Trentzsch H, Jost C, Treffer D; das TraumaRegister DGU® Akutbehandlung schwangerer Patientinnen nach schwerem Trauma – eine retrospektive Multicenteranalyse. Unfallchirurg. 2020; 123: 944-953.

2019

Debus F, Lefering R, Lechler P, Ruchholtz S, Frink M; TraumaRegister DGU®. Early clinical care strategy for severely injured patients with abdominal trauma. Chirurg. 2019 [Epub ahead of print].

Eden L, Kühn A, Gilbert F, Meffert RH, Lefering R. Increased Mortality Among Critically Injured Motorcyclists Over 65 Years of Age. Dtsch Arztebl Int. 2019;116: 479-485.

Emami P, Czorlich P, Fritzsche FS, Westphal M, Rueger JM, Lefering R, Hoffmann M; TraumaRegister DGU® of the German Trauma Society (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie; DGU). Observed versus expected mortality in pediatric patients intubated in the field with Glasgow Coma Scale scores < 9. Eur J Trauma Emerg Surg. 2019; 45: 769-776.

Fitschen-Oestern S, Lippross S, Lefering R, Besch L, Klüter T, Schenzer-Hoffmann E, Seekamp A; TraumaRegister DGU® Missed foot fractures in multiple trauma patients. BMC Musculoskelet Disord 2019; 20(1): 121.

Fröhlich M, Mutschler M, Caspers M, Nienaber U, Jäcker V, Driessen A, Bouillon B, Maegeler M; TraumaRegister DGU. Trauma-induced coagulopathy upon emergency room arrival: still a significant problem despite increased awareness and management? Eur J Trauma Emerg Surg. 2019; 45: 115-124.

Gäßler M, Ruppert M, Lefering R, Bouillon B, Wafaisade A; TraumaRegister DGU®. Pre-hospital emergent intubation in trauma patients: the influence of etomidate on mortality, morbidity and healthcare resource utilization. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2019; 27(1):61.

Gather A, Grützner PA, Münzberg M. Polytrauma in old age-Knowledge from the TraumaRegister DGU®. *Chirurg.* 2019; 90: 791-794.

Heinänen M, Brinck T, Lefering R, Handolin L, Söderlund T. Resource use and clinical outcomes in blunt thoracic injury: a 10-year trauma registry comparison between southern Finland and Germany. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2019; 45: 585-595.

Horst K, Andruszkow H, Weber CD, Pishnamaz M, Knobe M, Bläsius FM, Lichte P, Lefering R, Hildebrand F. Surgical treatment strategies in pediatric trauma patients: ETC vs. DCO-an analysis of 316 pediatric trauma patients from the TraumaRegister DGU®. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2019; 45: 801-808.

Hussmann B, Schoeneberg C, Jungbluth P, Heuer M, Lefering R, Maek T, Hildebrand F, Lendemans S, Pape HC. Enhanced prehospital volume therapy does not lead to improved outcomes in severely injured patients with severe traumatic brain injury. *BMC Emerg Med.* 2019; 9(1): 13.

Klein K, Lefering R, Jungbluth P, Lendemans S, Hussmann B. Is Prehospital Time Important for the Treatment of Severely Injured Patients? A Matched-Triple Analysis of 13,851 Patients from the TraumaRegister DGU®. *BioMed Research International.* 2019; Article ID 5936345, 10 pages.

Rauf R, von Matthey F, Croenlein M, Zyskowski M, van Griensven M, Biberthaler P, Lefering R, Huber-Wagner S; Section NIS of DGU. Changes in the temporal distribution of in-hospital mortality in severely injured patients - An analysis of the TraumaRegister DGU. *PLoS One.* 2019; 14: e0212095.

Schieren M, Böhmer AB, Lefering R, Paffrath T, Wappler F, Defosse J; TraumaRegister DGU. Impact of body mass index on outcomes after thoracic trauma - A matched-triplet analysis of the TraumaRegister DGU®. *Injury.* 2019; 50: 96-100.

Schulz-Drost S, Finkbeiner R, Lefering R, Grosso M, Krinner S, Langenbach A, Dgu TT. Lung Contusion in Polytrauma: An Analysis of the TraumaRegister DGU. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2019 [Epub ahead of print].

Timm A, Maegele M, Wendt K, Lefering R, Wyen H, TraumaRegister DGU. Pre-hospital rescue times and interventions in severe trauma in Germany and the Netherlands: a matched-pairs analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2019; 45: 1059-1067.

Weber CD, Lefering R, Weber MS, Bier G, Knobe M, Pishnamaz M, Kobbe P, Hildebrand F; TraumaRegister DGU. Predictors for Pediatric Blunt Cerebrovascular Injury (BCVI): An International Multicenter Analysis. *World J Surg.* 2019; 43: 2337-2347.

Weber CD, Hildebrand F, Kobbe P, Lefering R, Sellei RM, Pape HC; TraumaRegister DGU. Epidemiology of open tibia fractures in a population-based database: update on current risk factors and clinical implications. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2019; 45: 445-453.

Wilharm A, Kulla M, Baacke M, Wagner F, Behnke M, Lefering R et al. Prähospital Kapnometrie als Qualitätsindikator der Schwerverletztenversorgung. Eine erste Auswertung aus dem TraumaRegister DGU®. *Anästh Intensivmed* 2019; 60: 419–432.

12.3 Abstracts 08/2020 - 07/2021

Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021; 29: 80.

Penetrating injuries in Germany - epidemiology, management and outcome an analysis based on the TraumaRegister DGU®.

Bieler D, Kollig E, Hackenberg L, Rathjen JH, Lefering R, Franke A; Committee on Emergency Medicine, Intensive Care and Trauma Management (Sektion NIS) of the German Trauma Society (DGU)

BACKGROUND: The management of penetrating wounds is a rare challenge for trauma surgeons in Germany and Central Europe as a result of the low incidence of this type of trauma. In Germany, penetrating injuries are reported to occur in 4–5 % of the severely injured patients who are enrolled in the TraumaRegister DGU® (trauma registry of the German Trauma Society). They include gunshot injuries, knife stab injuries, which are far more common, and penetrating injuries of other origin, for example trauma caused by accidents. The objective of this study was to assess the epidemiology and outcome of penetrating injuries in Germany, with a particular focus on the level of care provided by the treating trauma centre to gain more understanding of this trauma mechanism and to anticipate the necessary steps in the initial treatment.

MATERIALS AND METHODS: Since 2009, the TraumaRegister DGU® has been used to assess not only whether a trauma was penetrating but also whether it was caused by gunshot or stabbing. Data were taken from the standard documentation forms that participating German hospitals completed between 2009 and 2018. Excluded were patients with a maximum abbreviated injury scale (MAIS) score of 1 with a view to obtaining a realistic idea of this injury entity, which is rare in Germany.

RESULTS: From 2009 to 2018, there were 1123 patients with gunshot wounds, corresponding to a prevalence rate of 0.5 %, and 4333 patients with stab wounds (1.8 %), which were frequently caused by violent crime. The high proportion of intentionally self-inflicted gunshot wounds to the head resulted in a cumulative mortality rate of 41 % for gunshot injuries. Stab wounds were associated with a lower mortality rate (6.8 %). Every fourth to fifth patient with a gunshot or stab wound presented with haemorrhagic shock, which is a problem that is seen during both the prehospital and the inhospital phase of patient management. Of the patients with penetrating injuries, 18.3 % required transfusions. This percentage was more than two times higher than that of the basic group of patients of the TraumaRegister DGU®, which consists of patients with a MAIS $\geq$ 3 and patients with a MAIS of 2 who died or were treated on the intensive care unit.

CONCLUSIONS: In Germany, gunshot and stab wounds have a low incidence and are mostly caused by violent crime or attempted suicides. Depending on the site of injury, they have a high mortality and are often associated with major haemorrhage. As a result of the low incidence of these types of trauma, further data and analyses are required in order to provide the basis for evaluating the long-term quality of the management of patients with stab or gunshot wounds.

Eur J Trauma Emerg Surg. 2021 doi: 10.1007/s00068-021-01668-2 [Epub ahead of print].

Evaluation of a standardized instrument for post hoc analysis of trauma-team-activation-criteria in 75,613 injured patients an analysis of the TraumaRegister DGU®.

Bieler D, Trentzsch H, Franke A, Baacke M, Lefering R, Paffrath T, Becker L, Düsing H, Heindl B, Jensen KO, Oezkurtul O, Schweigkofler U, Sprengel K, Wohlrath B, Waydhas C; Committee on Emergency Medicine, Intensive Care and Trauma Management (Sektion NIS) of the German Trauma Society (DGU)

INTRODUCTION: To improve the quality of criteria for trauma-team-activation it is necessary to identify patients who benefited from the treatment by a trauma team. Therefore, we evaluated a post hoc criteria catalogue for trauma-team-activation which was developed in a consensus process by an expert group and published recently. The objective was to examine whether the catalogue can identify patients that died after admission to the hospital and therefore can benefit from a specialized trauma team mostly.

MATERIALS AND METHODS: The catalogue was applied to the data of 75,613 patients from the TraumaRegister DGU® between the 01/2007 and 12/2016 with a maximum abbreviated injury score (AIS) severity ≥ 2 . The endpoint was hospital mortality, which was defined as death before discharge from acute care.

RESULTS: The TraumaRegister DGU® dataset contains 18 of the 20 proposed criteria within the catalogue which identified 99.6% of the patients who were admitted to the trauma room following an accident and who died during their hospital stay. Moreover, our analysis showed that at least one criterion was fulfilled in 59,785 cases (79.1%). The average ISS in this group was 21.2 points (SD 9.9). None of the examined criteria applied to 15,828 cases (average ISS 8.6; SD 5). The number of consensus-based criteria correlated with the severity of injury and mortality. Of all deceased patients (8,451), only 31 (0.37%) could not be identified on the basis of the 18 examined criteria. Where only one criterion was fulfilled, mortality was 1.7%; with 2 or more criteria, mortality was at least 4.6%.

DISCUSSION: The consensus-based criteria identified nearly all patients who died as a result of their injuries. If only one criterion was fulfilled, mortality was relatively low. However, it increased to almost 5% if two criteria were fulfilled. Further studies are necessary to analyse and examine the relative weighting of the various criteria. Our instrument is capable to identify severely injured patients with increased in-hospital mortality and injury severity. However, a minimum of two criteria needs to be fulfilled. Based on these findings, we conclude that the criteria list is useful for post hoc analysis of the quality of field triage in patients with severe injury.

J Clin Med. 2021; 10: 837. doi: 10.3390/jcm10040837

Helicopter Emergency Medical Service and Hospital Treatment Levels Affect Survival in Pediatric Trauma Patients.

Bläsius FM, Horst K, Brokmann JC, Lefering R, Andruszkow H, Hildebrand F, TraumaRegister Dgu.

BACKGROUND: Data on the effects of helicopter emergency medical service (HEMS) transport and treatment on the survival of severely injured pediatric patients in high-level trauma centers remain unclear.

METHODS: A national dataset from the TraumaRegister DGU® was used to retrospectively compare the mortality rates among severely injured pediatric patients (1-15 years) who were transported by HEMS to those transported by ground emergency medical service (GEMS) and treated at trauma centers of different treatment levels (levels I-III).

RESULTS: In total, 2755 pediatric trauma patients (age: 9.0 ± 4.8 years) were included in this study over five years. Transportation by HEMS resulted in a significant survival benefit compared to GEMS (odds ratio (OR) 0.489; 95% confidence interval (CI): 0.282-0.850). Pediatric trauma patients treated in level II or III trauma centers showed 34% and fourfold higher in-hospital mortality risk than those in level I trauma centers (level II: OR 1.34, 95% CI: 0.70-2.56; level III: OR 4.63, 95% CI: 1.33-16.09).

CONCLUSIONS: In our national pediatric trauma cohort, both HEMS transportation and treatment in level I trauma centers were independent factors of improved survival in pediatric trauma patients.

Eur J Trauma Emerg Surg. 2021 doi: 10.1007/s00068-020-01599-4 [Epub ahead of print]

Strategies for the treatment of femoral fractures in severely injured patients: trends in over two decades from the TraumaRegister DGU®

Bläsius FM, Laubach M, Andruszkow H, Lichte P, Pape HC, Lefering R, Horst K, Hildebrand F; Trauma Register DGU®.

PURPOSE: Treatment strategies for femoral fracture stabilisation are well known to have a significant impact on the patient's outcome. Therefore, the optimal choices for both the type of initial fracture stabilisation (external fixation/EF, early total care/ETC, conservative treatment/TC) and the best time point for conversion from temporary to definitive fixation are challenging factors.

PATIENTS: Patients aged ≥ 16 years with moderate and severe trauma documented in the TraumaRegister DGU® between 2002 and 2018 were retrospectively analysed. Demographics, ISS, surgical treatment strategy (ETC vs. EF vs. TC), time for conversion to definitive care, complication (MOF, sepsis) and survival rates were analysed.

RESULTS: In total, 13,091 trauma patients were included. EF patients more often sustained high-energy trauma (car: 43.1 vs. 29.5%, $p < 0.001$), were younger (40.6 vs. 48.1 years, $p < 0.001$), were more severely injured (ISS 25.4 vs. 19.1 pts., $p < 0.001$), and had higher sepsis (11.8 vs. 5.4%, $p < 0.001$) and MOF rates (33.1 vs. 16.0%, $p < 0.001$) compared to ETC patients. A shift from ETC to EF was observed. The time until conversion decreased for femoral fractures from 9 to 8 days within the observation period. Sepsis incidences decreased in EF (20.3 to 12.3%, $p < 0.001$) and ETC (9.1–4.8%, $p < 0.001$) patients.

CONCLUSIONS: Our results show the changes in the surgical treatment of severely injured patients with femur fractures over a period of almost two decades caused by the introduction of modern surgical strategies (e.g., Safe Definitive Surgery). It remains unclear which subgroups of trauma patients benefit most from these strategies.

J Clin Med. 2021; 10: 700. doi: 10.3390/jcm10040700

Curiosity or Underdiagnosed? Injuries to Thoracolumbar Spine with Concomitant Trauma to Pan-creas.

Hax J, Halvachizadeh S, Jensen KO, Berk T, Teuber H, Di Primio T, Lefering R, Pape HC, Sprengel K, TraumaRegister Dgu.

The pancreas is at risk of damage as a consequence of thoracolumbar spine injury. However, there are no studies providing prevalence data to support this assumption. Data from European hospitals documented in the TraumaRegister DGU® (TR-DGU) between 2008–2017 were analyzed to estimate the prevalence of this correlation and to determine the impact on clinical outcome. A total of 44,279 patients with significant thoracolumbar trauma, defined on Abbreviated Injury Scale (AIS) as ≥ 2 , were included. Patients transferred to another hospital within 48 h were excluded to prevent double counting. A total of 135,567 patients without thoracolumbar injuries (AIS ≤ 1) were used as control group. Four-hundred patients with thoracolumbar trauma had a pancreatic injury. Pancreatic injuries were more common after thoracolumbar trauma (0.90% versus (vs.) 0.51%, odds ratio (OR) 1.78; 95% confidence intervals (CI), 1.57–2.01). Patients with pancreatic injuries were more likely to be male (68%) and had a higher mean Injury Severity Score (ISS) than those without (35.7 ± 16.0 vs. 23.8 ± 12.4). Mean length of stay (LOS) in intensive care unit (ICU) and hospital was longer with pancreatic injury. In-hospital mortality was 17.5% with and 9.7% without pancreatic injury, respectively. Although uncommon, concurrent pancreatic injury in the setting of thoracolumbar trauma can portend a much more serious injury.

Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021; 29:1. doi: <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00820-y>

Survival among patients with severe high cervical spine injuries - a TraumaRegister DGU® database study.

Kamp O, Jansen O, Lefering R, Aach M, Waydhas C, Dudda M, Schildhauer TA, Hamsen U; TraumaRegister DGU.

BACKGROUND: Trauma is a significant cause of death and impairment. The Abbreviated Injury Scale (AIS) differentiates the severity of trauma and is the basis for different trauma scores and prediction models. While the majority of patients do not survive injuries which are coded with an AIS 6, there are several patients with a severe high cervical spinal cord injury that could be discharged from hospital despite the prognosis of trauma scores. We estimate that the trauma scores and prediction models miscalculate these injuries. For this reason, we evaluated these findings in a larger control group.

METHODS: In a retrospective, multi-centre study, we used the data recorded in the TraumaRegister DGU® (TR-DGU) to select patients with a severe cervical spinal cord injury and an AIS of 3 to 6 between 2002 to 2015. We compared the estimated mortality rate according to the Revised Injury Severity Classification II (RISC II) score against the actual mortality rate for this group.

RESULTS: Six hundred and twelve patients (0.6%) sustained a severe cervical spinal cord injury with an AIS of 6. The mean age was 57.8 ± 21.8 years and 441 (72.3%) were male. 580 (98.6%) suffered a blunt trauma, 301 patients were injured in a car accident and 29 through attempted suicide. Out of the 612 patients, 391 (63.9%) died from their injury and 170 during the first 24 h. The group had a predicted mortality rate of 81.4%, but we observed an actual mortality rate of 63.9%.

CONCLUSIONS: An AIS of 6 with a complete cord syndrome above C3 as documented in the TR-DGU is survivable if patients get to the hospital alive, at which point they show a survival rate of more than 35%. Compared to the mortality prognosis based on the RISC II score, they survived much more often than expected.

Shock 2021 Mar 23. doi: 10.1097/SHK.0000000000001782 [Epub ahead of print]

The Influence of Alcohol on The Base Excess Parameter in Trauma Patients.

Leiblein M, Sturm R, Franz N, Mühlenfeld N, Relja B, Lefering R, Marzi I, Wagner N.

BACKGROUND: The base excess (BE) parameter can be used as an indicator of mortality. However, study results on the influence of alcohol on the validity of BE as a prognostic parameter in alcohol-intoxicated patients are controversial. Thus, this study examined the hypothesis: An increasing blood alcohol level reduces the prognostic value of the Base Excess parameter on mortality.

MATERIAL METHODS: In a retrospective analysis of the multi-centre database of the TraumaRegister DGU®, patients from 2015 to 2017 were grouped depending on their blood alcohol level (BAL) into a BAL+ and BAL- group. The hypothesis was verified using logistic regression with an assumed significance level of 1% ($p < 0.01$).

RESULTS: 11889 patients were included; 9472 patients in the BAL- group and 2417 patients in the BAL+ group. Analysis of the BE showed lower values in the BAL+ group (BAL-: -1.8 ± 4.4 mmol/l vs. BAL+: -3.4 ± 4.6 mmol/l). There is a trend towards lower BE levels when BAL increases. Assuming a linear relationship, then BE decreases by 0.6 points per mille alcohol (95%CI: 0.5-0.7; $p < 0.001$). The mortality rate was significantly lower in the BAL+ group (BAL-: 11.1% vs. BAL+: 7.9%). The logistic regression analysis showed a significant beneficial influence of BAL+ on the mortality rate (OR 0.706, 95% CI 0.530 - 0.941, $p = 0.018$). To analyse whether a low BE (≤ -6 mmol/l) has different prognostic effects in patients with and without alcohol, logistic regression models were calculated. However, the effect of BE ≤ -6 mmol/l was similar in both models (regression coefficients in BAL-/ + patients: 0.379 / 0.393).

CONCLUSIONS: The data demonstrate an existing influence of alcohol on the BE parameter; however, this does not negatively affect the BE as a prognostic parameter at a threshold of ≤ -6 mmol/l.

J Clin Med. 2021; 10: 1362. doi: 10.3390/jcm10071362.

The GERTality Score: The Development of a Simple Tool to Help Predict in-Hospital Mortality in Geriatric Trauma Patients.

Scherer J, Kalbas Y, Ziegenhain F, Neuhaus V, Lefering R, Teuben M, Sprengel K, Pape HC, Jensen KO.

Feasible and predictive scoring systems for severely injured geriatric patients are lacking. Therefore, the aim of this study was to develop a scoring system for the prediction of in-hospital mortality in severely injured geriatric trauma patients. The TraumaRegister DGU® (TR-DGU) was utilized. European geriatric patients (≥ 65 years) admitted between 2008 and 2017 were included. Relevant patient variables were implemented in the GERTality score. By conducting a receiver operating characteristic (ROC) analysis, a comparison with the Geriatric Trauma Outcome Score (GTOS) and the Revised Injury Severity Classification II (RISC-II) Score was performed. A total of 58,055 geriatric trauma patients (mean age: 77 years) were included. Univariable analysis led to the following variables: age ≥ 80 years, need for packed red blood cells (PRBC) transfusion prior to intensive care unit (ICU), American Society of Anesthesiologists (ASA) score ≥ 3 , Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 13 , Abbreviated Injury Scale (AIS) in any body region ≥ 4 . The maximum GERTality score was 5 points. A mortality rate of 72.4% was calculated in patients with the maximum GERTality score. Mortality rates of 65.1 and 47.5% were encountered in patients with GERTality scores of 4 and 3 points, respectively. The area under the curve (AUC) of the novel GERTality score was 0.803 (GTOS: 0.784; RISC-II: 0.879). The novel GERTality score is a simple and feasible score that enables an adequate prediction of the probability of mortality in polytraumatized geriatric patients by using only five specific parameters.

World J Surg. 2021 Jul;45(7):2037-2045. doi: 10.1007/s00268-021-06074-8 [Epub ahead of print]

Simultaneous Casualty Admissions-Do they Affect Treatment in the Receiving Trauma Center?

Teuben MPJ, Mand C, Moosdorf L, Sprengel K, Shehu A, Pfeifer R, Ruchholtz S, Lefering R, Pape HC, Jensen KO.

BACKGROUND: Simultaneous trauma admissions expose medical professionals to increased workload. The impact of simultaneous trauma admissions on hospital allocation, therapy, and outcome is currently unclear. We hypothesized that multiple admission-scenarios impact the diagnostic pathway and outcome.

METHODS: The TraumaRegister DGU® was utilized. Patients admitted between 2002-2015 with an ISS ≥ 9 , treated with ATLS®- algorithms were included. Group 'IND' included individual admissions, two individuals that were admitted within 60 min of each other were selected for group 'MULT'. Patients admitted within 10 min were considered as simultaneous ('SIM') admissions. We compared patient and trauma characteristics, treatment, and outcomes between both groups.

RESULTS: 132,382 admissions were included, and 4,462/3.4% MULTiple admissions were found. The SIM-group contained 1,686/1.3% patients. The overall median injury severity score was 17 and a mean age of 48 years was found. MULT patients were more frequently admitted to level-one trauma centers (68%) than individual trauma admissions were (58%, $p < 0.001$). Mean time to CT-scanning (24 vs. 26/28 min) was longer in MULT / SIM patients compared to individual admissions. No differences in utilization of damage control principles were seen. Moreover, mortality rates did not differ between the groups (13.1% in regular admissions and 11.4%/10,6% in MULT/SIM patients).

CONCLUSION: This study demonstrates that simultaneous treatment of injured patients is rare. Individuals treated in parallel with other patients were more often admitted to level-one trauma centers compared with individual patients. Although diagnostics take longer, treatment principles and mortality are equal in individual admissions and simultaneously admitted patients. More studies are required to optimize health care under these conditions.

Medicina 2021; 57: 330. <https://doi.org/10.3390/medicina57040330> [Epub ahead of print]

Age-Dependent Patient and Trauma Characteristics and Hospital Resource Requirements—Can Improvement Be Made? An Analysis from the German Trauma Registry

Ziegenhain F, Scherer J, Kalbas Y, Neuhaus V, Lefering R, Teuben M, Sprengel K, Pape HC, Jensen KO and the TraumaRegister DGU.

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The burden of geriatric trauma patients continues to rise in Western society. Injury patterns and outcomes differ from those seen in younger adults. Getting a better understanding of these differences helps medical staff to provide a better care for the elderly. The aim of this study was to determine epidemiological differences between geriatric trauma patients and their younger counterparts. To do so, we used data of polytraumatized patients from the TraumaRegister DGU®.

MATERIALS AND METHODS: All adult patients that were admitted between 1 January 2013 and 31 December 2017 were included from the TraumaRegister DGU®. Patients aged 55 and above were defined as the elderly patient group. Patients aged 18–54 were included as control group. Patient and trauma characteristics, as well as treatment and outcome were compared between groups.

RESULTS: A total of 114,169 severely injured trauma patients were included, of whom 55,404 were considered as elderly patients and 58,765 younger patients were selected for group 2. Older patients were more likely to be admitted to a Level II or III trauma center. Older age was associated with a higher occurrence of low energy trauma and isolated traumatic brain injury. More restricted utilization of CT-imaging at admission was observed in older patients. While the mean Injury Severity Score (ISS) throughout the age groups stayed consistent, mortality rates increased with age: the overall mortality in young trauma patients was 7.0%, and a mortality rate of 40.2% was found in patients >90 years of age.

CONCLUSIONS: This study shows that geriatric trauma patients are more frequently injured due to low energy trauma, and more often diagnosed with isolated craniocerebral injuries than younger patients. Furthermore, utilization of diagnostic tools as well as outcome differ between both groups. Given the aging society in Western Europe, upcoming studies should focus on the right application of resources and optimizing trauma care for the geriatric trauma patient.

Sci Rep. 2020; 10: 21606.

Acromioclavicular and sternoclavicular joint dislocations indicate severe concomitant thoracic and upper extremity injuries in severely injured patients.

Bakir MS, Lefering R, Haralambiev L, Kim S, Ekkernkamp A, Gumbel D, Schulz-Drost S.

Preliminary studies show that clavicle fractures (CF) are known as an indicator in the severely injured for overall injury severity that are associated with relevant concomitant injuries in the thorax and upper extremity. In this regard, little data is available for the rarer injuries of the sternoclavicular and acromioclavicular joints (SCJ and ACJ, respectively). Our study will answer whether clavicular joint injuries (CJI), by analogy, have a similar relevance for the severely injured. We performed an analysis from the TraumaRegister DGU (TR-DGU). The inclusion criterion was an Injury Severity Score (ISS) of at least 16. In the TR-DGU, the CJI were registered as one entity. The CJI group was compared with the CF and control groups (those without any clavicular injuries). Concomitant injuries were distinguished using the Abbreviated Injury Scale according to their severity. The inclusion criteria were met by $n = 114,595$ patients. In the case of CJI, $n = 1228$ patients (1.1%) were found to be less severely injured than the controls in terms of overall injury severity. Compared to the CF group ($n = 12,030$; 10.5%) with higher ISS than the controls, CJI cannot be assumed as an indicator for a more severe trauma; however, CF can. Concomitant injuries were more common for severe thoracic and moderate upper extremity injuries than other body parts for CJI. This finding confirms our hypothesis that CJI could be an indicator of further specific severe concomitant injuries. Despite the rather lower relevance of the CJI in the cohort of severely injured with regard to the overall injury severity, these injuries have their importance in relation to the indicator effect for thoracic concomitant injuries and concomitant injuries of the upper extremity. A limitation is the collective registration of SCJ and ACJ injuries as one entity in the TR-DGU. A distorted picture of the CJI in favor of ACJ injuries could arise from the significantly higher incidence of the ACJ dislocation compared to the SCJ. Therefore, these two injury entities should be recorded separately in the future, and prospective studies should be carried out in order to derive a standardized treatment strategy for the care of severely injured with the respective CJI.

Eur J Trauma Emerg Surg. 2020; 46: 449-460. Erratum: 2020; 46: 461-462. doi: 10.1007/s00068-018-1055-z.

Evaluation of new quality indicators for the TraumaRegister DGU® using the systematic QUALIFY methodology.

Bieler D, Hörster A, Lefering R, Franke A, Waydhas C, Huber-Wagner S, Baacke M, Paffrath T, Wnent J, Volland R, Jakisch B, Walcher F, Kulla M.

BACKGROUND: The TraumaRegister DGU® (TR-DGU) of the German Trauma Society (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, DGU) enables the participating hospitals to perform quality management. For that purpose, nine so-called audit filters have existed, since its foundation, which, inter alia, is listed in the Annual Report. The objective of this study effort is a revision of these quality indicators with the aim of developing pertinent new and reliable quality indicators for the management of severely injured patients.

MATERIALS AND METHODS: Apart from indicators already used at national and international levels, a systematic review of the literature revealed further potential key figures for quality of the management of severely injured patients. The latter were evaluated by an interdisciplinary and interprofessional group of experts using a standardized QUALIFY process to assess their suitability as a quality indicator.

RESULTS: By means of the review of the literature, 39 potential indicators could be identified. 9 and 14 indicators, respectively, were identified in existing trauma registries (TR-DGU and TARN), 17 in the ATLS® training concept, and 57 in the S3 guideline on the treatment of polytrauma/severe injuries. The exclusion of duplicates and the limitation to indicators that can be collected using the TR-DGU Version 2015 data set resulted in a total of 43 indicators to be reviewed. For each of the 43 indicators, 13 quality criteria were assessed. A consensus was achieved in 305 out of 559 individual assessments. With 13 quality criteria assessed and 43 indicators correspond this to a relative consensus value of 54.6%. None of the indicators achieved a consensus in all 13 quality criteria assessed. The following 13 indicators achieved a consensus in at least 9 quality criteria: time between hospital admission and WBCT, mortality, administration of tranexamic acid to bleeding patients, use of CCT with GCS <14, time until first emergency surgical intervention (7-item list in the TR-DGU), time until surgical intervention for penetrating trauma, application of pelvic sling belt (prehospital), capnometry (etCO₂) in intubated patients, time until CCT with GCS < 15, time until surgery for hemorrhagic shock, time until craniotomy for severe TBI, prehospital airway management in unconscious patients (GCS < 9), and complete basic diagnostics available. Two indicators achieved a consensus in 11 criteria and thus represent the maximum consensus achieved within the group of experts. Four indicators only achieved a consensus in three quality criteria. 17 indicators had a mean value for the 3 relevance criteria of ≥ 3.5 and were, therefore, assessed by the group of experts as being highly relevant.

CONCLUSION: Not all the key figures published for the management of severely injured patients are suitable for use as quality indicators. It remains to be seen whether the quality indicators identified by experts using the QUALIFY process will meet the requirements in practice. Prior to the implementation of the assessed quality indicators in standardized quality assurance programs, a scientific evaluation based on national data will be required.

J Clin Med. 2020; 9: 3235. doi: 10.3390/jcm9103235 [Epub ahead of print]

Predictive Factors for Massive Transfusion in Trauma: A Novel Clinical Score from an Italian Trauma Center and German Trauma Registry.

Cornero SG, Maegele M, Lefering R, Abbati C, Gupta S, Sammartano F, Cimbanassi S, Chiara O.

Early management of critical bleeding and coagulopathy can improve patient survival. The aim of our study was to identify independent predictors of critical bleeding and to build a clinical score for early risk stratification. A prospective analysis was performed on a cohort of trauma patients with at least one hypotensive episode during pre-hospital (PH) care or in the Emergency Department (ED). Patients who received massive transfusion (MT+) (≥ 4 blood units during the first hour) were compared to those who did not (MT-). Hemodynamics, Glasgow Coma Score (GCS), diagnostics and blood tests were evaluated. Using multivariate analysis, we created and validated a predictive score for MT+ patients. The predictive score was validated on a matched cohort of patients of the German Trauma Registry TR-DGU. One hundred thirty-nine patients were included. Independent predictors of MT+ included a prehospital (PH) GCS of 3, PH administration of tranexamic acid, hypotension and tachycardia upon admission, coagulopathy and injuries with significant bleeding such as limb amputation, hemoperitoneum, pelvic fracture, massive hemothorax. The derived predictive score revealed an area under the curve (AUC) of 0.854. Massive transfusion is essential to damage control resuscitation. Altered GCS, unstable hemodynamics, coagulopathy and bleeding injuries can allow early identification of patients at risk for critical hemorrhage.

Med Klin Intensivmed Notfmed. 2020 Apr;115(3):222-227. doi: 10.1007/s00063-019-0565-8.

Continuous lateral rotational bed therapy in patients with traumatic lung injury: an analysis from the TraumaRegister DGU®.

Defosse J, Grensemann J, Gerbershagen MU, Paffrath T, Böhmer A, Joppich R, Lefering R, Wappler F, Schieren M; TraumaRegister DGU®.

BACKGROUND: Patients with severe thoracic trauma often receive continuous lateral rotational bed therapy (CLRT) for the treatment of lung contusions. In this study, the effects of CLRT on mortality, morbidity and length of stay (LOS) in the intensive care unit (ICU) and in the hospital were evaluated.

METHODS: Retrospective data from the TraumaRegister DGU® were analysed, focusing on patients with severe thoracic trauma. Patients treated with CLRT were compared to a control group with comparable trauma severity who had received conventional therapy.

RESULTS: A total of 1476 patients (239 with CLRT, 1237 without CLRT) were included in this study. Both groups were similar for demographic characteristics. The median CLRT duration was 6 (4-10) days. Patients receiving CLRT were ventilated for 17 (10-26) days compared to 14 (8-22) days ($p = 0.001$) in the control group. The ICU length of stay differed significantly (CLRT: 23 [14-32] days; control: 19 [13-28] days; $p = 0.002$). Also, organ failure occurred more frequently in patients treated with CLRT (CLRT: 76.6%, control: 67.6%; $p = 0.006$). No differences could be detected regarding mortality rates, multiple organ failure and hospital LOS.

CONCLUSIONS: The results of this retrospective analysis fail to detect a benefit for CLRT therapy in trauma patients. Considering inherent limitations of retrospective studies, caution should be exerted when interpreting these results. Further research is warranted to confirm these findings in a prospective trial.

Brain Sci. 2020; 10: E842. doi: 10.3390/brainsci10110842 [Epub ahead of print]

Is the Regular Intake of Anticoagulative Agents an Independent Risk Factor for the Severity of Traumatic Brain Injuries in Geriatric Patients? A Retrospective Analysis of 10,559 Patients from the TraumaRegister DGU®.

Eibinger N, Halvachizadeh S, Hallmann B, Seibert FJ, Puchwein P, Berk T, Lefering R, Sprengel K, Pape HC, Jensen KO, The TraumaRegister DGU.

The purpose of this study was to assess anticoagulant medication as an independent factor influencing the occurrence of a severe traumatic brain injury in geriatric patients. Data were collected from the TraumaRegister DGU® between January 2015 and December 2018. We included patients with an age of ≥ 65 years with a blunt TBI; an AISHead ≥ 2 but no other relevant injuries. Patients were divided into five subgroups: no anticoagulant medication, anti-platelet drugs, vitamin K antagonists, direct-oral-anticoagulants, and heparinoids. Separation between moderate TBI (AISHead 2-3) and severe TBI (AISHead ≥ 4) and multivariable regression analysis were performed. The average age of 10,559 included patients was 78.8 years with a mean ISS of 16.8 points and a mortality of 22.9%. The most common cause of injury was a low fall of <3 m with 72.8%. With increasing age, the number of patients without any anticoagulant therapy decreased from 65.9% to 29.9%. The intake of coagulation medication increased mortality significantly. Severe TBI was observed in 51% of patients without medication and ranged from 61 to 67% with anticoagulant drugs. After adjusting for confounding variables, the intake of VKA or DOACs was significantly associated with an increased risk of severe TBI. The use of anticoagulant medication is an independent factor and is associated with an increased severity of TBI depending on the type of medication used.

BMC Musculoskelet Disord 2020 Aug; 21: 568. doi: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03572-z>

The influence of foehn winds on the incidence of severe injuries in southern Bavaria - an analysis of the TraumaRegister DGU®.

Greve F, Kanz KG, Zyskowski M, von Matthey F, Biberthaler P, Muthers S, Matzarakis A, Lefering R, Hu-ber-Wagner S.

BACKGROUND: Foehn describes a wind which occurs in areas with close proximity to mountains. The presence of foehn wind is associated with worsening health conditions. This study analyzes the correlation between a foehn typical circulation and the incidence for suffering a severe trauma.

METHODS: This is a retrospective, multicentre observational register study. The years from 2013 to 2016 were analyzed for the presence of foehn winds. A logistic regression analysis with the number of daily admitted trauma patients as the primary target value was performed in dependence of foehn winds. Southern Bavaria is a typical foehn wind region. Individuals were treated in 37 hospitals of Southern Bavaria which participate in the TraumaRegister DGU®, an international register that includes all severe trauma patients, mainly in Germany. We analyzed patients with an Injury Severity Score (ISS) of at least nine with admission to intensive care units or prior death in the emergency room.

RESULTS: 6215 patients were enrolled in this study. A foehn-typical circulation was present on 65 days (4.5%). 301 patients (5%) suffered a trauma with an ISS ≥ 9 on a foehn day. The mean ISS was 20.2 (9–75). On average, 4.3 patients (0–15 patients) were admitted on a daily basis due to a severe trauma. The multivariate regression analysis revealed a daily increase of 0.87 individuals ($p = 0.004$; 95% CI 0.23–1.47) on foehn days. During spring 1.07 patients ($p = < 0.001$; 95% CI 0.72–1.42), in summer 1.98 patients ($p = < 0.001$; 95% CI 1.63–2.32), in fall 0.63 ($p = < 0.001$; 95% CI 0.28–0.97) and on Saturdays, 0.59 patients ($p = < 0.001$; 95% CI 0.24–0.93) were additionally admitted due to severe trauma.

CONCLUSION: Foehn winds are significantly associated with severe trauma in trauma centers of the TraumaNetzwerk DGU®.

Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01515-w>

Epidemiology and predictors of traumatic spine injury in severely injured patients: implications for emergency procedures.

Häske D, Lefering R, Stock JP, Kreinest M; TraumaRegister DGU.

PURPOSE: This study aimed to identify the prevalence and predictors of spinal injuries that are suitable for immobilization.

METHODS: Retrospective cohort study drawing from the multi-center database of the TraumaRegister DGU®, spinal injury patients ≥ 16 years of age who scored ≥ 3 on the Abbreviated Injury Scale (AIS) between 2009 and 2016 were enrolled.

RESULTS: The mean age of the 145,833 patients enrolled was 52.7 ± 21.1 years. The hospital mortality rate was 13.9%, and the mean injury severity score (ISS) was 21.8 ± 11.8 . Seventy percent of patients had no spine injury, 25.9% scored 2–3 on the AIS, and 4.1% scored 4–6 on the AIS. Among patients with isolated traumatic brain injury (TBI), 26.8% had spinal injuries with an AIS score of 4–6. Among patients with multi-system trauma and TBI, 44.7% had spinal injuries that scored 4–6 on the AIS. Regression analysis predicted a serious spine injury (SI; AIS 3–6) with a prevalence of 10.6% and cervical spine injury (CSI; AIS 3–6) with a prevalence of 5.1%. Blunt trauma was a predictor for SI and CSI (OR 4.066 and OR 3.640, respectively; both $p < 0.001$) and fall > 3 m for SI (OR 2.243; $p < 0.001$) but not CSI (OR 0.636; $p < 0.001$). Pre-hospital shock was predictive for SI and CSI (OR 1.87 and OR 2.342, respectively; both $p < 0.001$), and diminished or absent motor response was also predictive for SI (OR 3.171) and CSI (OR 7.462; both $p < 0.001$). Patients over 65 years of age were more frequently affected by CSI.

CONCLUSIONS: In addition to the clinical symptoms of pain, we identify ‘4S’ [spill (fall) > 3 m, seniority (age > 65 years), seriously injured, skull/traumatic brain injury] as an indication for increased attention for CSIs or indication for spinal motion restriction.

BMC Anesthesiol. 2020; 20: 243. <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01159-8>

Mortality in severely injured patients: nearly one of five non-survivors have been already discharged alive from ICU.

Hamsen U, Drotleff N, Lefering R, Gerstmeyer J, Schildhauer TA, Waydhas C; TraumaRegister DGU.

BACKGROUND: Most trauma patients admitted to the hospital alive and die later on, decrease during the initial care in the emergency department or the intensive care unit (ICU). However, a number of patients pass away after having been discharged from the ICU during the initial hospital stay. On first sight these cases could be seen as “failure to rescue” of potentially salvageable patients. A low rate of such patients might be a potential indicator of quality for trauma care on ICUs and surgical wards.

METHODS: Retrospective analysis of the TraumaRegister DGU® with data from 2015 to 2017. Patients that died during the initial ICU stay were compared to those who were discharged from the initial ICU stay for at least 24 h but died later on.

RESULTS: A total of 82,313 trauma patients were included in the TraumaRegister DGU®. In total, 6576 patients (8.0%) died during their hospital stay. Out of those, 5481 were admitted to the ICU alive and 972 patients (17.7%) were discharged from ICU and died later on. Those were older (mean age: 77 vs. 68 years), less severely injured (mean ISS: 23.1 vs. 30.0 points) and had a longer mean ICU length of stay (10 vs. 6 days). A limitation of life-sustaining therapy due to a documented living will was present in 46.1% of all patients who died during their initial ICU stay and in 59.9% of patients who died after discharge from their initial ICU stay.

CONCLUSIONS: 17.7% of all non-surviving severely injured trauma patients died within the hospital after discharge from their initial ICU treatment. Their death can partially be explained by a limitation of therapy due to a living will. In conclusion, the rate of such late deaths may partially represent patients that died of potentially avoidable or treatable complications.

Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 Jul 26. doi: 10.1007/s00068-020-01448-4. [Epub ahead of print]

The AdHOC (age, head injury, oxygenation, circulation) score: a simple assessment tool for early assessment of severely injured patients with major fractures.

Knoepfel A, Roman Pfeifer R, Lefering R, Pape HC, TraumaRegister DGU.

PURPOSE: We sought to develop a simple, effective and accurate assessment tool using well-known prognostic parameters to predict mortality and morbidity in severely injured patients with major fractures at the stage of the trauma bay.

METHODS: European Data from the TraumaRegister DGU® were queried for patients aged 16 or older and with an ISS of 9 and higher with major fractures. The development (2012-2015) and validation (2016) groups were separated. The four prognostic aspects Age, Head injury, Oxygenation and Circulation along with parameters were identified as having a relevant impact on the outcome of severely injured patients with major fractures. The performance of the score was analyzed with the area under the receiver operating characteristics curve and compared to other trauma scores.

RESULTS: An increasing AdHOC (Age, Head injury, Oxygenation, Circulation) score value in the 17,827 included patients correlated with increasing mortality (0 points = 0.3%, 1 point = 5.3%, 2 points = 15.6%, 3 points = 42.5% and 4 points = 62.6%). With an AUROC of 0.858 for the development (n = 14,047) and 0.877 for the validation (n = 3780) group dataset, the score is superior in performance compared to the Injury Severity Score (0.806/0.815).

CONCLUSION: The AdHOC score appears to be easy and accessible in every emergency room without the requirement of special diagnostic tools or knowledge of the exact injury pattern and can be useful for the planning of further surgical treatment.

Eur J Trauma Emerg Surg. 2020 doi: 10.1007/s00068-020-01544-5 [Epub ahead of print].

Traumatic brain injury with concomitant injury to the spleen: characteristics and mortality of a high-risk trauma cohort from the TraumaRegister DGU®.

Mader MM, Lefering R, Westphal M, Maegele M, Czorlich P.

PURPOSE: Based on the hypothesis that systemic inflammation contributes to secondary injury after initial traumatic brain injury (TBI), this study aims to describe the effect of splenectomy on mortality in trauma patients with TBI and splenic injury.

METHODS: A retrospective cohort analysis of patients prospectively registered into the TraumaRegister DGU® (TR-DGU) with TBI (AISHead ≥ 3) combined with injury to the spleen (AISSpleen ≥ 1) was conducted. Multivariable logistic regression modeling was performed to adjust for confounding factors and to assess the independent effect of splenectomy on in-hospital mortality.

RESULTS: The cohort consisted of 1114 patients out of which 328 (29.4%) had undergone early splenectomy. Patients with splenectomy demonstrated a higher Injury Severity Score (median: 34 vs. 44, $p < 0.001$) and lower Glasgow Coma Scale (median: 9 vs. 7, $p = 0.014$) upon admission. Splenectomized patients were more frequently hypotensive upon admission (19.8% vs. 38.0%, $p < 0.001$) and in need for blood transfusion (30.3% vs. 61.0%, $p < 0.001$). The mortality was 20.7% in the splenectomy group and 10.3% in the remaining cohort. After adjustment for confounding factors, early splenectomy was not found to exert a significant effect on in-hospital mortality (OR 1.29 (0.67-2.50), $p = 0.45$).

CONCLUSION: Trauma patients with TBI and spleen injury undergoing splenectomy demonstrate a more severe injury pattern, more compromised hemodynamic status and higher in-hospital mortality than patients without splenectomy. Adjustment for confounding factors reveals that the splenectomy procedure itself is not independently associated with survival.

Neurosurg Rev. 2020 doi: 10.1007/s10143-020-01456-3

The faster the better? Time to first CT scan after admission in moderate-to-severe traumatic brain injury and its association with mortality.

Mader MM, Rotermund R, Lefering R, Westphal M, Maegele M, Czorlich P; TraumaRegister DGU.

Fast acquisition of a first computed tomography (CT) scan after traumatic brain injury (TBI) is recommended. This study is aimed at investigating whether the length of the period preceding initial CT scan influences mortality in patients with leading TBI. A retrospective cohort analysis of patients registered in the TraumaRegister DGU® was conducted including adult patients with TBI, defined as Abbreviated Injury ScaleHead ≥ 3 and GCS ≤ 13 who had been treated in level 1 or 2 trauma centers from 2007–2016. Patients were grouped according to time intervals either from trauma or from admission to CT. A total of 6904 patients met the inclusion criteria. Mean time period from trauma to hospital admission was 68.8 min. From admission to first CT, a mean of 19.0 min elapsed. Trauma severity was higher in groups with a longer duration from trauma to CT as represented by a mean ($\pm$ standard deviation) Injury Severity Score (ISS) of 19.8 ± 9.0 , 20.7 ± 9.3 , and 21.4 ± 7.5 and similar distribution of mortality of 24.9%, 29.9%, and 36.3% in the ≤ 60 -min, 61–120-min, and ≥ 121 -min groups, respectively. An adjusted multivariable logistic regression model showed a significant influence of the level of the trauma center ($p = 0.037$) but not for interval from admission to CT ($p = 0.528$). TBI patients with a longer time span from trauma to first CT were more severely injured and demonstrated a worse prognosis, but received a CT scan faster when duration from admission is observed. The duration until the CT scan was obtained showed no significant impact on the mortality.

World J Emerg Surg. 2020; 15: 47. doi: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00325-0>

Training to identify red flags in the acute care of trauma: who are the patients at risk for early death despite a relatively good prognosis? An analysis from the TraumaRegister DGU®.

Nolte PC, Häske D, Lefering R, Bernhard M, Casu S, Frankenhauser S, Gather A, Grützner PA, Münzberg M, TraumaRegister DGU.

BACKGROUND: In the acute care of trauma, some patients with a low estimated risk of death die suddenly and unexpectedly. In this study, we aim to identify predictors for early death within 24 h following hospital admission in low-risk patients.

METHODS: The TraumaRegister DGU® was used to collect records of patients who were primarily treated in a participating hospital between 2004 and 2013 with a RISC II score below 10%.

RESULTS: During the study period, 64,379 patients met the inclusion criteria. The mean RISC II score was 2.0%, and the mean ISS was 16 ± 9 . The overall hospital mortality rate was 2.1%, and 0.5% of patients ($n = 301$) died within the first 24 h. A SPB of ≤ 90 mmHg was associated with an increased risk of death ($p < 0.001$). An AIS abdomen score of ≥ 3 was associated with increased risk of death within the first 24 h ($p < 0.001$). A high risk of early death was also seen in patients with an AIS score (thorax) ≥ 3 ; 51% of those who died died within the first 24 h ($p < 0.005$). Death in patients over 60 years was more common after 24 h ($p < 0.001$). Patients with an ASA score of ≥ 3 were more likely to die after the first 24 h ($p < 0.001$).

CONCLUSIONS: Indicators predicting a high risk of early death in patients with a low RISC II score include a SPB ≤ 90 mmHg and severe chest and abdominal trauma. Emergency teams involved in the acute care of trauma patients should be aware of these “red flags” and treat their patients accordingly.

Eur J Trauma Emerg Surg. 2020. doi: 10.1007/s00068-020-01423-z [Epub ahead of print]

Changes in transfusion and fluid therapy practices in severely injured children: an analysis of 5118 children from the TraumaRegister DGU®.

Piekarski F, Kaufmann J, Engelhardt T, Raimann FJ, Lustenberger T, Marzi I, Lefering R, Zacharowski K, Meybohm P, TraumaRegister DGU.

PURPOSE: Trauma is the leading cause of death in children. In adults, blood transfusion and fluid resuscitation protocols changed resulting in a decrease of morbidity and mortality over the past 2 decades. Here, transfusion and fluid resuscitation practices were analysed in severe injured children in Germany.

METHODS: Severely injured children (maximum Abbreviated Injury Scale (AIS) ≥ 3) admitted to a certified trauma-centre (TraumaZentrum DGU®) between 2002 and 2017 and registered at the TraumaRegister DGU® were included and assessed regarding blood transfusion rates and fluid therapy.

RESULTS: 5,118 children (aged 1-15 years) with a mean ISS 22 were analysed. Blood transfusion rates administered until ICU admission decreased from 18% (2002-2005) to 7% (2014-2017). Children who are transfused are increasingly seriously injured. ISS has increased for transfused children aged 1-15 years (2002-2005: mean 27.7-34.4 in 2014-2017). ISS in non-transfused children has decreased in children aged 1-15 years (2002-2005: mean 19.6 to mean 17.6 in 2014-2017). Mean prehospital fluid administration decreased from 980 to 549 ml without affecting hemodynamic instability.

CONCLUSION: Blood transfusion rates and amount of fluid resuscitation decreased in severe injured children over a 16-year period in Germany. Restrictive blood transfusion and fluid management has become common practice in severe injured children. A prehospital restrictive fluid management strategy in severely injured children is not associated with a worsened hemodynamic state, abnormal coagulation or base excess but leads to higher hemoglobin levels.

Eur J Trauma Emerg Surg. 2020; 46: 499-504. doi: 10.1007/s00068-019-01193-3

A nationwide fluidics biobank of polytraumatized patients: implemented by the Network "Trauma Research" (NTF) as an expansion to the TraumaRegister DGU® of the German Trauma Society (DGU).

Relja B, Huber-Lang M, van Griensven M, Hildebrand F, Maegele M, Nienaber U, Brucker DP, Sturm R, Marzi I.

To decrypt the complexity of the posttraumatic immune responses and to potentially identify novel research pathways for exploration, large-scale multi-center projects including not only in vivo and in vitro modeling, but also temporal sample and material collection along with clinical data capture from multiply injured patients is of utmost importance. To meet this gap, a nationwide biobank for fluidic samples from polytraumatized patients was initiated in 2013 by the task force Network "Trauma Research" (Netzwerk Traumaforschung, NTF) of the German Trauma Society (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V., DGU). The NTF-Biobank completes the clinical NTF-Biobank Database and complements the TR-DGU with temporal biological samples from multiply injured patients. The concept behind the idea of the NTF-Biobank was to create a robust interface for meaningful innovative basic, translational and clinical research. For the first time, an integrated platform to prospectively evaluate and monitor candidate biomarkers and/or potential therapeutic targets in biological specimens of quality-controlled and documented patients is introduced, allowing reduction in variability of measurements with high impact due to its large sample size. Thus, the project was introduced to systemically evaluate and monitor multiply injured patients for their (patho-)physiological sequelae together with their clinical treatment strategies applied for overall outcome improvement.

Sci Rep. 2020; 10: 20555. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-77613-x>

Traumatic tracheobronchial injuries: incidence and outcome of 136.389 patients derived from the DGU traumaregister.

Schibilsky D, Driessen A, White WJ, Lefering R, Paffrath T, Bouillon B, Walker T, Schlensak C, Mutschler M.

To describe the incidence, therapy and outcome of traumatic tracheobronchial injuries (TTBI) in trauma patients with multiple injuries derived from the DGU TraumaRegister. We analyzed the data on all patients listed on the TraumaRegister DGU (TR-DGU) in Germany between 2002 and 2015 aged 16 years or older and with an Injury Severity Score (ISS) of ≥ 9 . We analyzed the data on 136,389 trauma patients, 561 of whom had suffered tracheobronchial injuries (0.4%). The majority were male (73.4%) and had a mean age of 43.7 years. In total, 84.0% of all TTBI injuries occurred secondary to blunt trauma, caused mainly by accidents (71.2%). TTBI was accompanied by several concomitant thoracic injuries such as pneumo- (41.2%) and hemothorax (23.2%), lacerations (7.8%) and contusions (32.3%) of the lung, as well as multiple rib fractures (29.6%). The severity of injury was classified via the abbreviated injury scale (AIS): 39.3% with AIS = 3, 51.3% with AIS = 4 and 60% with AIS = 5 patients underwent surgical interventions. The mortality of patients with tracheobronchial injuries was higher: 24.6%, versus 13.7% in all patients (control group). This high percentage reflects their generally severe injury burden through concomitant injuries. The incidence of TTBI in this large cohort of trauma patients is very low. However, its high mortality rate emphasizes its importance. Mortality was associated with higher ISS and AIS scores. Higher rates of concomitant injuries were therefore associated with a higher mortality rate. TTBI injuries revealed a higher rate of progression to surgical management, with 35% undergoing surgery within the first 24 h. This excessive mortality rate demonstrates a high overall injury burden in patients with TTBI and high mortality of associated injuries. A surgical intervention's impact on mortality cannot be assessed in this study, as it would need to be investigated in a case-matched study.

Unfallchirurg. 2020; 123: 843-848. doi: [10.1007/s00113-020-00859-7](https://doi.org/10.1007/s00113-020-00859-7)

Herausforderungen der Digitalisierung in der Traumaversorgung.

Trentzsch H, Osterhoff G, Heller R, Nienaber U, Lazarovici M; AG Digitalisierung; der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

The increasing digitalization of social life opens up new possibilities for modern health care. This article describes innovative application possibilities that could help to sustainably improve the treatment of severe injuries in the future with the help of methods such as big data, artificial intelligence, intelligence augmentation, and machine learning. For the successful application of these methods, suitable data sources must be available. The TraumaRegister DGU® (TR-DGU) currently represents the largest database in Germany in the field of care for severely injured patients that could potentially be used for digital innovations. In this context, it is a good example of the problem areas such as data transfer, interoperability, standardization of data sets, parameter definitions, and ensuring data protection, which still represent major challenges for the digitization of trauma care. In addition to the further development of new analysis methods, solutions must also continue to be sought to the question of how best to intelligently link the relevant data from the various data sources.

Unfallchirurg. 2020; 123: 954-960. doi: <https://doi.org/10.1007/s00113-020-00890-8>

Entwicklung eines neuen Moduls für das TraumaRegister DGU®: Folgen schwerer Verletzungen während der Schwangerschaft besser erfassen.

Trentzsch H, Weißleder A, Annecke T, Beinkofer D, Beese A, Kulla M, Kraft K, Pecks U, Hoffmann F, Bieler D; Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

HINTERGRUND: Lebensbedrohliche Verletzungen während der Schwangerschaft sind ein seltenes Ereignis. Das TraumaRegister DGU® (TR-DGU) erfasst seit 2016, ob bei weiblichen Schwerverletzten eine Schwangerschaft vorlag. Diese Information reicht nicht aus, um eine differenzierte Beurteilung der Versorgungsqualität zu ermöglichen, weil z. B. Gestationsalter, Zustand der Schwangerschaft bei Entlassung oder Überleben des Kindes fehlen. Der Arbeitskreis TraumaRegister der Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (Sektion NIS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e. V. kam daher zu der Überzeugung, dass das fetale Outcome bzw. die Intaktheit der Schwangerschaft nach Abschluss der Akutbehandlung ein wichtiges Maß für die Versorgungsqualität der schwangeren Frau ist, und beauftragte eine Task Force mit der Ausarbeitung eines geeigneten Datensatzes, um solche Fälle besser analysieren zu können. Dieser Beitrag stellt das sog. Fetus-Modul im Detail vor.

METHODEN: Der Datensatz wurde in einem interdisziplinären Prozess zusammen mit akkreditierten Fachexperten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e. V., der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) e. V. und der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) e. V. erarbeitet.

ERGEBNIS: Das Fetus-Modul umfasst 20 Parameter zur Beschreibung der Schwangerschaft, des Zustands von Mutter und Kind bei Aufnahme sowie bei Entlassung.

SCHLUSSFOLGERUNG: Das Fetus-Modul wird wichtige Daten liefern, um die Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von schwer verletzten, schwangeren Frauen messbar zu machen, und um Prognoseinstrumenten entwickeln zu können, mit denen Vorhersagen zu Hochrisikokonstellationen für das Outcome von Mutter und Kind getroffen werden können.

Eur J Trauma Emerg Surg doi: <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01410-4>

ISS alone, is not sufficient to correctly assign patients post hoc to trauma team requirement.

Waydhas C, Bieler D, Hamsen U, Baacke M, Lefering R, TraumaRegister DGU.

PURPOSE: An injury severity score (ISS) ≥ 16 alone, is commonly used post hoc to define the correct activation of a trauma team. However, abnormal vital functions and the requirement of life-saving procedures may also have a role in defining trauma team requirement post hoc. The aim of this study was to describe their prevalence and mortality in severely injured patients and to estimate their potential additional value in the definition of trauma team requirement as compared to the definition based on ISS alone.

METHODS: Retrospective analysis of a trauma registry including patients with trauma team activation from the years 2009 until 2015, who were 16 years of age or older and were brought to the trauma center directly from the scene. Patients were divided into a group with an ISS ≥ 16 vs. ISS < 16 . For analysis a predefined list of abnormal vital functions and life-saving interventions was used.

RESULTS: 58,723 patients were included in the study (N = 32,653 with ISS ≥ 16 ; N = 26,070 with ISS < 16). From the total number of patients that required life-saving procedures or presented with abnormal vital functions 29.1% were found in the ISS < 16 group. From the ISS < 16 group, 36.7% of patients required life-saving procedures or presented with abnormal vital signs. The mortality of those was 8.1%.

CONCLUSIONS: Defining the true requirement of trauma team activation post hoc by using ISS ≥ 16 alone does miss a considerable number of subjects who require life-saving interventions or present with abnormal vital functions. Therefore, life-saving interventions and abnormal vital functions should be included in the definitions for trauma team requirement. Further studies have to evaluate, which life-saving procedures and abnormal vital functions are most relevant.

Unfallchirurg. 2020; 123: 944-953. doi: <https://doi.org/10.1007/s00113-020-00915-2>

Akutbehandlung schwangerer Patientinnen nach schwerem Trauma – eine retrospektive Multicenteranalyse.

Weißleder A, Kulla M, Annecke T, Beese A, Lang P, Beinkofer D, Lefering R, Trentzsch H, Jost C, Treffer D; das TraumaRegister DGU®.

HINTERGRUND: Die Versorgung schwangerer Traumapatientinnen stellt das gesamte medizinische Team vor eine besondere Herausforderung. Ziel unserer Studie war es, diese Daten zu erheben und die Unterschiede zu nichtschwangeren Traumapatientinnen zu ermitteln.

MATERIAL UND METHODEN: Wir führten eine retrospektive Datenanalyse aus dem TraumaRegister DGU® durch und verglichen 102 schwangere mit 3135 nichtschwangeren Patientinnen im gebärfähigen Alter (16–45 Jahre) aus den Jahren 2016–2018, welche in Traumazentren behandelt worden sind. Die Patientinnen sind jeweils über den Schockraum aufgenommen und auf Intensivstation behandelt worden.

ERGEBNISSE: In Deutschland, Österreich und der Schweiz waren 3,2 % der Traumapatientinnen schwanger, d. h. 102 Frauen. Frauen im durchschnittlichen Alter von 29 Jahren erlitten am häufigsten ein Trauma infolge eines Verkehrsunfalls. Ein schweres Trauma („Injury Severity Score“ [ISS] ≥ 16 Punkte) erlitten 24,5 % der Schwangeren und 37,4 % der Nichtschwangeren. Bei schwangeren Patientinnen wurde nur in 32,7 % der Fälle eine Computertomographie (Traumaspirale) durchgeführt – bei nichtschwangeren Frauen dagegen in 79,8 %. Infolge des Traumas verstarben 2,9 % der schwangeren und 3,5 % der nichtschwangeren Patientinnen. Die standardisierte Mortalitätsrate (SMR) hatte einen Wert bei Schwangeren von 0,42 und bei Nichtschwangeren von 0,63.

DISKUSSION: Erstmalig liegen nun Daten für die Länder Deutschland, Österreich und Schweiz zu Inzidenz, Traumamechanismen, prähospitaler und innerklinischer Versorgungsphase sowie Intensivtherapiephase für schwangere Traumapatientinnen vor. Weitere Untersuchungen zu Daten bezüglich des fetalen Outcomes und traumaassoziierten Verletzungen der schwangeren Traumapatientinnen wären wünschenswert. Gynäkologen bzw. Geburtshelfer sollten hier im Bedarfsfall standardisiert in das Schockraumteam integriert werden können.

Für Ihre besonderes Engagement im Jahr 2020 geht unser Dank an die folgenden Reviewer:

Hagen Andruszkow	Kai-Oliver Jensen
Jörg Bayer	Oliver Kamp
Dan Bieler (auch KoBo)	Karl-Georg Kanz
Felix Bläsius	Christian Kleber
Christopher Bliemel	Philipp Kobbe
Tuomas Brinck	Martin Kulla
Thomas Brockamp	Thomas Lustenberger
Michael Caspers	Marc Maegele
Patrick Czorlich	Gerrit Matthes
Janosch Dahmen	Manuel Mutschler
Florian Debus	Orkun Özkurtul
Arne Driessen	Thomas Paffrath
Lars Eden	Hans-Georg Palm
Pedram Emami	Roman Pfeifer
Toni Ernstberger	Carsten Raab
Stefanie Fitschen-Oestern	Steffen Ruchholtz
Sascha Flohé	Stefan Schulz-Drost
Ulrike Fochtmann	Uwe Schweigkofler
Christian Frank	Christopher Spering
Axel Franke	Kai Sprengel
Benedikt Friemert	Dirk Stengel
Thomas Friess	Philipp Störmann
Matthias Fröhlich	Heiko Trentzsch (auch KoBo)
Denis Gümbel	Falk von Lübken
Uwe Hamsen	Arasch Wafaisade (auch KoBo)
Marc Hanschen	Nils Wagner
Rene Hartensuer	Christian Waydhas
David Häske	Christian Weber
Michael Hoffmann	Alexander Wegner
Klemens Horst	Arne Wilharm
Stefan Huber-Wagner	Arnulf Gregor Willms
Björn Hußmann	Sebastian Wutzler

13 Im Jahresbericht genannte Literatur

Lefering R, Mahlke L, Franz D. The cost estimator in the TraumaRegister DGU. Unfallchirurg 2017; 120: 1065-1070.

Lefering R, Huber-Wagner S, Nienaber U, Maegele M, Bouillon B. Update of the trauma risk adjustment model of the TraumaRegister DGU: the revised injury severity classification, version II. Crit Care 2014; 18:476.

Paffrath T, Lefering R, Flohé S. TraumaRegister DGU. How to define severely injured patients? – An Injury Severity Score (ISS) based approach alone is not sufficient. Injury Supplement 2014; Injury 2014; 45 Suppl 3: S64-S69.

Pape HC, Lefering R, Butcher N, Peitzman A, Leenen L, Marzi I, Lichte P, Josten C, Bouillon B, Schmucker U, Stahel PF, Giannoudis P, Balogh ZJ. The definition of polytrauma revisited: An international consensus process and proposal of the new 'Berlin definition'. J Trauma Acute Care Surg 2014; 77: 780-786.

14 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Fallzahlen in 2019 Ihre Klinik vs. TR-DGU	S. 6
Tabelle 2	Datenqualität zur Berechnung des RISC II-Scores	S. 8
Tabelle 3	Überblick über die Daten des TR-DGU aus dem Basiskollektiv im 3-Jahres-Vergleich	S. 9
Tabelle 4	Basisdaten Ihrer Klinik im Vergleich zu den Gesamtdaten der Traumazentren DGU über die vergangenen drei Jahre	S. 27
Tabelle 5	Daten Ihrer Klinik und aus dem TR-DGU zu Patienten und Unfallart	S. 33
Tabelle 6	Daten Ihrer Klinik und aus dem TR-DGU zu Befunden am Unfallort. Angaben für primär versorgte Patienten	S. 34
Tabelle 7	Daten Ihrer Klinik und aus dem TR-DGU zur Schockraum- und OP-Phase. Angaben nur für primär versorgte Patienten	S. 35
Tabelle 8	Daten Ihrer Klinik und aus dem TR-DGU zur Intensivtherapie	S. 36
Tabelle 9	Daten Ihrer Klinik und aus dem TR-DGU zu Entlassung und Outcome	S. 36
Tabelle 10	Basisdaten Ihrer Klinik zu ausgewählten Subgruppen. Die prozentuale Häufigkeit bezieht sich auf die Fallzahl im Basiskollektiv der jeweiligen Subgruppe	S. 38
Tabelle 11	Bewertungskriterien für Datenqualität im TR-DGU	S. 40
Tabelle 12	Vollständigkeitsraten [%], Anzahl fehlender Werte {} für ausgewählte Parameter sowie Zeit bis zur Falldokumentation im TR-DGU [Monate]	S. 41
Tabelle 13	Vollständigkeit der Daten Ihrer Klinik aus 2018 im Zeitvergleich und zum TR-DGU 2019	S. 42
Tabelle 14	Verteilung der Verletzungen aller erfassten Patientenfälle (Basiskollektiv) über die Jahre 2017-2019	S. 44
Tabelle 15	Anteil relevant verletzter Patienten (AIS ≥ 3) pro Körperregion über die Jahre 2017-2019 (Basiskollektiv)	S. 44
Tabelle 16	COVID-19 Dokumentation und Patienten Zahlen 2020	S. 46
Tabelle 17	Anzahl an verstorbenen Patienten mit dokumentiertem therapielimitierenden Patientenwillen für die Jahre 2015-2019	S. 47
Tabelle 18	Mittleres Alter der Verstorbenen, getrennt nach dem Vorhandensein eines therapielimitierenden Patientenwillens über die Jahre 2015-2019	S. 47
Tabelle 19	Zahlen aus dem Reviewboard 2019	S. 48

15 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Flussdiagramm zur Zusammensetzung des Basiskollektivs	S. 5
Abbildung 2	Letalitätsrate und Mortalitätsprognose (RISC II)	S. 7
Abbildung 3	Differenz zwischen Letalität und Mortalitätsprognose (RISC II) aller am TR-DGU teilnehmenden Kliniken mit mehr als 5 Fällen für das Jahr 2019	S. 9
Abbildung 4	Verteilung der mittleren Dauer von Unfall bis Aufnahme im Krankenhaus von Patienten mit ISS ≥ 16 über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 11
Abbildung 5	Verteilung der Kapnometrierate bei präklinisch intubierten Patienten über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 12
Abbildung 6	Verteilung der Beatmungsrate bei bewusstlosen Patienten über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 13
Abbildung 7	Verteilung der Rate von angelegten Beckengurten bei instabiler Beckenfraktur über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 14
Abbildung 8	Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme im SR bis zum GK-CT über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 15
Abbildung 9	Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme im SR bis zum ersten Notfalleingriff über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 16
Abbildung 10	Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme SR bis zur Not-OP bei penetrierendem Trauma über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 17
Abbildung 11	Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme SR bis zur Not-OP bei Patienten im Schock über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 18
Abbildung 12	Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme im SR bis zum Beginn der Transfusion über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 19
Abbildung 13	Verteilung der mittleren Dauer von Aufnahme im SR bis zur operativen Hirndruckentlastung über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 20
Abbildung 14	Verteilung der cCT-Rate bei Patienten mit GCS < 14 über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 21
Abbildung 15	Verteilung der Sonografierate bei Patienten ohne GK-CT / cCT über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 22
Abbildung 16	Verteilung der präklinischen Verabreichungsrate von Tranexamsäure bei im SR bzw. in der OP-Phase transfundierten Patienten über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 23

Abbildung 17	Verteilung der Verabreichungsrate von Tranexamsäure im SR bei Patienten, die zwischen SR und ICU-Aufnahme transfundiert wurden, über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU,  einzelner Klinikwert	S. 24
Abbildung 18	Verteilung der Raten von Patienten mit dokumentiertem Base Excess (BE) über alle Kliniken, 2015-2019, — TR-DGU,  einzelner Klinikwert	S. 25
Abbildung 19	Fallzahlen im Basiskollektiv des TR-DGU von 2010 - 2019 (Balken)	S. 26
Abbildung 20	Mediane Fallzahl der am TR-DGU teilnehmenden Traumazentren, getrennt nach der Traumastufe für das Jahr 2019	S. 27
Abbildung 21	Verlegungsstatus getrennt nach Traumazentrums-Stufen für 2019	S. 29
Abbildung 22	Mittleres Patientenalter im — TR-DGU im Vergleich zu den  einzelnen Klinikwerten im TR-DGU für die Jahre 2010-2019	S. 30
Abbildung 23	Standardisierte Mortalitätsratio vom — TR-DGU im Vergleich zu den  einzelnen Klinikwerten im TR-DGU für die Jahre 2010-2019	S. 31
Abbildung 24	Korrelation zwischen Liegedauer und Verletzungsschwere über alle Kliniken in 2019	S. 32
Abbildung 25	Versterbenszeitpunkt der Patienten [Liegedauer in Tagen] im TR-DGU in 2019	S. 32
Abbildung 26	Liegedauer auf Intensivstation [Tage] und Patientenzahlen getrennt nach Subgruppen, Definition siehe Tab. 10, Patienten 2017-2019, — TR-DGU,  einzelner Klinikwert	S. 39
Abbildung 27	Liegedauer [Tage] und Patientenzahlen im Krankenhaus getrennt nach Subgruppen, Definition siehe Tab. 10, Patienten 2017-2019, — TR-DGU,  einzelner Klinikwert	S. 40
Abbildung 28	Verteilung der Vollständigkeitsrate der Daten aus 2019 über alle Kliniken	S. 42
Abbildung 29	Zeitliche Entwicklung der Dokumentationsqualität: Vollständigkeitsrate im TR-DGU 2010-2019	S. 43
Abbildung 30	Verletzungsmuster im TR-DGU für das Basiskollektiv aus 2017-2019	S. 44
Abbildung 31	Häufigkeitsverteilung der ISS ≥ 16 Patientenfallzahlen in einer Klinik für das TR-DGU 2019	S. 45
Abbildung 32	Fallzahlen im TR-DGU 2002-2019, S: Standardbogen, QM: QM-Bogen	S. 46
Abbildung 33	Anzahl an Publikationen aus dem TraumaRegister DGU® sowie deren Impact-Punkte seit 1997	S. 48

16 Abkürzungen

Abb.	Abbildung
AIS	Abbreviated Injury Scale
Allg.	Allgemeine
ASA	American Society of Anaesthesiologists (Klassifikation)
AUC	AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Österreich)
BE	Base Excess
BG	Berufsgenossenschaft (Deutschland)
BGA	Blutgasanalyse
BWS	Brustwirbelsäule
CT	Computertomografie
cCT	Craniale Computertomografie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
DVT	Deep Vein Thrombosis
EK	Erythrozytenkonzentrat
FAST	Focused Assessment with Sonography for Trauma
FFP	Fresh Frozen Plasma
GCS	Glasgow Coma Scale
ggf.	gegebenenfalls
GK-CT	Ganzkörper-Computertomografie
GOS	Glasgow Outcome Scale
Hb	Hämoglobin
HWS	Halswirbelsäule
IFOM	Institut für Forschung in der Operativen Medizin
INR	International Normalized Ratio
ISS	Injury Severity Score
ITS	Intensivtherapie-Station
Khs	Krankenhaus
KI	Konfidenzintervall
Lebensg.	Lebensgefährlich
LTZ	Lokales Traumazentrum
LWS	Lendenwirbelsäule
m	Meter
MAIS	Maximaler AIS (schwerste Verletzung)
MANV	Massenanfall von Verletzten
max.	maximal
Max	Maximum
[min]	Minute
Min.	Minimum
mind.	mindestens

ml	Milliliter
mmHg	Millimeter-Quecksilbersäule
mmol	Millimol
MOV	Multi-Organversagen
MW	Mittelwert
NIS	Sektion Notfall- & Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung der DGU
NISS	New Injury Severity Score
OP	Operation
Q-Indikator	Qualitätsindikator
QM	Qualitätsmanagement
phys.	physiologisch
präklin.	präklinisch
RISC	Revised Injury Severity Score (Prognose-Score)
RR	systolischer Blutdruck (nach Riva-Rocci in mmHg)
RTH	Rettungshubschrauber
RTZ	Regionales Traumazentrum
S	Standardbogen
SA	Standardabweichung
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SMR	Standardisiertes Mortalitätsratio
SR	Schockraum
Std.	Stunde
syst.	systolisch
TPZ	Thromboplastinzeit
TR-DGU	TraumaRegister DGU®
TXA	Tranexamsäure
ÜTZ	Überregionales Traumazentrum
vs.	versus