

PIN Flash 15

Zeit zu handeln: Weniger Schwerverletzte in Europa – Ziele setzen!

Dieser 15. Road Safety PIN Flash wird anlässlich des **Weltgedenktags für Verkehrsunfallopfer** herausgegeben, der jeweils am 3. Novembersonntag eines Jahres stattfindet, dieses Jahr am 15. November.

Jedes Jahr fordern Verkehrsunfälle in der Europäischen Union **39.000** Menschenleben, und laut Polizeistatistik werden pro Jahr **1,7 Millionen** Menschen verletzt, davon **300.000** schwer¹. Dabei stellen die im Straßenverkehr Getöteten nur die "Spitze des Eisbergs" bei Verkehrsunfällen dar. Denn für jeden in der EU im Straßenverkehr Getöteten erleiden mindestens **44** Menschen Verletzungen durch Verkehrsunfälle - **8** davon werden als "schwer" verletzt eingestuft. Bei den unter 45-jährigen EU-Bürgern² ist die Beteiligung an einem Verkehrsunfall eine der häufigsten Todesursachen und einer der Hauptgründe für die Einweisung ins Krankenhaus.

Dank der heutigen Fahrzeuge mit mehr Schutzvorrichtungen, dem Ausbau der Notfallkette und des medizinischen Fortschritts überleben viele Menschen Verkehrsunfälle, tragen jedoch oft schwere Verletzungen und auch lebenslange Behinderungen davon. Europäische und nationale Entscheidungsträger sollten diesen Teil der Wirklichkeit nicht vergessen dadurch, dass sie nur auf die Anzahl der Getöteten im Verkehr schauen..

Dennoch geben die EU-Vergleiche ein verzerrtes Bild wider, denn die Unfalldatenaufnahme der Verletzten wird in den Mitgliedsländern sehr unterschiedlich gehandhabt. Ebenso unterscheiden sich die Definitionen dessen, was als "schwere Verletzung" gilt, stark in den einzelnen Ländern. Der Grad der Dunkelziffer, also der nicht erfassten Verletzten - erlaubt keine angemessene Allokation der finanziellen Ressourcen. Eine verbesserte Datenlage über Schwerverletzte ist entscheidend für die Entwicklung wirksamerer Maßnahmen. Schweden nimmt bei der Verknüpfung von Polizei- und Krankenhausdaten die Führungsrolle ein und beginnt nun damit, die Daten über Schwerverletzte auf der Basis der Aufzeichnungen der Krankenhäuser für den internationalen Vergleich zu nutzen.

Die Europäische Kommission hat kürzlich mit ihrer **Konsultation zum 4. Europäischen Verkehrssicherheitsprogramm 2010-2020**³ begonnen. Nach Meinung des ETSC sollte das neue Programm **neben dem Ziel einer weiteren Verringerung der Getötetenzahlen zusätzlich auf die Senkung der Zahl der**

¹ CARE Datenbank 2008.

² Öffentliche Anhörung der EU-Kommission zum Europäischen Verkehrssicherheitsaktionsprogramm 2010-2020.

³ http://ec.europa.eu/transport/road_safety/consultations/

Schwerverletzten ausgerichtet sein. Der ETSC schlägt ein zweigleisiges Vorgehen⁴ vor: jedes Landes sollte als Ziel die Reduzierung der Anzahl der Schwerverletzten auf der Basis der eigenen Definition vorsehen, und zwar in derselben Geschwindigkeit wie die Reduzierung der Anzahl der Getöteten im Straßenverkehr. Gleichzeitig sollte die EU auf die Einführung einer einheitlichen Definition zu "Schwerverletzten" hinarbeiten, um bessere Vergleichsmöglichkeiten innerhalb der EU zu schaffen. Parallel dazu sollten die Mitgliedsstaaten die Aufzeichnung von Daten Schwerverletzter durch Zugriff auf Daten der Polizei- als auch der Krankenhäuser verbessern.

Der Indikator

Wegen der unterschiedlichen Definition des Begriffs "Schwerverletzte" und der verschiedenen hohen Dunkelziffern kann die Zahl der Schwerverletzten zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten noch nicht miteinander verglichen werden. Ausgangspunkt für diesen Vergleich sind daher die Veränderungen der Zahl der Schwerverletzten seit 2001 im Vergleich zu den Veränderungen der Anzahl der Getöteten über den gleichen Zeitraum.

Weil die Schwerverletzten größere Auswirkungen auf die Gesellschaft haben, stellen wir diese den Leichtverletzten oder der Gesamtzahl der Verletzten gegenüber. Darüber hinaus werden Schwerverletzte der Polizei eher mitgeteilt als Leichtverletzte⁵.

Die PIN-Panelteilnehmer jedes Landes stellten die Zahlen für Schwerverletzte unter Zugrundelegung der eigenen nationale Definition für schwere Verletzungen zur Verfügung. Die nationalen Definitionen sind, in den Hintergrundinformationen (Background Tables) nachzulesen. Alle PIN-Länder sammeln Daten über "Schwerverletzte" mit Ausnahme von **Estland, Finnland, Italien⁶ und Litauen**, wo zwischen "schweren" und "leichten" Verletzungen nicht unterschieden wird. 16 Mitgliedsstaaten, **Belgien, Zypern, die Tschechische Republik, Deutschland, Griechenland, Irland, Luxemburg, Frankreich, Lettland, die Niederlande, Portugal, die Slowakei, Spanien, Schweden und Großbritannien** ebenso wie die **die Schweiz und Israel⁷** verwenden ähnliche Definitionen für Schwerverletzte. Danach ist das wichtigste Kriterium, dass der Verletzte *mindestens eine Nacht stationär im Krankenhaus* verbracht hat oder es

⁴ ETSC (2008), Road Safety as a Right and Responsibility for all. (Verkehrssicherheit - Recht und Verantwortung für alle).

⁵ ETSC (2007), Social and Economic consequences of Road Traffic Injury in Europe. (Gesellschaftliche und wirtschaftliche Folgen von Verkehrsunfallverletzungen in Europa)

⁶ Schwere Verletzungen als Einzeldaten werden in Italien nicht landesweit erhoben. Aber Panelteilnehmer des PIN schätzen aufgrund von Stichprobenuntersuchungen auf regionaler Ebene, dass in Italien etwa 35% der gesamten gemeldeten Verletzungen auf schwere Verletzungen entfallen.

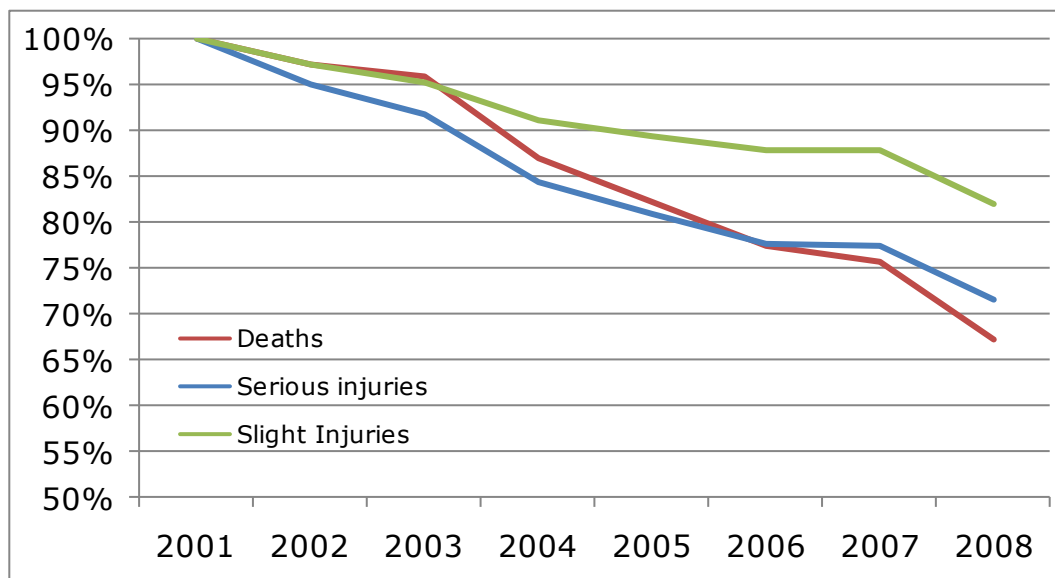
⁷ An dem PIN-Programm (Road Safety Performance Index Programme) des ETSC beteiligen sich alle 27 EU-Mitgliedsstaaten sowie Israel, Norwegen und die Schweiz.

gilt eine Variante, die dieser Definition sehr nahe kommt⁸. In der Praxis jedoch besteht in den meisten Europäischen Ländern leider kein standardisierter Datenabgleich zwischen Polizei und Krankenhäusern, und die Einteilung in die Kategorie "schwer" wird oft von der Polizei vorgenommen. Alle PIN-Länder außer Schweden stellten Zahlen von Schwerverletzten aus den Polizeiquellen zur Verfügung. In **Schweden** wurde im gesamten Bericht die Zahl der Schwerverletzten auf der Basis der Aufzeichnungen der Krankenhäuser verwendet. Zahlen auf der Grundlage von Polizeiberichten werden in Abb. 4 nur zu Vergleichszwecken gezeigt.

Mit der Definition der Schwerverletzten, die in diesem Bericht verwendet wird, wird innerhalb jedes Landes eine große Bandbreite an Verletzungen unter derselben Definition erfasst. Diese reichen von lebenslanger Behinderung mit schwerer Schädigung des Gehirns oder anderer lebenswichtiger Körperteilen bis zu Verletzungen, deren Behandlung nur ein paar Tage dauert und die keine längerfristigen Folgen nach sich ziehen.

Geringerer Rückgang der Schwerverletzten im Vergleich zu den Getöteten zwischen 2001 und 2008

In der Gruppe der EU-Länder mit einer ähnlichen Definition Schwerverletzter (s. Info-Box), lag die Anzahl der Schwerverletzten die in nationalen Statistiken erfasst sind, im Jahr 2008 um **28%** unter der Anzahl von 2001; die Zahl der Verkehrstoten lag im gleichen Zeitraum um **33%** darunter.



⁸ In der Definition enthalten ist auch eine recht umfangreiche Liste von Verletzungen. Die Einstufung als "schwere" Verletzung wird durch den Polizeibeamten vor Ort vorgenommen. Irrtümer bei der Einstufung sind nicht auszuschließen.

Abb. 1: Relative Abnahme bei den Getöteten, den Schwer- und Leichtverletzten in 14 EU-Ländern (zusammengezählt) von 2001 bis 2008. (2001 = 100%)
In diesen Ländern (Belgien, Zypern, die Tschechische Republik, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Irland, Luxemburg, die Niederlande, Portugal, die Slowakei, Spanien. Schweden und Großbritannien) gilt eine ähnliche Definition der Schwerverletzten. Es handelt sich um Polizeidaten außer bei Schweden, wo Krankenhausdaten genutzt werden. Lettland und Frankreich sind ausgeschlossen, weil sie erst seit 2004 ebenfalls 24 Stunden stationär aufgenommene Patienten als Datenbasis nutzen.

Abb. 1 zeigt, dass die Anzahl der Getöteten und der Schwerverletzten zwischen 2001 und 2008 weitgehend im selben Tempo abnahmen, der Rückgang bei der Anzahl der Leichtverletzten war jedoch zwischen 2003 und 2007 geringer.

In Abb. 2 ist die durchschnittliche jährliche prozentuale Änderung der Anzahl der getöteten Verkehrsteilnehmern seit 2001 in 27 PIN-Länder vertikal dargestellt im Gegensatz zu der horizontal dargestellten durchschnittlichen jährlichen prozentualen Änderung der Anzahl der Schwerverletzten, die in jedem einzelnen Fall anhand der Datenlage für die gesamten acht Jahre berechnet wurden. Die EU-Durchschnittswerte der beiden Indikatoren sind als Trennlinien eingezogen, um das Diagramm in vier Quadranten zu unterteilen.

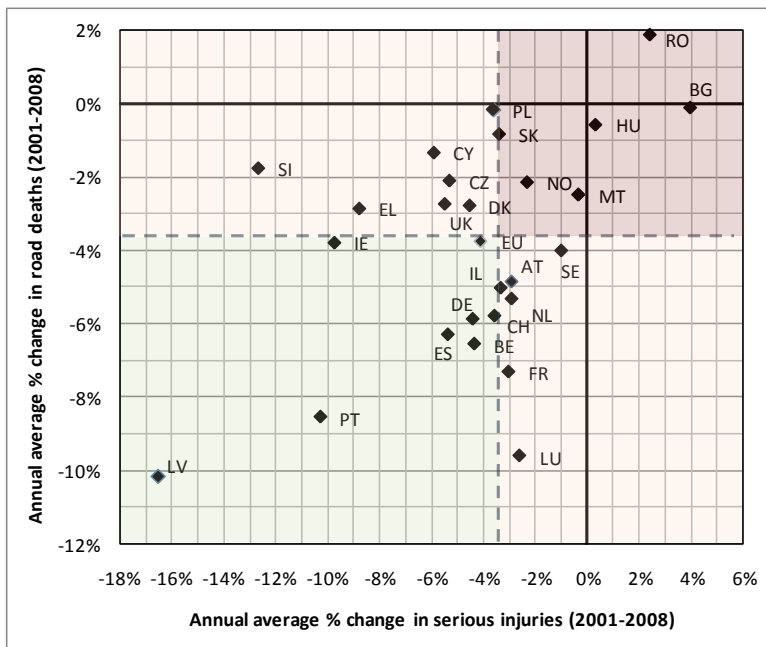


Abb. 2 Durchschnittliche jährliche prozentuale Änderung der Schwerverletzten im Vergleich zu der durchschnittlichen jährlichen prozentualen Änderung der getöteten Verkehrsteilnehmer für den Zeitraum 2001 bis 2008.
 * Lettland (2004-2008), Frankreich (2005-2008).

Lettland, Portugal, Spanien, Belgien, Deutschland, die Schweiz und Irland konnten seit 2001 überdurchschnittliche Rückgänge sowohl bei der Anzahl der Schwerverletzten als auch der Getöteten verzeichnen. **Slowenien,**

Griechenland, Zypern, Großbritannien, die Tschechische Republik, Dänemark und Polen haben auch überdurchschnittliche Fortschritte bei der Verringerung der Anzahl der Schwerverletzten erreicht, aber die Rückgänge bei den Getöteten waren nicht ausreichend, um diese Daten in den vorteilhafteren unteren linken Quadranten einzutragen.

Luxemburg, Frankreich, die Niederlande, Israel und Österreich haben überdurchschnittliche Fortschritte bei der Verringerung der Getöteten erzielt, aber nur unterdurchschnittliche Fortschritte bei den Schwerverletzten. Die Verringerung sowohl der Schwerverletzten als auch der Getöteten lag in **Malta, Norwegen** und der **Slowakei** unter dem Durchschnitt. Sowohl in **Ungarn** wie in **Bulgarien** konnte die Anzahl der Getöteten leicht gesenkt werden, aber nicht die der Verletzten, und **Rumänien** konnte auf keinem der beiden Gebiete Fortschritte verzeichnen.

In der Gruppe der 16 EU-Länder mit ähnlichen Definitionen für Schwerverletzte nahm seit 2001 sowohl die Anzahl der Schwerverletzten als auch die der Getöteten weiterhin im selben Maße ab, dabei wurden die Zahlen auf der Basis der Daten für die gesamten acht Jahre geschätzt. Der Rückgang betrug **4,7%** jährlich für die Schwerverletzten und **4,9%** für die Getöteten im Straßenverkehr.

Die Situation stellt sich in den einzelnen Ländern jedoch sehr unterschiedlich dar. Abb. 3 gibt Aufschluss über die prozentuale durchschnittliche jährliche Abnahme der Schwerverletzten, die die Abnahme der Getöteten übersteigt (Länder mit blauen Balken), bzw. die prozentuale jährliche Abnahme der Getöteten, die die Abnahme der Schwerverletzten übersteigt (Länder mit orangenen Balken). In einigen Ländern - **Rumänien, Norwegen, Ungarn** und **Spanien** – waren die Veränderungen der Anzahl der Getöteten und der Schwerverletzten in etwa gleich. Aber in anderen Ländern - **Luxemburg, Frankreich, Bulgarien** oder **Schweden** - übertraf die Abnahme der Anzahl der Verkehrstoten bei weitem die Abnahme der Anzahl der Schwerverletzten, wohingegen in **Slowenien, Lettland, Irland** oder **Griechenland** genau das Gegenteil zutraf.

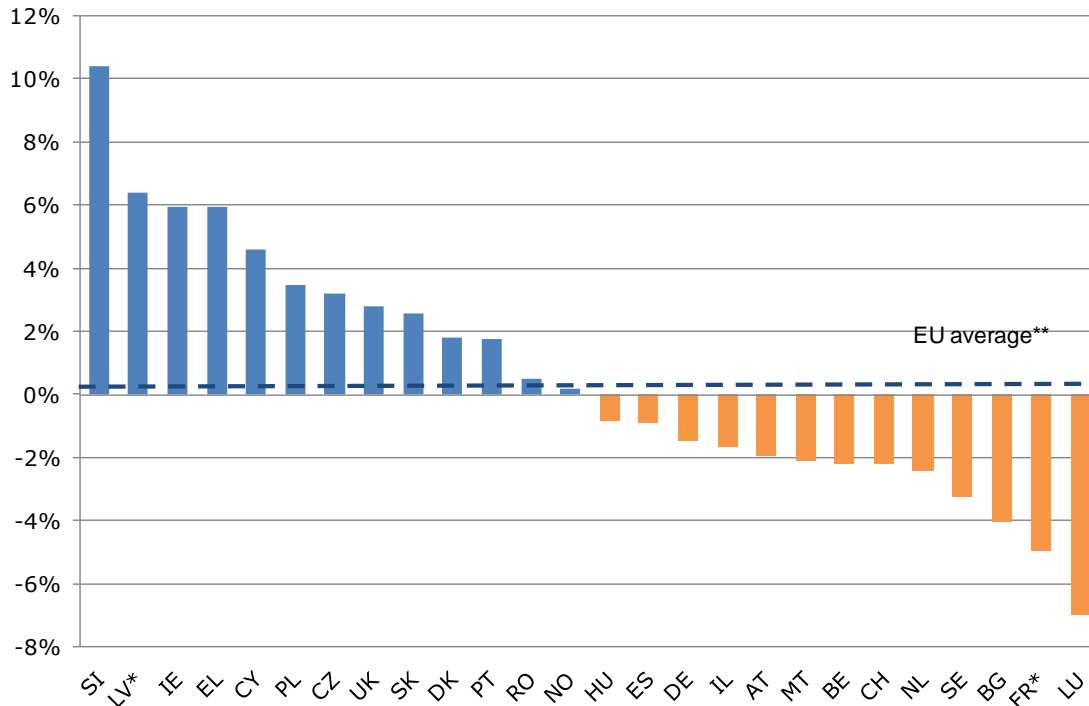


Abb.3: Ausmaß, mit der die durchschnittliche prozentuale Reduzierung der Schwerverletzten (2001-2008) die durchschnittliche prozentuale jährliche Reduzierung der Getöteten (2001-2008) übersteigt oder umgekehrt.

* Lettland (2004-2008), Frankreich (2005-2008).

** EU-Durchschnitt (EU27 außer Estland, Finnland, Frankreich, Italien, Lettland und Litauen).

Es ist schwierig, derartige Unterschiede zwischen Ländern zu erklären. Mehrere Faktoren könnten hier eine Rolle spielen. Die Reduktionsraten könnten durch Veränderungen bei dem Ausmaß der Dunkelziffern von Schwerverletzten und durch Vermengung verschiedener Unfallschweren beeinflusst werden. Möglicherweise sind einige Straßenverkehrssicherheitsmaßnahmen erfolgreicher im Hinblick auf die Reduzierung der Anzahl der Verkehrstoten als im Hinblick auf die Verringerung der Anzahl von Schwerverletzten und umgekehrt. Veränderungen in der Qualität des Rettungswesens, der Verkehrsteilnahmeart (z. B. mehr Rad fahren oder zu Fuß gehen) und dem Verkehrsverhalten beeinflussen die Art des Unfalls.

“Es hat sich erwiesen, dass eine niedrigere Fahrgeschwindigkeit der wichtigste Einzelfaktor für die Verbesserung der Verkehrssicherheit gegenwärtig ist.. Nilsson hat gezeigt, dass eine durchschnittlich um 1% geringere Geschwindigkeit zu 4% weniger tödlichen Unfällen führt, aber zu einer 3%igen Verringerung von Unfällen mit Schwerverletzten. Daher ist es logisch, dass wir bei der Verringerung der Getötetenrate erfolgreicher waren als bei der Senkung der

Schwerverletztenrate“, so Jean Chapelon, Verkehrssicherheitsexperte, Frankreich.

“In den Niederlanden sind 45% aller Schwerverletzte Fahrradfahrer, ohne dass ein Kraftfahrzeug an dem Unfall beteiligt gewesen wäre. Traditionell richten sich viele Straßenverkehrssicherheitsmaßnahmen an Fahrzeuginsassen als Zielgruppe und auf die wechselseitige Beeinflussung von Kraftfahrzeugen einerseits und Fußgängern oder Radfahrern andererseits. Der neue Niederländische Straßenverkehrssicherheitsplan stellt eine Prioritätenliste für Aktionen bis 2020 auf. Hier geht es insbesondere um einen Extraschutz für schwächere Verkehrsteilnehmer, und hier vor allem Radfahrer”⁹, so Peter Mak, Verkehrsministerium, Niederlande

Andere Faktoren können ebenso eine Rolle spielen, wie z. B. Veränderungen bez. der Unfalldatenaufnahme insgesamt Berichtsverfahren oder Änderungen der Kriterien für die stationäre Aufnahme in den Krankenhäusern. Verbesserungen im Berichtssystem für Schwerverletzte schlagen sich in der Statistik durch eine Zunahme der Anzahl der Schwerverletzten nieder.

Dunkelziffer bei Schwerverletzten

Wie viele Menschen tatsächlich bei Verkehrsunfällen verletzt werden, ist nicht bekannt, aber Stichprobenerhebungen haben gezeigt, dass weitaus mehr Menschen bei Verkehrsunfällen verletzt wurden, als den offiziellen Polizeiberichten zu entnehmen ist. Für die Schwerverletzten kann diese Zahl durch einen Abgleich zwischen der Anzahl der im Krankenhaus behandelten verletzten Verkehrsteilnehmer und der Anzahl der Schwerverletzten aus der polizeilichen Unfalldatenaufnahme geschätzt werden. Ein solcher Abgleich wurde innerhalb des SafetyNet-Projekts für acht teilnehmende Länder durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in dem Bericht *“Schätzung der konkreten Zahl von Verkehrsunfallopfern” (Estimating the real number of road accident casualties¹⁰)* veröffentlicht. Im allgemeinen gilt: Je geringer die Verletzungsschwere, desto höher ist tendenziell die Dunkelziffer in Unfallstatistiken. Für Fußgänger, Radfahrer und Motorradfahrer werden also eher weniger Verletzungen gemeldet als für Fahrzeuginsassen. Das liegt insbesondere daran, dass bei Unfällen ohne Beteiligung von Kraftfahrzeugen oder zwischen einem Kraftfahrzeug und einem Fußgänger oder Radfahrer und ohne Getötete am Unfallort entweder die

⁹ Dutch Road Safety Strategic Plan (Niederländischer Straßenverkehrssicherheitsplan) 2008-2020, p. 75-76

http://www.verkeerenwaterstaat.nl/english/topics/road_traffic_safety/

¹⁰ Broughton et.al (2008), “Estimating the real number of road accident casualties (Schätzung der konkreten Zahl von Verkehrsoffern)”, Projektbericht D.1.15, SafetyNet. www.erso.eu/safetynet/content/safetynet.htm. Teilnehmende Länder sind die Tschechische Republik Frankreich, Griechenland, Ungarn, die Niederlande, Spanien und Großbritannien.

Unfallopfer selbst, der beteiligte Fahrer oder Augenzeugen den Rettungsdienst rufen, aber nicht unbedingt die Polizei.

Auch der Meldegrad variiert sehr stark je nach Land. Zurückzuführen ist dies auf unterschiedliche Gesetzgebung, die Verfahrensweisen der Versicherungen, die Ausstattung der Polizeikräfte und die Qualität der Datenerhebung und –verarbeitung. In einigen Ländern ist die Datenerhebung besser, weil die Polizei an jeden Unfallort mit Personenschaden kommen muss, wie z. B. in Deutschland, oder weil Versicherungsleistungen nur bei Vorliegen eines Polizeiberichts in Anspruch genommen werden können.

Während in Griechenland oder Lettland nur weniger als zwei Schwerverletzte auf einen Unfalltoten kommen, beträgt das Verhältnis in den Niederlanden 1: 12, in Deutschland 1:15 und bis zu 1:23 in Schweden. Die Unterschiede in dem Verhältnis Schwerverletzte zu Getöteten bedeutet nicht, dass in Griechenland oder Lettland weniger Menschen pro 1 Getöteten im Vergleich zu den Niederlanden, Deutschland oder Schweden verletzt werden, sondern dass die schwer verletzte Überlebende eines Unfalls in den letztgenannten Ländern besser dokumentiert sind. Das Beispiel Schweden verdeutlicht die bestehende Diskrepanz zwischen den Aufzeichnungen der Polizei und denen der Krankenhäuser. Lediglich 9 Schwerverletzte pro 1 Getöteten werden von der Polizei registriert, im Vergleich zu bis zu 23 durch Krankenhäuser erfasste Patienten. Würde Schweden lediglich Polizeidaten nutzen, dann kämen die schwedischen Daten denen des EU-Durchschnitts nahe.

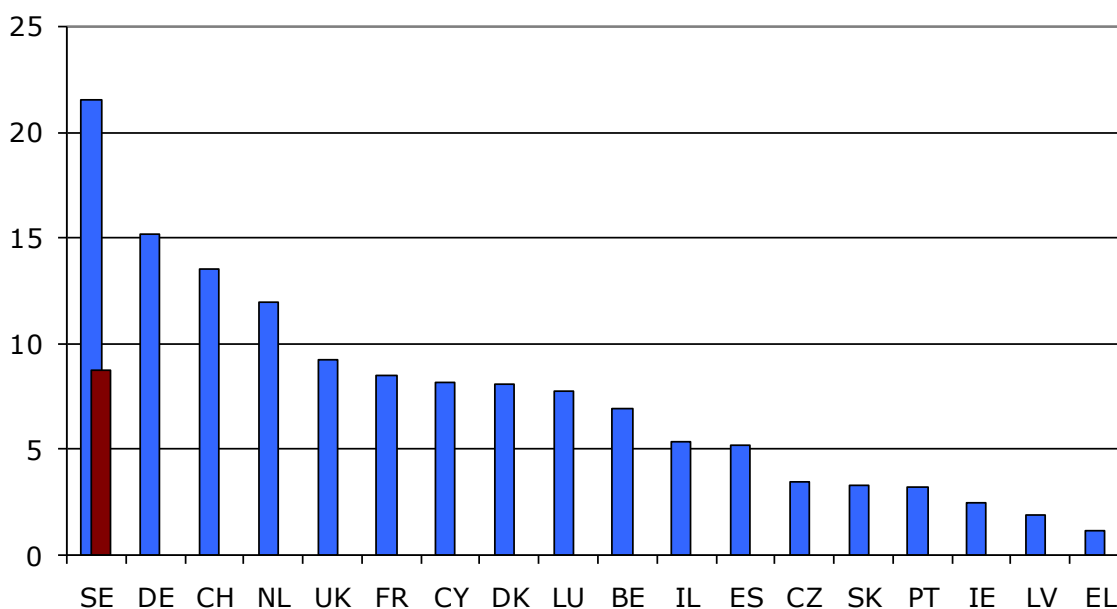


Fig. 4: Zahl der in nationalen Statistiken erfassten Schwerverletzte pro Getötete (Durchschnittswerte für die Jahre 2006-2008) nur für Länder mit ähnlichen Definitionen von "Schwerverletzte".

Für Schweden wird die Zahl der von nur der Polizei erfassten Schwerverletzten (roter Balken) im Vergleich mit der Anzahl der in Krankenhäusern erfassten Schwerverletzten (blauer Balken) angezeigt. Kürzlich durchgeführte Untersuchungen erwähnten eine ähnliche Größenordnung der Diskrepanz für Großbritannien. In den Niederlanden wird der Unterschied zwischen den von den Krankenhäusern und der Polizei erfassten Schwerverletzten bei Verkehrsunfällen auf einen Faktor von etwa 2 geschätzt.

Ein Vergleich der Positionen der Länder in Abb. 4 mit ihren Positionen auf der Skala in Fig. 3 zeigt, dass die Länder, die mehr Verletzte pro Getötete erfassen, tendenziell die Anzahl der gemeldeten Verletzten langsamer verringern als die Anzahl der Getöteten, und dass diejenigen Länder, die weniger Verletzte pro Getötete erfassen, die Anzahl der gemeldeten Verletzten eher schneller verringern als die Zahl der Getöteten.

Im SafetyNet-Bericht "*Estimating the real number of road accident casualties (Schätzung der konkreten Zahl von Verkehrsopfern)*", wurden die Umrechnungsfaktoren für die Dunkelziffern für acht EU-Länder berechnet. Ursprünglich war eine generelle Anwendung der Umrechnungsfaktoren auf andere EU-Länder vorgesehen, damit so ein EU-weiter Vergleich zustande kommt. Die Autoren kamen jedoch zu dem Schluss, dass die Umrechnungsfaktoren zwischen den Ländern zu sehr von einander abwichen und dass Vergleichsstudien in möglichst vielen Ländern durchgeführt werden sollten.

Hin zu einer gemeinsamen Definition für Schwerverletzte, Krankenhausaufenthaltsdauer oder Verletzungsschwere

16 EU-Länder verwenden bereits ähnliche Definitionen für Schwerverletzte, nämlich *mindestens eine Nacht stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus* oder eine Variante, die dieser Definition sehr nahe kommt.

"Wie in vielen anderen EU-Ländern verwenden wir in Belgien auch die 24-Std.-Definition. In der Praxis jedoch ist es immer noch die Polizei, die am Unfallort über den Schweregrad entscheiden muss – dies ist eine Aufgabe, für die die Polizisten nicht ausgebildet sind. Das Problem besteht darin, dass Fachpersonal im Notfalldienst oft bereits unter extremem Zeitdruck arbeiten und geltend machen, dass sie viel zu überlastet sind, um die Polizei entsprechend zu informieren". Yvan Casteel, IBSR, Belgien.

"Für uns in Schweden sind die Informationen über stationär aufgenommene Patienten, die nach einem Unfall im Krankenhaus behandelt werden, über die Entlassungsdatenbank der Krankenhäuser leicht abrufbar. Die Informationen aus den Krankenhäusern werden mit den Polizeidaten abgeglichen, wobei wir sowohl die Unfalldaten wie auch die Ausweisnummer des Unfallopfers nutzen. Die Nutzung dieser Krankenhausdaten halten wir für / entscheidend, damit wir ein

Bild erhalten, dass der tatsächlichen Anzahl an Schwerverletzten so nah wie möglich kommt. Denn dies ist wiederum ein Entscheidungskriterium für die Festlegung der Ressourcen, die wir für die Verkehrssicherheit und die vorrangigen Maßnahmen bereitstellen.“ Asa Ersson, Schwedische Verkehrssicherheitsbehörde

Der vorhin erwähnte SafetyNet¹¹ Report berücksichtigt eine Definition auf Grundlage entweder der Aufenthaltsdauer im Krankenaus oder der Schwere der Verletzungen. Die Aufenthaltsdauer ist leicht zu messen. Die Dauer wird von der der klinischen Praxis, der Organisation sowie der Verfügbarkeit von Krankenhausleistungen beeinflusst, die sich von Land zu Land unterscheiden. Ergebnisse auf der Grundlage der Schwere der Verletzungen wie in der MAIS Skala vorgestellt (Maximum Abbreviated Injury Scale, Vereinfachte Verletzungsskala MAIS)¹² können eher die Trends hinsichtlich der Arten und Schwere von Verletzungen spiegeln, , dazu unerlässlich ist jedoch die angemessene Schulung der Belegschaft.

“Wir in den Niederlanden haben festgestellt, dass die Menschen mehr als bisher vorsorglich zur Beobachtung im Krankenhaus behalten wurden, ohne dass sie eine Verletzung erlitten hätten. Daher beschlossen wir unsere Definition der "Schwerverletzten" zu ändern. Sie beinhaltet nun einen "stationär im Krankenhaus aufgenommenen Patienten mit einer Verletzungsschwere MAIS von 2 oder ". Henk Stipdonk, SWOV, Niederlande

Die Bedeutung der Verknüpfung von Polizei- und Krankenhausdaten

Ein ganz klarer Vorteil besteht darin, dass man auf diese Weise ein vollständigeres Bild von Verkehrsunfällen erhält. Ein Datensystem, das Polizei- und Krankenhausdaten miteinander verbindet, könnte weitere zahlreiche Möglichkeiten eröffnen. So ließe sich die Zusammenarbeit mit den Entscheidungsträgern der Gemeinden im Bereich medizinischer Dienste und das öffentliche Gesundheitswesen verbessern. Auf nationaler Ebene und sogar noch mehr auf lokaler Ebene wird die Zählung unterschiedlicher Verletzungsarten in Schweden auch als zusätzlicher Indikator für die Bewertung der Verkehrssicherheitsarbeit verwendet, da die Anzahl der Getöteten zu sehr schwankt, um eine solide Grundlage für die Bewertung von Verkehrssicherheitsmaßnahmen zu gewähren.

¹¹ Broughton et.al (2008), "Estimating the real number of road accident casualties (Schätzung der konkreten Zahl von Verkehrsopfern)" Projektbericht D.1.15, SafetyNet. www.erso.eu/safetynet/content/safetynet.htm

¹² Die "Abbreviated Injury Scale AIS" (Vereinfachte oder Verkürzte Verletzungsskala) ist eine spezialisierte Traumaklassifizierung von Verletzungen, die von Stufe 1 (kleinere Verletzungen) bis zu Stufe 6 (tödliche Verletzungen) reicht. Da ein Mensch mehr als eine Verletzung davontragen kann, wurde die MAIS-Skala (Vereinfachte Verletzungsskala) erstellt, sie bildet die höchsten Verletzungsgrad aller Diagnosen für eine Person ab.

Auf nationaler Ebene könnte die Wirkung von Verkehrssicherheitsmaßnahmen, wie z. B. gesetzliche Vorgaben zur Gurtanlegepflicht umfassender beurteilt werden. Auf EU-Ebene würde eine vernetzte Datenbank die Grundlage für Standards und Richtlinien sowie für die Festlegung von Zielen zur Senkung von Verletzungen in der gesamten EU schaffen.

Schweden hat 2003 das Schwedischen Datenerhebungssystem für Verkehrsunfalldaten STRADA aufgebaut und vernetzt seitdem routinemäßig Polizei- und Krankenhausdaten.. Entwickelt wurde sie in Zusammenarbeit mit der Polizei, dem Schwedischen Gemeindeverband (Federation of Swedish County Councils), der Schwedische Gesundheitsbehörde (National Board of Health and Welfare), der Vereinigung von Stadt- und Gemeindeverwaltungen (Swedish Association of Local Authorities), dem Schwedischen Institut für Transport- und Kommunikationsanalysen (Swedish Institute for Transport and Communications Analysis SIKa) und dem staatlichen Statistikamt. Diese koordinierte nationale Registrierung von Verkehrsunfällen und unfallbedingten Verletzungen wird nun von der Polizei und den Gesundheitsbehörden betrieben. In dieser von der Polizei zur Verfügung gestellten Datenbank werden Informationen über ganz Schweden erfasst. Ergänzt werden diese Daten durch Informationen von über 70% aller Krankenhäuser mit Unfallambulanzen. Die Polizei und die Krankenhäuser verwenden zwei unterschiedliche Fragebögen. Die von der Polizei erhobenen Daten erfragen, wann, wie und wo sich der Unfall ereignet hat und erfassen die Verkehrsbedingungen zum Unfallzeitpunkt. Die in den Krankenhäusern verwendeten Fragebögen enthalten auch Informationen über die Diagnose und die Behandlung der Unfallopfer.

Getötete und Schwerverletzte je 1 Mio. Einwohner – künftig ein weiterer Indikator?

Die Zahl der Straßenverkehrstoten – je 1 Mio. Einwohner - wird allgemein zur Bewertung des Grad der Straßenverkehrssicherheit zum internationalen Vergleich herangezogen. Wie bereits gesagt, ist dies nur ein Teil des Bildes.. Abb. 5 versucht ein umfassenderes Bild der Auswirkungen von Verkehrsunfällen zu vermitteln. Hierzu wird die Anzahl der gemeldeten Getöteten und Schwerverletzten je 1 Mio. Einwohner addiert. Der Leser sollte daran denken, dass aufgrund großer Unterschiede in der Definition und den Erhebungspraktiken der Schwerverletzten dies noch kein ausgereifter Indikator ist.

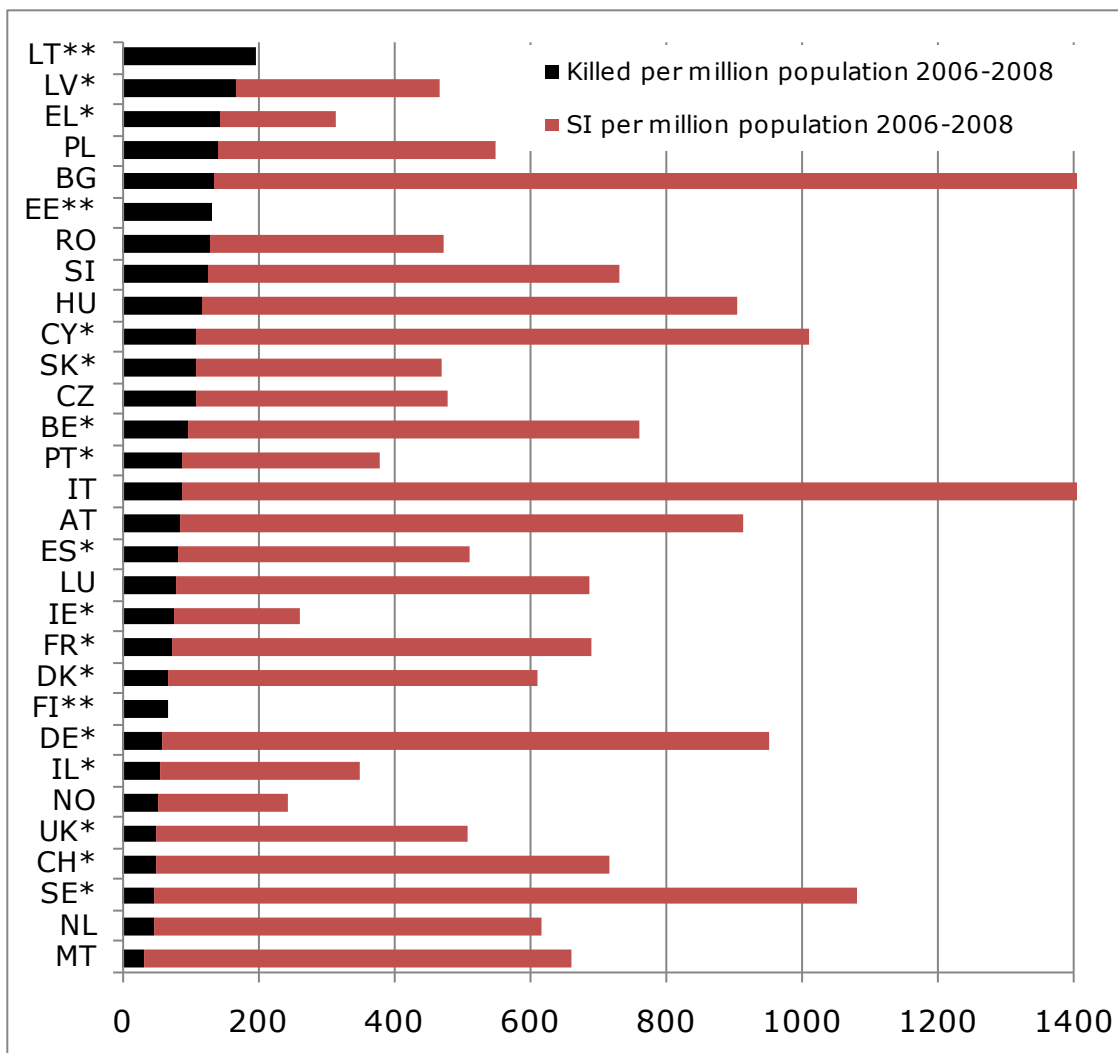


Abb. 5 Getötete und Schwerverletzte je 1 Mio. Einwohner
(Durchschnittswerte für die Jahre 2006-2008)

* Länder mit einer vergleichbaren Definition der Schwerverletzten "ein Tag stationärer Aufnahme". Verwendung von Polizeidaten, außer für Schweden, wo Krankenhausdaten verwendet werden.

** Estland, Finnland, Italien und Litauern erheben keine Daten für Schwerverletzte, nur Daten von Verletzten insgesamt. Nach Schätzungen der italienischen PIN- Panelteilnehmer beträgt der Anteil der Schwerverletzten an der Gesamtverletztenszahl etwa 35%– diese Schätzung wurde für diese Darstellung genutzt.

Da die Unfalldatenaufnahme in der EU zu einer Harmonisierung hinstrebt, könnten die "Killed and Serious Injuries (KSI)" (Getötete und Schwerverletzte) je 1 Mio. Einwohner künftig als Indikator für den Ländervergleich gelten. Wie schnell dies erreicht wird, wird abhängig sein von der Zeit, die für eine Übereinkunft über eine praktikable, abgestimmte Definition und Meldestandards erforderlich ist, und ebenso von der Zeit, die erforderlich ist, um die Polizei, das

Krankenhauspersonal, Institutionen und Mitarbeiter der Datenverarbeitung zu schulen und auszustatten.

Schweden hat einen Weg gefunden, um die von der Polizei und von den relevanten Krankenhäusern erhobenen Daten zusammenzuführen. Andere Länder können sehr wohl von der Erfahrung in Schweden profitieren, aber jedes Land müsste seinen eigenen Weg erarbeiten, so dass die viel beschäftigten Polizisten und Krankenhausangestellten Daten in einer standardisierten Meldeform abliefern. Harmonisierte Meldestandards bedeuten nicht automatisch identische Meldeverfahren.

Hintergrund¹³.

Verkehrssicherheit als Thema des Gesundheitswesens

Verkehrsunfälle mit Personenschäden werden oft nicht als Problem des Gesundheitswesens erkannt. Eine verbesserte Straßenverkehrssicherheit ermöglicht durch geringere Krankenhauseinlieferungen, geringere Schwere der Verletzungen, geringeren Rehabilitationsbedarf und geringeren Bedarf an Notfalldiensten eine Einsparung von Ressourcen. Eine verbesserte Radfahrer- und Fußgängersicherheit würde auch einen Beitrag zur Schaffung von Bedingungen für einen gesünderen Lebensstil leisten. Dies wiederum trägt zur Verringerung von Risiken für viele nicht übertragbare Krankheiten bei. All diese Errungenschaften für das Gesundheitswesen sind möglich. Die WHO und der ETSC haben in ihrem Beitrag zum 4. Europäischen Aktionsprogramm für die Straßenverkehrssicherheit vorgeschlagen, dass die Angehörigen der Heilberufe bei der Verhütung von Straßenverkehrsunfällen mehr Initiative entwickeln und eine aktivere Rolle spielen sollen. Fachleute für Traumabehandlung und Rehabilitation können als Zeugen der menschlichen Tragödien, die sich hinter den Unfällen verbergen sowohl die emotionale Wirkung als auch die moralische Autorität nutzen, um für ein effizientes Gesundheitswesen zu werben.

In mehreren Ländern waren Angehörige der Heilberufe und des öffentlichen Gesundheitswesens besonders hilfreich dabei, Entscheidungsträger von den Vorteilen der Sicherheitsgurte, Kinderrückhaltesysteme und Helme sowie von der Herabsetzung der Promillegrenze oder Höchstgeschwindigkeitsgrenzen zu überzeugen. Ärzteorganisationen waren hilfreich dabei, die Öffentlichkeit über die Vorteile dieser Sicherheitsmaßnahmen aufzuklären; insbesondere unterstützten sie Gesetzgebung im Zusammenhang mit Trunkenheitsfahrten und überhöhter, nicht angepasster Geschwindigkeit. Die fachübergreifende Zusammenarbeit ist unerlässlich für die Einführung wissenschaftlich

¹³ WHO Regional Office for Europe (2004), [Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe](#). WHO-Regionalbüro für Europa (2004) "Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. (Vorbeugung vor verkehrsunfallbedingten Verletzungen: Eine Perspektive für das europäische Gesundheitswesen)

untermauerter Verkehrssicherheitsmaßnahmen - und dies kann das öffentliche Gesundheitswesen sehr gut fördern.

Festlegung nationaler Zielvorgaben zur Senkung der Anzahl der Schwerverletzten

Mehrere EU-Mitgliedsstaaten – darunter Österreich, Dänemark, Lettland, die Niederlande, Spanien, Schweden und Großbritannien – haben nationale Zielvorgaben zur Reduzierung der Anzahl der Schwerverletzten festgelegt.

In **Großbritannien** gibt es seit 1987 eine Zielvorgabe zur Verringerung von Verletzten. In 2000 wurden neue Zielvorgaben festgelegt, um die Anzahl der Verletzten bis 2010 noch weiter zu senken, und zwar

- die Zahl der Getöteten und Schwerverletzten zusammen um jährlich 40%,
- die Zahl der getöteten und schwerverletzten Kinder um jährlich 50%, und
- die Zahl der Leichtverletzten um 10% je Fzkm

im Vergleich zu den Durchschnittswerten der Fahrleistung der Jahre 1994-1998.

Nach der offiziellen Polizeistatistik wurden alle Ziele in Bezug auf die Verringerung der Verkehrstopfer bereits 2008 erreicht. Die Zahl der Getöteten und Schwerverletzten nahm um 40% ab, die der Leichtverletzten um 36% und die Unfallfolgen für Kinder um 59%.

Dieses Szenario für Großbritannien unterscheidet sich jedoch stark je nach genutzter Datenquelle. Aus der Analyse von Krankenhausdaten und Haushaltsbefragungen zum Mobilitätsverhalten geht hervor, dass es 2008 sehr wohl etwa 80.000 Schwerverletzte bei Verkehrsunfällen gegeben haben könnte, obwohl die Polizei nur etwa 26.000¹⁴ erfasst hat.

“Es wurde bereits damit begonnen, Polizei- und Krankenhausdaten miteinander abzugleichen. Um zu einer genaueren Datenanalyse zu gelangen, müssen wir nun eine detailliertere Gegenüberstellung von Polizei- und Krankenhausdaten durchführen – das ist die Herausforderung, der wir uns nun stellen müssen.”
Robert Gifford, PACTS, UK.

Im Mai 2009 hat das **Schwedische** Parlament sich zum Ziel gesetzt, die Zahl der Verkehrstoten zwischen 2007 und 2020 zu halbieren und ebenso die Anzahl der Schwerverletzten mit Langzeitschäden um 25% herabzusetzen.

Bis nach einem Unfall die Diagnose einer dauerhaften Behinderung gestellt werden kann, verstreicht eine gewisse Zeit. Man kann jedoch die Wahrscheinlichkeit abschätzen, dass eine im Krankenhaus erfasste bestimmte Verletzungsart eine dauerhafte Behinderung mit sich bringen kann. Das

¹⁴ DfT (2009). Reported Road Casualties Great Britain: 2008. Annual Report. Britisches Verkehrsministerium (2009). Erfasste Verkehrstopfer Großbritannien: 2008. Jahresbericht.

Versicherungsunternehmen Folksam hat eine solche Schätzung durchgeführt, und zwar gemäß der verletzten Körperregion und auf der Grundlage der AIS-Skala. Die von Folksam angewandte Methode hat wahrscheinlich einen geringen "Vorhersagewert" für jeden Einzelfall, aber bei Anwendung auf eine ausreichend großen Gruppe kann man schätzen, wie viele aus der Gruppe möglicherweise von dauerhaften Behinderungen betroffen sein werden.

Jedes Jahr verzeichnet die STRADA-Datenbank zwischen 20.000 und 30.000 Neueinträge verletzter Unfallbeteiligte, denen ein AIS-Wert zugeordnet wird. Nach Schätzungen von Folksam könnten rund 4.900 der 26.411 bei STRADA 2008 neu registrierten verletzten Verkehrsteilnehmer Langzeitschäden davontragen. 47 der 66 Notfall-Akutkrankenhäuser in Schweden sind an STRADA angebunden, damit decken die so gewonnenen Daten rund 70% der schwedischen Bevölkerung ab. Die Gesamtzahl der Schwerverletzten, die Langzeitschäden haben werden, kann daher für 2008 auf rund 7.000 geschätzt werden. Ziel für 2020 ist diese Zahl auf 5.250 Unfallopfer mit Langzeitschäden zu reduzieren.

In **Dänemark** gibt es seit 1989 eine Zielvorgabe für die Reduzierung unfallbedingte Verletzungen. Die neuen Ziele für 2012 sind eine Reduzierung der Anzahl der Getöteten um 40%, zusätzlich sollen die Schwer- und Leichtverletzten separat aufgeführt werden. Wenn die Ziele erreicht werden, sollten 2012 nicht mehr als 200 Menschen im Straßenverkehr in Dänemark sterben, die der Schwerverletzten sollte die Anzahl von 1.850 Personen und die der Leichtverletzten die Anzahl von 2.100 nicht übersteigen.

"In Portugal wurde kürzlich eine neue Straßenverkehrssicherheitsstrategie 2008-2015 verabschiedet. Die Zielvorgabe besteht darin, in 2015 nicht mehr als 62 Getötete per zu erreichen– das wäre eine Senkung um 32% im Vergleich zu von 2006. Es existiert jedoch keine Zielvorgabe für die Reduzierung der Anzahl der Verletzten.. In dem vorangegangenen Verkehrssicherheitsprogramm hatte es jedoch schon klare Ziele zur Reduzierung der Anzahl der Schwerverletzten gegeben." Joao Cardoso, LNEC, Portugal.

Verbesserung des Rettungswesens und der Erstversorgung

Untersuchungen, dass annähernd 50% der bei Verkehrsunfällen tödlich verletzten Menschen innerhalb von Minuten entweder am Unfallort oder auf der Fahrt ins Krankenhaus sterben. Von den verbleibenden tödlich Verletzten sterben die meisten innerhalb von 24 Stunden trotz medizinischer Versorgung. Daher spielt für die Überlebenschancen nach einem Unfall sowohl die Reaktionszeit der Rettungsdienste als auch die Qualität der Versorgung eine wichtige Rolle.

So wichtig wie die Versorgung vor dem Eintreffen im Krankenhaus ist, so unerlässlich ist die gute längerfristige Versorgung im Krankenhaus sowie nach

der Entlassung und in der Rehabilitation, um die erlittenen Verletzungen zu mildern und die Lebensqualität der schwerverletzten Überlebenden zu verbessern.

Die Europäische Kommission ruft die Mitgliedsstaaten zur Einführung von eCall auf.

Bei einem schweren Unfall wählt ein mit eCall ausgerüstetes Fahrzeug automatisch die einheitliche europäische Notrufnummer 112 an. Selbst wenn keiner der Fahrzeuginsassen sprechen kann, z. B. aufgrund von Verletzungen, wird ein minimaler Datensatz automatisch gesendet, darunter die exakte Lage des Unfallortes. Der eCall kann auch manuell aktiviert werden. Eine vollständige Einführung des eCall wird sich in einer Verkürzung der Eintreffzeiten niederschlagen, so dass mehr Verletzte, die potenziell sterben könnten, überleben und die Schwere der Verletzungen gemildert werden kann.

Alle Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit im allgemeinen unterstützen auf breiter Front den eCall. Die Fortschritte sind jedoch gering. Die Kommission ruft alle Entscheidungsträger erneut auf, die freiwillige Einführung voranzutreiben. Wenn bis Ende 2009 kein deutlicher Fortschritt festzustellen ist, dann wird die Kommission 2010 gesetzliche Maßnahmen empfehlen. eCall ist auch eine der vorrangigen Maßnahmen im Rahmen des IST-Aktionsprogramms der EU und der Richtlinienvorschläge. Die Richtlinie wird zur Zeit zwischen dem Rat der EU-Verkehrsminister und dem Europäischen Parlament verhandelt.

Mitteilung der Kommission eCall: Time (eCall – Zeit zur Einführung)
http://ec.europa.eu/information_society/activities/esafety/ecall/index_en.htm

ITS- Aktionsplan und Vorschlag für eine Richtlinie
http://europa.eu/legislation_summaries/transport/intelligent_transport_navigation_by_satellite/tr0010_en.htm

Langzeitfolgen verkehrsunfallbedingter Verletzungen

Unfälle ereignen sich in Sekundenbruchteilen, aber ihre Folgen können Tage, Monate, Jahre oder bis zum Lebensende andauern. Neben einer geringeren Lebensqualität können Verkehrsunfälle viele andere Folgen für die Überlebenden nach sich ziehen, wie z. B. Arbeitsplatzverlust, Einschränkungen an ihrem Arbeitsplatz, Anpassungen im Wohnbereich und bei ihren Fahrzeugen ebenso wie psychologische Folgen.

Wussten Sie es schon?

Nach Angaben des Internationalen Verbandes für Hirnverletzungen (International Brain Injury Association) sind Verkehrsunfälle für 50% aller traumatischen Hirnverletzungen verantwortlich. Bei den unter 56-Jährigen sind sie die wichtigste Ursache dieser Art von Verletzungen.

Nach Angaben der "Internationalen Kampagne zur Behandlung der Rückenmarksverletzung (International Campaign for Cures and Spinal Cord Injury Paralysis ICCP)¹⁵ sind über 50% der Rückenmarksverletzungen auf einen Verkehrsunfall zurückzuführen.

Verletzungen, die kurz nach dem Unfall heilen, werden als leichte oder mindere Verletzungen eingestuft. Allerdings können sie immense Auswirkungen auf die zukünftige gesundheitliche Situation eines Menschen haben. Mit einem (HWS-) Schleudertrauma verbundene Störungen (Whiplash associated disorders WAD) sind ein typisches Beispiel. Folgebeschwerden nach einem Schleudertrauma (WAD) erhält auf der Abbreviated Injury Scale (AIS 1) die unterste Einstufung auf der Skala, ist aber aus der Sicht der Versicherungsunternehmen in den meisten EU-Ländern bei weitem die wichtigste und kostenträchtigste Einzelfolgeerkrankung. Patienten mit einem Schleudertrauma haben diesen nicht ernst genug unmittelbar nach dem Unfall genommen und haben sich nicht rechtzeitig in medizinische Behandlung begeben. Die Schmerzen und die Beschwerden im Zusammenhang mit der Verletzung traten erst später auf..

Dasselbe gilt für die psychischen Folgen von Verkehrsunfällen. Ein Teil der Beteiligten an Verkehrsunfällen entwickelt psychische Symptome, insbesondere posttraumatische Belastungsstörungen. Das Vorkommen dieser Störung scheint nicht mit der Verletzungsschwere in Beziehung zu stehen, sondern eher mit der subjektiv wahrgenommenen Lebensgefahr¹⁶.

Die Last der Unfälle wird nicht nur von denjenigen getragen, die unmittelbar darin verwickelt sind, sondern auch von ihren Familien. Ein großer Teil der Verwandten von getöteten und behinderten Unfallopfern leidet unter psychischen Störungen, darunter Angst-/Panikattacken und Selbstmordgedanken. Eine der Empfehlungen der Europäischen Föderation von Verkehrsunfallopfern (European Federation of Road Traffic Victims FEVR) ist die Schaffung von unabhängigen Hilfezentren für Verkehrsunfallopfer, in denen ihnen Unterstützung und Beratung angeboten wird.

¹⁵ ETSC (2007), [Social and Economic Consequences of Road Traffic Injury in Europe \(Soziale und wirtschaftliche Folgen verkehrsunfallbedingter Verletzungen in Europa\)](#)

¹⁶ Idem.

Aktuelle Kooperationen im Bereich der Datensammlung zu Verletzten

EuroSafe – European Association for Injury Prevention and Safety Promotion
EuroSafe –Europäischer Vereinigung für Verhütung von Verletzungen und Förderung der Sicherheit der (European Association for Injury Prevention and Safety Promotion)

EuroSafe handelt als Katalysator. EuroSafe will einerseits bei den gegenwärtigen Maßnahmen und Programmen die Lücken schließen und andererseits Synergien schaffen zwischen den einzelnen Sektoren, Disziplinen und Interessenvertretern der Unfallprävention und Förderung von Sicherheit. EuroSafe besitzt ein gut aufgebautes Netzwerk für unterschiedliche Themenbereiche t, wie z. B. das Netzwerk für Verletzungsdaten (*Injury Data Network IDN*) und das *Europäische Netzwerk zur Kinderunfallprävention (European Child Safety Alliance ECSA)*.

Weitere Informationen: www.eurosafe.eu.com,

Die European Injury Database (IDB) – Krankenhausbasierte Informationen zur Verkehrssicherheit

Die Europäische Unfalldatenbank (European Injury Database IDB) ist ein Monitoringsystem, das Unfall- und Verletzungsdaten aus speziell ausgewählten Notfallstationen von Krankenhäusern in Mitgliedsstaaten gemäß dem ICECI Datenstandard¹⁷ der WHO sammelt. Die IDB Online-Datenbank wird von der Generaldirektion für Öffentliche Gesundheit und Konsumentenschutz (DG Sanco) der Europäischen Kommission betrieben. Der Schwerpunkt liegt auf Prävention. Daher stellt sie nicht nur Informationen zu Verletzungsarten bereit, sondern auch über deren Umstände. Ihre Aufgabenstellung ist vor kurzem ausgeweitet worden, mit dem Ziel, alle Verletzungsarten zu erfassen, auch solche aufgrund von Verkehrsunfällen.

Die IDB soll als eine ergänzende Datenquelle der Polizeidaten und CARE dienen, insbesondere mit dem Ziel einer besseren Beurteilung der Schwere von Verletzungen und einer umfassenderen Erfassung von Fußgänger- und Radfahrerunfällen, die in den Polizeidaten eher zu kurz unvollkommen erfasst werden.

Weitere Informationen: <https://webgate.ec.europa.eu/idb/> oder Rupert.Kisser@kfv.at

¹⁷ International Classification of External Causes of Injury ICECI (Internationale Klassifikation äußerer Ursachen von Verletzungen).
<http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/iceci/en/index.html>
ICECI und AIS sind unterschiedliche Klassifizierungssysteme für Verletzungen, aber ICD-Klassifizierungen lassen sich in AIS-Schweregrade umrechnen, s. hierzu SafetyNet-Bericht von Broughton u.a.

Empfehlungen des ETSC

Einführung von Ziele zur Verringerung schwerer Verletzungen infolge von Verkehrsunfällen bis 2020 als Teil des 4. Aktionsprogramms der EU für die Straßenverkehrssicherheit

- Jeder Mitgliedsstaat sollte nationale Zielvorgaben zur Verringerung von Unfällen mit Schwerverletzten unter Verwendung seiner aktuellen Definition Schwerverletzter zusätzlich zur Zielvorgabe hinsichtlich der Reduzierung der Verkehrstoten beschließen. Der ETSC schlägt vor, dass jedes Mitgliedsland eine 40%ige Reduzierung der Anzahl der Schwerverletzten bis 2020¹⁸ anvisiert.
- Die EU sollte auf die Einführung einer EU-weit gültigen Definition der Schwerverletzten mit dem Ziel der besseren Vergleichbarkeit hinarbeiten.
- Die Mitgliedsstaaten und die regionalen oder lokalen Behörden sollten Zielvorgaben für die Reduzierung geschwindigkeitsbedingter Unfälle setzen, um die Schwere der Unfälle zu mindern.

Verbesserung der Datenqualität- Die Mitgliedsstaaten sollten die Datensammlung und -aufzeichnung der Verletzten für sc durch Nutzung von Polizei- als auch Krankenhausdaten verbessern.

- Die EU sollte eine einfache Verletzungstabelle (Simple Injury Scale SIS) entwickeln und die Mitgliedsstaaten ermutigen, eine solche Tabelle einzuführen, die für die Verwendung durch die Polizei und andere Notfall- / Rettungsdienste geeignet ist und die mit der weltweit anerkannten AIS-Skala (Abbreviated Injury Scale AIS, dt. verkürzte oder vereinfachte Verletzungsskala) verbunden ist
- Die Mitgliedsstaaten sollten der Polizei und anderen Notfall- / Rettungsdiensten Schulungen für die Handhabung des SIS anbieten. Dies würde den Vergleich der Daten unter den Ländern erleichtern.
- Die endgültige Klassifizierung von Verletzungen nach Schweregraden sollte - zu Vergleichszwecken - aufgrund einer angemessenen Anzahl von Fällen durch medizinisches Fachpersonal stattfinden, das AIS nutzt und in seiner fachgerechten Verwendung geschult ist.

Effizientere Einbindung von medizinischem Fachpersonal in Verkehrssicherheitsfragen

- bei der Einwicklung von guten Beispielen (good practices) und von Richtlinien im Bereich der lebenserhaltenden wichtigen Traumabehandlung und der Notfallversorgung.

¹⁸ Im ETSC-Entwurf für das Vierte Europäische Verkehrssicherheitsprogramm wurde vorgeschlagen, dass die EU-Mitgliedsstaaten zusammen eine Reduzierung der Anzahl der Schwerverletzten um 20% als Ziel anvisieren sollten. Aufgrund der neuen Erkenntnisse, dass die Zahl der Schwerverletzten zwischen 2001 und 2008 fast genauso schnell abgenommen hat wie die der Getöteten, hielt der ETSC das Ziel einer 20%igen Reduzierung für den Zeitraum 2010-2020 nicht für ehrgeizig genug. Wenn weitere Fortschritte bei der Reduzierung der Anzahl der Schwerverletzten erreichen wollen, dann sollte das Reduzierungsziel für Schwerverletzte genauso hoch sein wie für die Getöteten.

- bei der Abschätzung der tatsächlichen gesellschaftlichen Kosten der Personenschäden aufgrund von Straßenverkehrsunfällen .
- als Meinungsführer, um Entscheidungsträger zu ermutigen, sich für entsprechende Verkehrssicherheitsgesetzgebungen einzusetzen und um bei der Aufklärung der Bevölkerung helfen.

Verbesserung des Rettungswesens und der medizinischen Erstversorgung

Die Mitgliedsstaaten sollten:

- sowohl die medizinische Versorgung vor Einlieferung in das Krankenhaus wie auch die medizinische Nachbetreuung nach einem Krankenhausaufenthalt in ihre Verkehrssicherheitsstrategien aufnehmen und Verletzungen im Straßenverkehr zu einem Topthema ihrer Gesundheitspolitik machen.
- die notwendige Unterstützung für die Einführung der einheitlichen Europäischen Notrufnummer 112 und eCall geben, sobald diese Einführung realisierbar ist.
- das Rettungswesen verbessern¹⁹.
- die den Langzeitkrankenhausaufenthalt und die Rehabilitation von Überlebenden von Verkehrsunfällen verbessern.

Die EU sollte:

- die ITS-Richtlinie verabschieden, die eCall zu einer Schwerpunktmaßnahme macht.
- gesetzliche Maßnahmen zur EU-weiten Einführung von eCall vorschlagen und eCall als ein Bestandteil der Typengenehmigung für Fahrzeuge vorsehen

Ein Verkehrssicherheitssystem schaffen, das die Verletzungsanfälligkeit des menschlichen Körpers berücksichtigt

- überhöhte und nicht angepasste Geschwindigkeiten reduzieren, herabsetzen, weil dadurch die Schwere der Verletzungen Arten von Unfällen gemindert wird.
- als Zielvorgabe die 100%-Nutzung von Sicherheitsgurten auf den Vorder- und Rücksitzen, das Tragen von Helmen und die Nutzung von Kinderrückhaltesystemen anvisieren
- Trunkenheit am Steuer bekämpfen
- die aktive und passive Sicherheit in Fahrzeugen verbessern, und hier insbesondere den Schutz vor dem Schleudertrauma
- die Straßen und Straßenränder mit Schutzvorrichtungen ausstatten und sicherheitsfördernde Straßenrandgestaltung vorsehen.

¹⁹ ETSC (2008), Road safety as a right and responsibility for all (Verkehrssicherheit - Recht und Verantwortung für alle), Anhang 2: Schritte zur Verbesserung der Notfallversorgungs- und Rettungssysteme

Interview

Der ETSC sprach mit **Brigitte Chaudhry**, der Präsidentin der Europäischen Föderation der Verkehrsunfallopfer FEVR und Gründerin der britischen Nichtregierungsorganisation RoadPeace. Brigitte wirkt seit 1993 bei den FEVR-Mitgliedsorganisationen und auch bei der Organisation des Gedenktages für Verkehrsunfallopfer mit. 2005 hat die UN diesen zum Weltgedenktag erklärt, seitdem wird er jedes Jahr am 3. Sonntag im November begangen – dieses Jahr am 15. November. 2009 steht er unter dem Motto "**From global remembrance to global action!**" (**Vom Globalen Gedenken zum Globalen Handeln!**)

Warum ist es wichtig, dass alle EU-Mitgliedsstaaten zusätzlich zur Reduzierung der Anzahl der Getöteten eine Reduzierung der Anzahl der Schwerverletzten bei Unfällen zum Ziel haben sollten?

Schwerverletzte sind bislang weitgehend vergessen worden, dabei zerstören schwere Verletzungen die gesamte weitere Lebensplanung und kommen uns alle teuer zu stehen. Unserer Einschätzung nach ist die Reduzierung der Anzahl der Getötete teilweise darauf zurückzuführen, dass mehr Menschen Unfälle überleben, aber mit sehr schweren Verletzungen – das ist ein weiterer Grund, warum die EU dieses Ziel in ihre Zielvorgaben aufnehmen sollte. Es ist schockierend, dass unsere Informationen über Verletzungen immer noch so unzureichend sind.

Was tun Sie für die Verkehrsoffer?

Die FEVR vertritt die Interessen der Hinterbliebenen und der Verletzten. Die im Dachverband der FEVR zusammengeschlossenen Nichtregierungsorganisationen sind praktisch mit ihrer Aufgabe allein gelassen, die Opfer zu vertreten und zu unterstützen - und jährlich kommen immer mehr Opfer zu der bereits bestehenden riesigen Gruppe von Menschen hinzu, die bereits eine verkehrsunfallbedingte Verletzung erlitten haben und die oft lebenslang darunter leiden. Warum wird für die jedes Jahr zu erwartenden Unfallopfer keine Vorsorge getroffen? Die FEVR und die Unfallopferverbände mehrerer Ländern versuchen den Entscheidungsträgern und anderen NGOs im Bereich der Straßenverkehrssicherheit klar zu machen, dass die Maßnahmen nach dem Unfall (Unfalluntersuchung, zivil- und strafrechtliche Maßnahmen, längerfristige Behandlung und Rehabilitation) als Teil der Prävention gesehen und behandelt werden müssen

Wozu ein Weltgedenktag für Verkehrsunfallopfer? Und was ist für dieses Jahr vorgesehen?

Als Antwort zitiere ich aus dem Leitfaden für den Weltgedenktag, der von WHO, FEVR und RoadPeace erstellt wurde: "[...] damit die anderen Opfer Solidarität und Freundschaft erfahren, um die Aufmerksamkeit auf die verheerenden Folgen der Gefahren auf den Straßen zu lenken und ein Ende des Blutvergießens einzufordern."

Der Tag wird wieder weltweit begangen werden – mit sehr vielfältigen Veranstaltungen und Zeremonien, von Gottesdiensten und Nachtwachen bis zu Konzerten, Konferenzen und Ausstellungen, die nicht mehr von den Opfer-NROs alleine organisiert werden, sondern mehr und mehr auch von Organisationen für Straßenverkehrssicherheitsarbeit und den zuständigen Ministerien.

Am 19. und 20. November 2009 wird die Regierung der Russischen Föderation Gastgeber für die Erste Konferenz über Straßenverkehrssicherheit auf Ministerebene sein. Auf dieser Konferenz stellen Sie den "Aufruf der nationalen und internationalen

NROs" vor, "die sich für eine bessere Straßenverkehrssicherheit und mehr Rechte für die Verkehrsoffer einsetzen". Was sind die Hauptforderungen an die Minister für das "Jahrzehnt des Handelns"?

Die wichtigsten Vorschläge sind, dass die Regierungen ihre Verkehrspolitik ändern und in Zukunft der Sicherheit und nachhaltigen Mobilität Vorrang einräumen, und dass die Verkehrssicherheitsmaßnahmen alle Bereiche der Aktivitäten nach einem Unfall beinhalten, nämlich unverzügliche Rettungsmaßnahmen, eingehende Untersuchungen, ggf. wirksame zivil- und strafrechtliche Verfahren, sowie Rehabilitation und Unterstützung. Die WHO übersetzt die Zusammenfassung der Erklärung der NRO in alle 6 UN-Sprachen.

www.roadpeace.org und www.fevr.org

www.wdr.org (Internetseite des Weltgedenktags)

www.1300000.net (Internetseite der Ersten Konferenz über Straßenverkehrssicherheit auf Ministerebene)

Brigitte Chaudry ist Gründerin und Präsidentin von RoadPeace, der britischen Wohltätigkeitsorganisation für Verkehrsunfallopfer, die sie nach dem Tod ihres Sohnes durch einen Rotlichttäter 1990 gegründet hat. Bis zu diesem Zeitpunkt war sie Lehrerin, seitdem konzentriert sie sich darauf, die Lage von Verkehrsunfallopfern und die Art, wie die Justiz mit Verkehrstoten und Verletzten in Großbritannien und in anderen Ländern umgehen, zu erforschen und öffentlich zu machen.

Sie ist Mitautorin des Berichts "Impact of road death and injury (Verletzungen und Tod im Straßenverkehr und ihre Folgen)", und wurde in Anerkennung ihrer Arbeit 2003 in Großbritannien zum Ehrenmitglied des britischen Parlaments ernannt.

Brigitte ist auch derzeitige Präsidentin der Europäischen Föderation von Verkehrsunfallopfern FEVR, einer Dachorganisation von über 20 nationalen Organisationen. Da die FEVR Beraterstatus bei der UN hat, vertritt Brigitte Verkehrsoffer in den zuständigen UN- und WHO-Arbeitsgruppen

www.roadpeace.org und www.fevr.org

www.wdr.org (Internetseite des Weltgedenktags)

www.1300000.net (Internetseite der Ersten Konferenz über Straßenverkehrssicherheit auf Ministerebene)

Die Gesichter hinter den Zahlen.

Der ETSC sprach mit Dr. Aine Carroll von der Irischen Staatlichen Rehabilitationsklinik (Irish National Rehabilitation Hospital), denn wir wollen verstehen, wer diese schwerverletzten Überlebenden von Straßenverkehrsunfällen sind..

Wer sind die Opfer von Verkehrsunfällen, die Sie täglich in Ihrem Krankenhaus behandeln?

Die meisten unserer Patienten mit Verletzungen aufgrund von Verkehrsunfällen sind junge Männer mit traumatischen Hirnverletzungen, traumatischen Rückenmarksverletzungen und traumatischen Amputationen von Gliedmaßen.

Traumatische Verletzungen können eine Vielzahl von sowohl physischen als auch psychischen Folgeerkrankungen und damit verheerende Auswirkungen auf die Verletzten selbst wie auch auf den weiteren Familienkreis nach sich ziehen. Personen mit mittlerer Verletzungsschwere haben eine gute Aussicht, wieder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, entweder selbstständig oder mit Unterstützung anderer. Nur etwa 10% können danach wieder arbeiten. Die Schwerverletzten bleiben für den Rest ihres Lebens abhängig von anderen, und zwar in allen Belangen ihres Alltags-Lebens.

Wie können die nationalen Regierungen und die EU Ihnen und Ihren Patienten helfen?

Entscheidend sind angemessene Investitionen in die Prävention von Unfällen. Eine aktive Mitarbeit bei der Erhebung von hochwertigen Daten ist erforderlich, und Irland muss sich an der EU-Unfalldatenbank und an einem Verzeichnis zur Überwachung von Verletzungen beteiligen. Es sollte auch in jedem Mitgliedsstaat eine nationale Behörde zur Unfallverhütung gegründet werden. Verkehrserziehung steht an erster Stelle innerhalb jeglicher Präventionsstrategie, insbesondere für diejenigen, die das höchste Unfallrisiko tragen.

Entscheidend ist eine angemessene Bereitstellung von geeigneten Dienstleistungen im gesamten Leistungsspektrum von der Akutversorgung und Krankenhausbehandlung bis hin zu Angeboten durch die Gemeinde. Der Zugang zu Rehabilitationseinrichtungen und -diensten sollte so bald wie möglich nach der Verletzung gewährleistet werden und ist ein grundlegendes Menschenrecht, das durch die UN-Charta in ihren Standards von 1993 und durch das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 unterstützt wird. Solche Dienste sollten allen Menschen für das gesamte Rehabilitationsspektrum bei Bedarf rechtzeitig zur Verfügung stehen. Die Rehabilitationsdienste/-einrichtungen sind seit Jahren in Irland chronisch unterfinanziert, und wahrscheinlich erhalten nur sehr wenige Menschen mit erworbener Hirnschädigung Zugang zu den Diensten, die sie brauchen.

Was können Sie und Ihre Kollegen unternehmen, um das Bewusstsein zu stärken, wie notwendig ist es, dieses Blutvergießen auf den Straßen deutlich zu senken?

Meine Kollegen und ich selbst arbeiten an einer Vielzahl von Verkehrserziehungsmaßnahmen und an der Strategieentwicklung auf lokaler und nationaler Ebene mit. Als Rehabilitationsberater sehen wir uns in einer guten Position, um uns zu den Risiken von Straßenverkehrsunfällen zu äußern. Unsere Beteiligung an Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit würden wir als Teil unserer Rolle sehen. Wir sind jedoch nur sehr wenige, und bilden das Schlusslicht der vielfältigen europäischen Vereinigungen von Medizinern physische Es müssen deutlich mehr Fachleute unserer Disziplinen geben, damit wir unser Aufgabengebiet weiter entwickeln können und sozusagen von

Feuerwehr, Verkehrserziehung und Befähigung zu Vorbeugung übergehen können.

Dr Áine Carroll ist Fachärztin für Rehabilitationsmedizin am Nationalen Rehabilitationskrankenhaus (National Rehabilitation Hospital NRH) in Dublin, am Saint Vincent's Universitätskrankenhaus und dem Royal Hospital in Donnybrook. Derzeit ist sie Vorsitzende der Irischen Vereinigung für Rehabilitationsmedizin (Irish Association of Rehabilitation Medicine). Sie hat zu einer Vielzahl von Rehabilitationsthemen publiziert.

Übersetzung:

Lucia Schüz und Jacqueline Lacroix