

Traumazentrum am Heinrich-Braun-Klinikum

Jahresbericht

2025

1. Vorwort.....	2
2. Kurzportrait des Zentrums und seiner Netzwerkpartner	3
3. Spezialisierung des Traumazentrums	5
4. Darstellung des Traumazentrums anhand von Registerdaten.....	6
5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung.....	12
6. Fort- und Weiterbildung.....	15

1. Vorwort

Der vorliegende Jahresbericht des Traumazentrums Zwickau am Heinrich-Braun-Klinikum (HBK), Standort Zwickau | Karl-Keil-Straße wurde auf Grundlage der Regelung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Umsetzung der besonderen Aufgaben und Schwerpunkte gemäß § 136c Absatz 5 SGB V, Anlage 3 erstellt. Der Bericht präsentiert eine retrospektive Analyse des Jahres 2025. Es erfolgt eine Beschreibung des Traumazentrums sowie seiner Netzwerkpartner, die Darstellung der Umsetzung von Qualitätssicherung und die Anzahl sowie Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. Der Bericht ist über die Homepage des HBK veröffentlicht.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachform männlich, divers und weiblich verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Anne Wolf-Kipping, M.Sc.
Zentrumskoordinatorin

Prof. Dr. med. Bernhard Karich
Zentrumsleiter

2. Kurzportrait des Zentrums und seiner Netzwerkpartner

Das HBK ist gemäß den Kriterien des Weißbuches Schwerverletztenversorgung der DGU® am Standort Zwickau | Karl-Keil-Straße als überregionales TraumaZentrum zertifiziert. Im August 2024 wurde der Standort erfolgreich als überregionales TraumaZentrum zertifiziert. Die Gültigkeitsdauer des Zertifikats erstreckt sich bis zum 15.07.2027 (Abbildung 1). Im November des Jahres 2025 wurde die kassenrechtliche Prüfung des Traumazentrums nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgenommen.



Abbildung 1: Zertifikat überregionales TraumaZentrum DGU®

Die Leitung des Traumazentrums oblag Prof. Dr. med. Bernhard Karich, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Physikalische Medizin. Die Stellvertretung wurde durch Dr. med. S. Richter (Oberarzt im Kinderzentrum) und Prof. Dr. med. A.W. Reske (Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie) übernommen. Die Koordination des Zentrums wurde von Frau Anne Wolf-Kipping, M.Sc., übernommen.

Im Jahr 2025 wurde die Behandlung der Patienten auf hohem medizinischem Niveau und nach aktuellen Standards sichergestellt. Die vorliegende Organisationseinheit hat sich der Aufgabe gewidmet, interdisziplinäre medizinische Kompetenzen von Experten verschiedener Fachrichtungen und Einrichtungen zu bündeln, mit dem Ziel, die Behandlung der Patienten zu optimieren und zu verbessern. Ein signifikanter Anteil der ärztlichen Kollegen hat eine spezielle Ausbildung in Advanced Trauma Life Support (ATLS®) absolviert. Die Prüfung der Zentralen Notaufnahme wurde gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern durchgeführt (§ 136c Absatz 4 SGB V). Infolgedessen wurde die umfassende Notfallversorgung bestätigt. Für den Fall von Großschadensereignissen besteht ein MANV-Lager.

Das HBK erfüllte umfassende personelle, technische und organisatorische Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität gemäß dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU®. Darüber hinaus ist die Klinik für Unfallchirurgie und Physikalische Medizin seit April 2014 bis in die Gegenwart am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung beteiligt. Im Jahr 2025 verfügte das HBK über 1072 Planbetten, wovon 969 in den somatischen Fachgebieten und 103 in den psychiatrischen Fachgebieten lagen. Das Traumazentrum kooperierte im Rahmen eines Netzwerkes mit niedergelassenen Ärzten, anderen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Das Traumazentrum arbeitete mit folgenden Einrichtungen auf Netzwerkebene zusammen:

- + Klinik für Plastische und Handchirurgie mit Schwerbrandverletzentzentrum der Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig (Schwerbrandverletzentzentrum)
- + Klinikum Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH
- + Klinikum Erlabrunn GmbH
- + Klinikum Obergöltzsch Rodewisch
- + Paracelsus Klinik Adorf/ Schöneck GmbH Co. KGaA
- + Westsächsische Hochschule Zwickau, Fakultät für Gesundheits- und Pflegewissenschaften
- + Westsächsische Hochschule Zwickau, Fakultät für Physikalische Technik

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Kliniken des HBK, weiteren Netzwerkpartnern und dem Traumazentrum wurde durch Kooperationsverträge geregelt. Die vorrangige Aufgabe, der sich das Traumazentrum widmen musste, bestand in der Koordination der interklinischen Zusammenarbeit. Dies beinhaltete die strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung des Traumazentrums sowie die Umsetzung

beschlossener Maßnahmen. Ein weiteres Leistungsmerkmal des Traumazentrums war die umfassende psychologische Betreuung der Patienten sowie die ggf. mikrobiologischen Fallbesprechungen in Kooperation mit dem Medizinischen Labor Westsachsen. Außerdem fungierte das seit 2011 etablierte Klinische Ethikkomitee als Ansprechpartner für alle Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter.

Das HBK ist ein überregionales Traumazentrum innerhalb des TraumaNetzwerk Westsachsen. Das TraumaNetzwerk Westsachsen integrierte mehr als 25 Traumazentren aller Versorgungsstufen und zeichnete sich durch eine aktive überregionale Zusammenarbeit aus. Es verfügte über interne Kommunikationsstrukturen, die den medizinischen Austausch ermöglichten. Im Rahmen eines Qualitätszirkels sowie einer Fortbildungsveranstaltung wurden mindestens zweimal jährlich Treffen des TraumaNetzwerks durchgeführt.

3. Spezialisierung des Traumazentrums

Zentrum für Kindertraumatologie

Im Jahr 2025 bestand das Zentrum für Kindertraumatologie als Abteilung im Kinderzentrum des HBK. Im Rahmen der jährlichen internen Evaluation der Indikatoren der Prozess- und Strukturqualität sowie der personellen Ausstattung für das Basis- und erweiterte Schockraumteam gemäß dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU© wurde ein positives Resultat erzielt. Gemäß § 25 Absatz 4 der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V sind die Anforderungen zur umfassenden Notfallversorgung für Kinder zu erfüllen. Seit dem Jahr 2021 wurde dem kindertraumatologischen Zentrum seitens der Unfallkasse Sachsen die Statusbezeichnung "Referenzzentrum für die berufsgenossenschaftlichen Verfahren" verliehen. Zu den erbrachten Leistungen zählte eine Rehabilitationssprechstunde, die im Rahmen des kindlichen berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens durchgeführt wurde.

Die interne statistische Auswertung des Jahres 2025 ergab insgesamt 33 Anmeldungen des Schockraums für die Altersklasse null bis 17 Jahre. Sieben Patienten wurden in das TraumaRegister® eingepflegt, wobei vier von ihnen eine schwere Verletzung (ISS ≥ 16) aufwiesen.

Tabelle 1: Übersicht Kindertraumatologie 2023-2025

Jahr	Anmeldung des Schockraum	Registereingabe	ISS>16
2023	37	6	3
2024	76	13	9
2025	33	7	4

Behandlungseinheit Handtraumatologie

Die Klinik für Handchirurgie und Rekonstruktive Mikrochirurgie verfügte über zehn Betten. Im genannten Zeitraum wurden 708 operative Eingriffe durchgeführt, darunter 92 Versorgungen mikrochirurgischer Gefäß- und Nervennähte (Tabelle 2). Im HandTraumaRegister DGH® wurden 213 Fälle erfasst.

Tabelle 2: Übersicht Handtraumatologie 2023 bis 2024

	2023	2024	2025
handchirurgische Eingriffe	657	622	708
davon mikrochirurgische Eingriffe mit mikrochirurgischer Nervennaht oder mikrochirurgischer Gefäßnaht	66	59	92

4. Darstellung des Traumazentrums anhand von Registerdaten

Die Evaluation einer Vielzahl von Parametern sämtlicher Eingaben in das TraumaRegister der DGU® erfolgt jährlich. Die Dokumentation der schwerverletzten Patienten im TraumaRegister setzte das Vorliegen der erforderlichen datenschutzrechtlichen Einwilligung der Patienten oder ihrer bevollmächtigten Betreuer voraus.

Die Darstellung des Traumazentrums bezieht sich auf den Jahresbericht 2025 des TraumaRegister DGU®. Der Bericht analysiert die Daten des vorangegangenen Jahres. Im Jahr 2024 wurden 156 Patienten datenschutzkonform in das deutschlandweite TraumaRegister eingegeben, wobei 137 Patienten primär aufgenommen und behandelt und 19 Patienten aus anderen Kliniken verlegt wurden. In der Auswertung wurde festgestellt, dass mehr als zwei Drittel der verunglückten Personen Männer waren. In der Analyse wurde bei 91 % des Kollektivs (n = 142) ein maximaler Abbreviated Injury Scale (AIS- Schweregrad) von ≥ 3 festgestellt. Bei 98% der Patienten (n=153) war eine Intensivtherapie erforderlich.

In der Gruppe der lebensgefährlich (schwer-)verletzten Personen wurde ein Prozentsatz von 43 % der dokumentierten Fälle (n = 67) festgestellt. Gemäß der als "Berliner Definition" bezeichneten Klassifikation wurden 22 % der Patienten (n=22) als Polytrauma festgehalten. 71 % der Patienten (n=110) wiesen einen Injury Severity Score (ISS) ≥ 16 auf. Der Altersdurchschnitt des Basiskollektivs belief sich auf 55,9 Jahre. Im bundesweiten Vergleich war das Durchschnittsalter der Patienten konstant. 7,1 % der Patienten (n = 11) waren Kinder und unter 16 Jahre alt. Insgesamt erschienen 2024 16,3 % der Fälle (n = 25) als Arbeitsunfälle. Gemäß den vorliegenden Daten wurden 35,8 % der schwerverletzten Patienten (n = 49) mittels eines Rettungshubschraubers (RTH) in ein Klinikum transportiert. Es wurde eine Zunahme von 19 % der Patienten, die auf diesem

Rettungsweg ins HBK erschienen, im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt (18,4 %) bestimmt. Im Vergleich zum Vorjahr war die prozentuale Verteilung des Rettungsmittels ähnlich (RTH n=54; 36 %).

Die Analyse der zurückliegenden drei Jahre ergab eine durchschnittliche präklinische Verweildauer von 78,2 Minuten. Im bundesweiten Vergleich wurde festgestellt, dass die präklinische Verweildauer bis zur Aufnahme in das Traumazentrum am HBK im Durchschnitt um 15 Minuten länger war. Diese Diskrepanz lässt sich durch die regionalen Besonderheiten des jeweiligen Einzugsgebiets erklären.

In der überwiegenden Zahl der Fälle (98 %, n=152) konnte ein stumpfes Trauma als Unfallursache identifiziert werden. Der Mittelwert des ISS belief sich auf 21,2 (2023: 22). Während in der vorliegenden Untersuchung 70,5 % der Patienten ein ISS ≥ 16 aufwiesen, lag der bundesweite Vergleichswert bei 55,5 %. Diese Auswertung bestätigte das Behandlungsausmaß am Zentrum. In 54,2 % der Fälle wiesen die Patienten ein schweres Schädel-Hirn-Trauma auf (AIS-Kopf ≥ 3). Es konnte festgestellt werden, dass 51,9 % der Verletzten ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten. Dieser Wert liegt 13,6 % über dem Wert des Gesamtregisters im Jahr 2024 (38,3 %).

Bei 75,2 % der im Schockraum behandelten Patienten (n = 103) erfolgte eine Ganzkörper-Computertomographie (GKCT). In 94,2 % der Fälle (n = 129) wurde eine kraniale Computertomographie (cCT) angeordnet, entweder als separate Computertomographie (CT) oder als GKCT. 56 Patienten erhielten ein cCT, welche bei Aufnahme ein GCS von <14 aufwiesen. Die jährliche Analyse ergab eine kontinuierliche Zeitdifferenz zwischen der Aufnahme und der GKCT. Die ermittelte Zeitdifferenz belief sich auf 16 Minuten (Min.: 0 – Max.: 98 Min.). Im Rahmen des deutschlandweiten Vergleichs wurde ein konstanter Zeitvorteil von 11 Minuten verifiziert.

In 39,7 % der Fälle (n = 54) erfolgte nach der Schockraumbehandlung ein direkter Transfer der Verletzten in den Operationssaal. In 68,6 % der Fälle (n = 107) wurde bei den aufgenommenen Patienten eine operative Versorgung der Verletzungen vorgenommen. Im Jahr 20243 betrug die mittlere Dauer von der Schockraumaufnahme bis zur ersten Notoperation 81 Minuten. Damit lag das Traumazentrum unter dem bundesweiten Mittelwert von 92 Minuten bis zum operativen Noteingriff.

Eine intensivmedizinische Behandlung wurde bei 98 % der Schwerverletzten (n = 153) indiziert. Die mittlere Liegedauer der Patienten auf der Intensivstation belief sich im Berichtszeitraum auf 8,9 Tage (Standardabweichung $\pm 11,3$ Tage). Der Median ergab vier Tage. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Traumazentrum beträgt 18 Tage (Standardabweichung $\pm 15,9$ Tage, Median: 13 Tage). Im Berichtsjahr verließ ein

signifikanter Anteil der erfassten Patienten (n=136, 87,2 %) das Krankenhaus lebend. In 9,6 % der Fälle wurde eine Verlegung der Patienten in eine andere medizinische Einrichtung durchgeführt. Die 30-Tage-Mortalität zählte 12,8 % (n=20 Patienten). Im Schockraum verstarben drei Patienten (1,9 %), innerhalb der ersten 24 Stunden sieben Patienten (3,2 %) und mit Therapielimitierung sowohl aus palliativen Gründen als auch mutmaßlichen oder schriftlich bekundeten Patientenwillen verstarben 14 verunfallte Menschen (Tabelle 3). Die durchschnittliche Verweildauer der Schwerverletzten im Krankenhaus betrug 18,1 Tage (Standardabweichung \pm 15,9 Tage). Der Median belief sich auf 13 Tage. Das Traumazentrum wies im bundesweiten Vergleich eine mittlere Liegedauer von fünf Tagen auf.

Tabelle 3: Übersicht Outcome Sterblichkeit im Berichtsjahr 2024

Outcome	HBK		TR-DGU	
	n in %	n	n in %	n
Verstorben innerhalb der ersten 24 Std.	3,2	5	4,8	1395
Verstorben im Schockraum (ohne ITS)	1,9	3	1,8	517
Verstorbene mit Therapielimitierung	70,0	14	70,9	2606

Quelle: Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®

Verletzungen, die mit einem AIS-Schweregrad von mindestens 3 Punkten bewertet wurden, wurden als "relevant" klassifiziert. In den Jahren 2022 bis 2024 wurde in 88,2 % der dokumentierten Fälle eine relevante Verletzung festgestellt. In mehr als der Hälfte der Fälle (59,6 %, n = 268) handelte es sich um eine Verletzung des Kopfes. Die zweithäufigste Verletzung betrifft die Körperregion Thorax. (Tabelle 4)

Tabelle 4: Anteil relevant verletzter Patienten (AIS \geq 3) pro Körperregion über die Jahre 2022-2024 (Basiskollektiv)

	HBK 2022-2024		TR-DGU 2022-2024	
	n in %	n	n in %	n
Relevante Verletzungen (AIS \geq 3)	88,2	450	84,7	79.091
des Kopfes	59,6	268	44,5	35.176
des Thorax	47,1	212	45,9	36.316
des Abdomens	7,8	35	11,9	9.392
der Extremitäten und/oder des Beckens	21,8	98	27,5	21.751
Patienten, bei denen mehr als eine Körperregion relevant verletzt war	38,2	172	28,5	22.777

Quelle: Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®

In dem vorliegenden Jahresbericht erschien erstmalig die sogenannte RISC III-Prognose. Die Mortalitätsprognose, die bislang auf dem RISC-II-Modell basierte, wurde auf das RISC-III-Modell umgestellt. Die Mortalitätsprognose für das Jahr 2024 belief sich auf 15,0 %. Tatsächlich verstarben 13,1 % der Patienten (95% KI, SA: 7,5–18,8). (Abbildung 2)

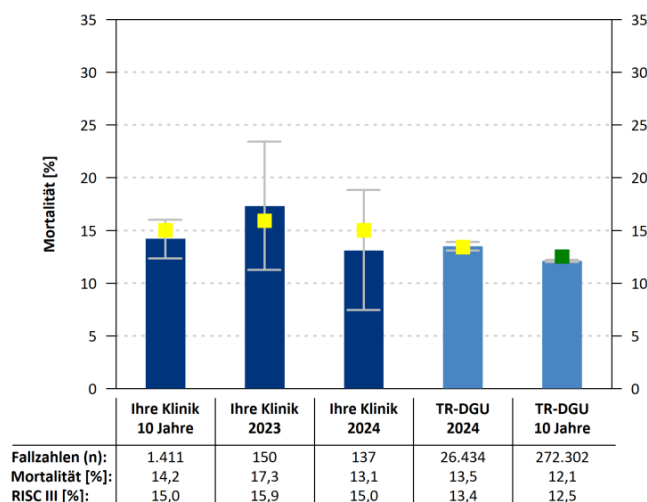


Abbildung 2: Mortalitätsrate und –Prognose(RISC III), Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®

Der Vergleich zwischen der beobachteten Mortalität und RISC III Prognose ergab eine Differenz von -1,9% (95%-KI; TR-DGU: +0,1 %). Der Berechnung bezieht sich auf die Fallzahl im Basiskollektiv (n=137). Die negative Differenz bedeutet, dass im Jahr 2024 weniger Patienten verstorben sind als erwartet.

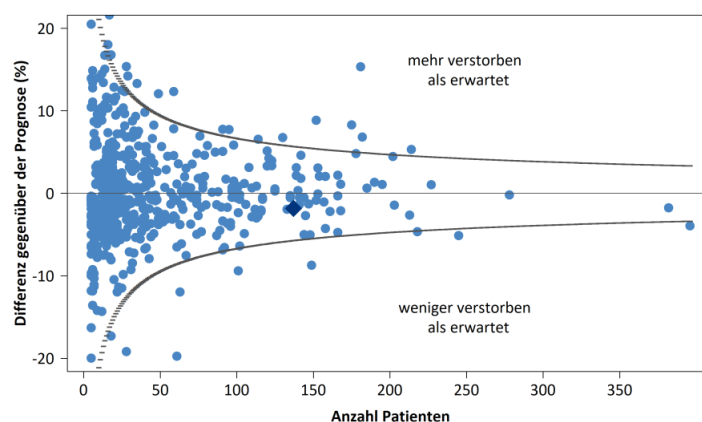


Abbildung 3: Differenz zwischen beobachteter Mortalität und Mortalitätsprognose (RISC III); Quelle: Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®

Die standardisierte Mortalitätsrate (SMR) belief sich auf 0,88 (95%-KI). Die Berechnungen aus dem Jahr 2024 ergaben eine $SMR > 1$, was bedeutet, dass die beobachtete Letalitätsrate niedriger war als die Erwartete (Abbildung 4). In 12,8 % der Fälle (n = 20) trat innerhalb der ersten 30 Tage nach der Aufnahme der Tod ein.

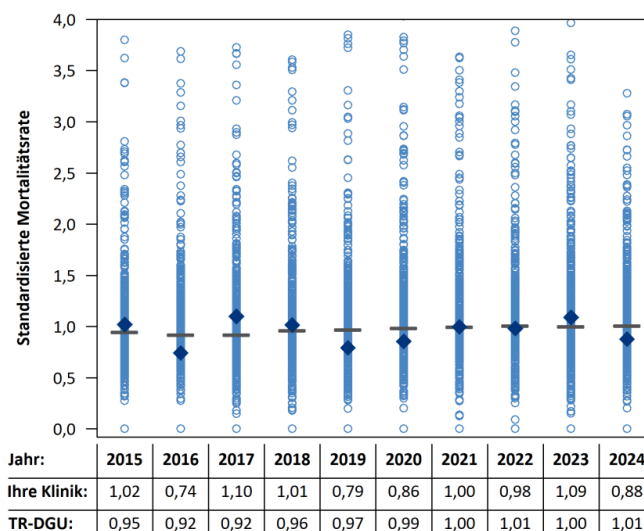


Abbildung 4: Standardisierte Mortalitätsrate im Vergleich für die Jahre 2015-2024, ♦ = HBK, ○ = TR-DGU, Quelle: Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®

Im Jahresbericht 2025 wurde ein zweites Qualitätsinstrument publiziert, welches die Prognose eines verlängerten Aufenthaltes auf der Intensivstation bei überlebenden Patienten berechnet (Prolonged ICU Prediction= PICUP). Ein Aufenthalt auf der Intensivstation, der über sieben Tage hinausgeht, wurde als Verlängerung definiert. In der Folge wird der beobachtete Anteil der Patienten mit einem verlängerten Intensivaufenthalt mit dem erwarteten Anteil der Patienten verglichen. Von der Berechnung wurden verstorbene Patienten ausgeschlossen. Im Jahr 2024 wurden 132 Patienten in die Berechnung integriert. Die Diskrepanz zwischen dem Anteil der Langlieger und der Prognose belief sich auf 2,8 % (95%-KI; TR-DGU: -1,4 %).

Der Quotient aus der Beobachtung der erwarteten Rate (PICUP) an ICU-Langliegern ergibt die Observed Expected Rate (OER). 2024 betrug die Rate 1,09 (95%-KI). Die Analyse ergab, dass der Anteil der beobachteten ICU-Langlieger den erwarteten Anteil übersteigt. (Abbildung 5)

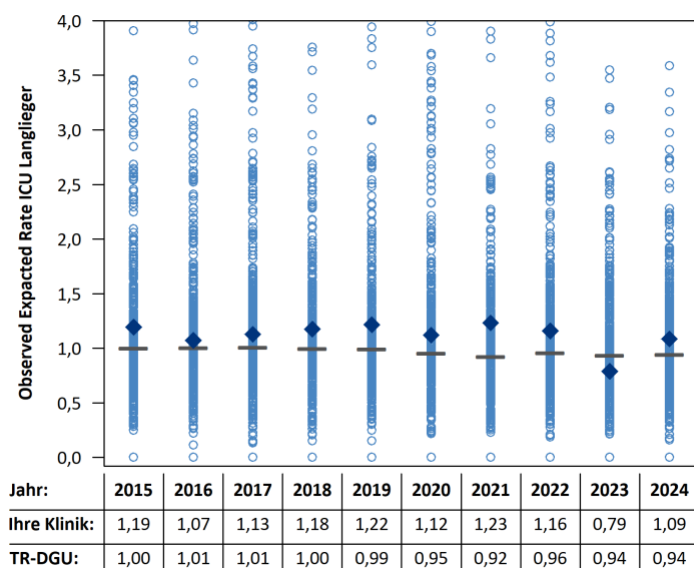


Abbildung 5: Observed Expected Ratio der Langlieger auf im Vergleich für die Jahre 2015-2024
 Quelle: Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®

Im Jahr 2024 wurde eine durchschnittliche Vollständigkeitsrate von 94,0 % bei den Eingaben im TraumaRegister analysiert. Die Analyse ergab, dass der Aspekt positiv zu werten ist, da das Gesamtregister eine Vollständigkeitsrate von 87,5 % aufwies. Im Durchschnitt wurden pro Patient 7,9 Diagnosen dokumentiert (Standardabweichung $\pm 3,9$). Der deutschlandweite Vergleich ergab einen Mittelwert von 4,5 Diagnosen (Standardabweichung $\pm 3,1$) pro Patient. Der Index weist im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderung auf. Die Outcome-Kennzahl diente der Erfassung der Schwere der Verletzungen der Patienten, des Behandlungsspektrums des Traumazentrums sowie der vollständigen Dokumentation der Diagnosen bzw. Auswertung der bildgebenden Diagnostik.

20254 wurden 9,6 % der Patienten (n = 13) in ein anderes Krankenhaus verlegt und 22,8 % (n = 31) in eine Rehabilitationsklinik entlassen. Bei 66,2 % der Patienten (n=90) erfolgte die Entlassung in die Häuslichkeit. Die Analyse der Daten aus Tabelle 5 zeigt auf, in welchem Zustand die überlebenden Patienten aus der Klinik entlassen wurden.

Tabelle 5:Entlassungszustand der Patienten im Traumazentrum 2024

Zustand bei Entlassung/ Verlegung	n in %	n
Gut erholt	71,6	96
Mäßig behindert	19,4	26
Schwer behindert	8,2	11
Nicht ansprechbar	0,7	1

Quelle: Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®

5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Im HBK wurden verschiedene Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements etabliert, um eine möglichst hohe Qualität der Patientenversorgung zu gewährleisten. Der 4-stufige PDCA-Zyklus nach Demming wurde als Methode zur kontinuierlichen Verbesserung angewandt. In Kooperation mit der Abteilung für Qualitätsmanagement wurde darauf hingewirkt, den Qualitätsgedanken und den PDCA-Zyklus aufrechtzuerhalten und zu implementieren. Die in Tabelle 6 präsentierte Übersicht umfasst ausgewählte Elemente des Qualitätsmanagements, die am Traumazentrum implementiert wurden.

Tabelle 6: Bestandteile des Qualitätsmanagements Übersicht 2025

Bestandteile	Terminierung	Aktivität
Hygienemanagement	zyklische	+ festgelegte Hygienebeauftragte im ärztlichen und pflegerischen Sektor + kontinuierliche Schulung
Externe Qualitätssicherung	ganzjährig	+ Füllung von medizinischen Registern und jährliche Auswertung der Registerdaten + Meldungen an das IQWiG und die externen Qualitätsberichte + Prüfungen des medizinischen Dienstes
Qualitätssicherung	mindestens zweimal jährlich	+ Interne und externe Qualitätszirkel
Risikomanagement	jährlich	+ Bearbeitung von CIRS Meldungen + Risikobeurteilung bzw. Re-Evaluation im Rahmen des internen QZ oder im Rahmen der Teambesprechung

Im vergangenen Jahr wurde eine Vielzahl von Veranstaltungen im Rahmen des Traumazentrums durchgeführt (siehe Tabelle 7). Die öffentlichen Veranstaltungen waren dem Veranstaltungskalender auf der Firmenhomepage zu entnehmen.

Tabelle 7: Übersicht Veranstaltungen 2025

Veranstaltung	Datum	Uhrzeit/Ort	Thema
Teambesprechung Unfallchirurgie	Januar- Dezember 2025	mittwochs 09:30 Uhr Haus 4 Zi. 2304	Aktuelle Falldiskussion
Interdisziplinäre radiologische Demonstration (UNFC/HAND/KICH/ZNA)	Januar- Dezember 2025	mittwochs 07:45 Uhr Haus 4 Demoraum EG	Demonstration der erfolgten Röntgen- und Schnittbilddiagnostik (CT und MRT)
Training „Traumafall“	Januar- Dezember 2025	7/24 TZ HBK Zwickau	Durchschnittlich zehn Polytraumafälle monatlich
23. Anästhesiologische Frühjahrstagung	10.05.2025	Bürgersaal des Rathauses Zwickau	Nachhaltigkeit in der Anästhesie und Intensivmedizin
Weiterbildung: Trauma und Rehabilitation	03.09.2025	Haus 90 Historischer Hörsaal	Endoprothetik bei und nach Frakturen Wirbelsäulenverletzungen – Therapie und Rehabilitation Stationäre Handrehabilitation am BG-Klinikum Bergmannstrost Halle Nadelöhr(?) BGSW – Wann – Was – Wie? Wo es hakt – Ergebnisse von Heilverfahrenskontrollen Weiterentwicklung der Zusammenarbeit
Interner Qualitätszirkel	15.05.2025	Haus 60 Besprechungsraum	Interdisziplinäre Kommunikation Neurorehabilitation
Externer Qualitätszirkel	18.12.2025	HBK Haus 6 Veranstaltungsraum	Ergebnis Traumaregister M+M Konferenz
Qualitätszirkel TNW West Sachsen-	29.05.2025	Uniklinikum Leipzig	Vorstellung der Jahresberichte Aktuelle Situation GBA Richtlinien proximale Femurfrakturen, Verhandlung mit den Kassen Ergebnisse der Notfalltraumanetzwerkkonferenz zur Herstellung der Verteidigungsfähigkeit in Deutschland Versorgung proximaler Ellenbogenverletzungen Bericht vom Weihnachtsmarkt Amokfahrt Magdeburg (Prof Dr. Felix Walcher) IVENA-MANV Leipziger Verteilungsplanung
Qualitätszirkel TNW West Sachsen-	03.09.2025	Sana Klinikum Borna	Alarmierung im Traumanetzwerk Westsachsen, Alarmierungskette Kommunikationstoolplattform WebEx

Veranstaltung	Datum	Uhrzeit/Ort	Thema
			Probealarmierung und Test Videokonferenz via WebEx Präoperatives Management der Beckenverletzungen Operative Strategie zur Versorgung von Acetabulumfrakturen Notfallmanagement und Blutungskontrolle bei Becken und Acetabulumfrakturen das Leipziger Zonen Modell Urologische Aspekte bei Beckenverletzungen

Gemäß der internen Maßnahmenplanung wurden sämtliche definierten Ziele und Maßnahmen am Traumazentrum dokumentiert. Die Zielstellungen für das Traumazentrum lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Gleichbleibende Dokumentationsqualität im TraumaRegister
- SOP: M+M Konferenz und entsprechende Protokolle
- Steigerung der Teilnahme an AO® Kursen
- Implementierung eines elektronischen Sammelnotrufes: „Polytrauma“
- Konzepte zur Wahrung des Facharztstandards im SR
- Steigerung der Zusammenarbeit mit dem Klinikum Chemnitz

Standard Operating Procedure

Die an der Versorgung der Schwerverletzten beteiligten Fachdisziplinen orientierten sich bei der Behandlung an etablierten Standards und Behandlungspfaden. Die gelenkten Dokumente waren für jeden Mitarbeiter elektronisch zugänglich und unterlagen einer kontinuierlichen Aktualisierung. Die Erarbeitung sowie die regelmäßige Aktualisierung diverser SOPs zur Versorgung von Schwerverletzten wurde in interdisziplinärer Organisation durchgeführt und durch den Zentrumskoordinator sowie das Qualitätsmanagement geleitet.

Tabelle 8: Ausgewählte Behandlungspfade Traumazentrum 2025

Dokumente	Letzte Aktualisierung
Anmeldeprotokoll Polytrauma (ÜTZ)	2024
Leitfaden Polytraumamanagement ZNA (ÜTZ)	2024
Schockraum-Algorithmus Polytrauma (ÜTZ)	2024
Managementhandbuch Überregionales TraumaZentrum®	2025
Organspende - Verfahrensanweisungen	2024
Massenanfall von Verletzten - externes Schadenereignis	2024

6. Fort- und Weiterbildung

Im Jahr 2025 verfügte das HBK über ein umfangreiches, differenziertes und berufsgruppenübergreifendes Fortbildungsprogramm für das ärztliche und pflegerische Personal. Im Rahmen des jährlichen externen Qualitätszirkels des Traumazentrums wurden die Netzwerkpartner und externen Interessengruppen eingeladen. Zudem wurde das bestehende Angebot um eine externe M+M-Konferenz ergänzt (Tabelle 7).

Abkürzungsverzeichnis

AIS	Abbreviated Injury Scale
ATLS®	Advanced Trauma Life Support
cCT	kraniale Computertomographie
CT	Computertomographie
DGH®	Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
DGU®	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GCS	Glasgow Coma Score
HBK	Heinrich- Braun- Klinik Zwickau
ISS	Injury Severity Score
MAIS	maximaler Abbreviated Injury Scale Schweregrad
RISC	Revised Injury Severity Classification
RTH	Rettungshubschrauber
SA	Standardabweichung
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
SOP	Standard Operating Procedures
TDSC®	Terror and Disaster Surgical Care

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Kindertraumatologie 2023-2025	5
Tabelle 2: Übersicht Handtraumatologie 2023 bis 2024	6
Tabelle 3: Übersicht Outcome Sterblichkeit im Berichtjahr 2024	8
Tabelle 4: Anteil relevant verletzter Patienten (AIS \geq 3) pro Körperregion über die Jahre 2022-2024 (Basiskollektiv)	8
Tabelle 5: Entlassungszustand der Patienten im Traumazentrum 2025	11
Tabelle 6: Bestandteile des Qualitätsmanagements Übersicht 2025	12
Tabelle 7: Übersicht Maßnahmen der Qualitätssicherung 2025	13
Tabelle 10: Ausgewählte Behandlungspfade Traumazentrum 2025	15

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zertifikat überregionales TraumaZentrum DGU®	3
Abbildung 2: Mortalitätsrate und –Prognose(RISC III), Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®	9
Abbildung 3: Differenz zwischen beobachteter Mortalität und Mortalitätsprognose (RISC III); Quelle: Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®	9
Abbildung 4: Standardisierte Mortalitätsrate im Vergleich für die Jahre 2015-2024, \diamond = HBK, \circ = TR-DGU, Quelle: Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®	10
Abbildung 5: Observed Expected Ratio der Langlieger auf im Vergleich für die Jahre 2015-2024 Quelle: Jahresbericht 2025, TraumaRegister DGU®	11

