

Pressemitteilung

Starnberg, 02.09.2026

15 Menschen, ein Schockraum, 30 Minuten

Das Klinikum Starnberg ist als Regionales TraumaZentrum zertifiziert. Was das im Ernstfall bedeutet – und warum die meisten Schwerverletzten nicht von der Autobahn kommen

Starnberg | Der Anruf kommt, bevor der Patient kommt. Sobald der Rettungsdienst eine schwere Verletzung meldet, löst die Notaufnahme einen Sammelruf aus – ein einziges Signal, das gleichzeitig bei den Pflegenden und Ärzten der Notaufnahme, in der Unfallchirurgie, der Anästhesie und der Radiologie ankommt. Wenn der Rettungswagen an der Rampe hält, steht das Team bereits im Schockraum.

Wie viele Menschen dann bereitstehen müssen, ist keine Frage des guten Willens. Es ist geregelt – und für das Klinikum Starnberg gelten inzwischen strengere Regeln: Denn nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ist das Haus nun als Regionales TraumaZentrum im TraumaNetzwerk München-Oberbayern-Süd zertifiziert. Zuvor war es seit 2010 als Lokales TraumaZentrum eingestuft.

„Wer im Schockraum steht, entscheidet über den Verlauf oft mehr als die Frage, welches Gerät man hat“, sagt Prof. Dr. med. Georg Gradl, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie. „Bei einer schweren Blutung im Bauchraum oder einer Hirnblutung hilft mir kein Anruf in einem anderen Landkreis. Ich brauche jemanden, der in dieser halben Stunde tatsächlich hier ist und diese Verletzung schon oft gesehen hat.“

Zwischen den beiden Stufen liegt kein Etikett, sondern eine Personalliste. Was ein Traumazentrum vorhalten muss, regelt die DGU – bis hin zur Mindestgröße des Schockraums und zur Entfernung zum Computertomographen. Ein Regionales

**Starnberger
Kliniken GmbH**

Oßwaldstraße 1
82319 Starnberg
T +49 8151 18-0
F +49 8151 18-2222
www.starnberger-kliniken.de

Vorsitzender der Geschäftsführung
Dr. Thomas Weiler

Pressekontakt
Christian Andrae
Pressereferent
Unternehmenskommunikation
T +49 8151 18-1404
christian.andrae@starnberger-kliniken.de

Gesellschaft
Starnberger Kliniken GmbH
Amtsgericht München
HR-B 235409



TraumaZentrum muss demnach für den Schockraum ein siebenköpfiges Basisteam vorhalten, in dem die chirurgische Kompetenz zwingend aus der Unfallchirurgie kommt – in einem Lokalen TraumaZentrum darf sie auch aus der Allgemein- oder Viszeralchirurgie stammen. Deutlicher wird der Unterschied bei denen, die hinzukommen müssen: Innerhalb von 30 Minuten muss ein erweitertes Team von acht Personen verfügbar sein, darunter verpflichtend ein Facharzt für Neurochirurgie und einer für Gefäßchirurgie. Hinzu kommen zwei Pflegekräfte für den Operationssaal, damit parallel zur Diagnostik operiert werden kann. Zusammen sind das mindestens 15 Menschen, die für einen einzigen Schwerverletzten bereitstehen müssen.

Die typische Patientin kommt nicht von der Autobahn

Warum diese Strukturen anders aussehen müssen als vor zwanzig Jahren, zeigt ein Blick darauf, wer heute im Schockraum ankommt. Das Robert Koch-Institut hat im Rahmen seines aktuellen Gesundheitspanels rund 27.000 Erwachsene zu Unfallverletzungen befragt: 36 Prozent der zuletzt erlittenen Unfälle ereigneten sich demnach im häuslichen Umfeld; häufigster Mechanismus war mit gut 30 Prozent der Sturz. Und nach Angaben der unfallchirurgischen Fachgesellschaften betrifft inzwischen mehr als die Hälfte aller Knochenbrüche Menschen über 70.

„Die typische Patientin ist heute nicht der junge Motorradfahrer, sondern die 84-Jährige, die im eigenen Wohnzimmer über die Teppichkante gestolpert ist“, sagt Gradl. „Sie hat einen Oberschenkelhalsbruch und dazu eine Kopfverletzung, sie nimmt Blutverdünner, sie hat ein schwaches Herz. Solche Kombinationen sind gefährlicher, als sie auf den ersten Blick wirken. Man muss sie gemeinsam denken – Unfallchirurgie, Anästhesie, Innere Medizin, Radiologie, alle am selben Tisch.“

Warum Nähe zählt

Wie wichtig kurze Wege sind, zeigt eine Untersuchung der unfallchirurgischen Fachgesellschaften, die im Frühjahr im Fachjournal *European Journal of Trauma and*



Emergency Surgery erschienen ist: Die Erreichbarkeit eines Traumazentrums innerhalb von 30 Minuten ist bundesweit bereits lückenhaft – und die Lücken werden größer. Das TraumaNetzwerk hält dagegen, indem es lokale, regionale und überregionale Zentren nach abgestimmten Kriterien verbindet: Wer wohin gebracht wird, folgt festgelegten Regeln, nicht dem Zufall. Für den Landkreis Starnberg bedeutet die Höherstufung, dass mehr Verletzungsmuster vor Ort abschließend behandelt werden können.

„Ein Netzwerk ist keine Rangliste, sondern eine Verabredung darüber, wer was übernimmt“, sagt Gradl. „Unsere Aufgabe ist es, in der ersten Stunde alles zu tun, was zählt – und dann sauber zu entscheiden, ob der weitere Weg hier verläuft oder in einem anderen Haus. Für die Menschen im Landkreis heißt das: Der Ernstfall trifft sie nicht unvorbereitet. Uns auch nicht.“

Begleitmaterial

Foto 1: Prof. Dr. med. Georg Gradl, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie am Klinikum Starnberg. Quelle: Starnberger Kliniken

Foto 2: Simulationstraining am Klinikum Starnberg: Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte üben gemeinsam die Erstversorgung eines schwerverletzten Patienten. Die Verletzungen sind gestellt, der Ablauf entspricht dem Ernstfall. Regelmäßiges Teamtraining gehört zu den Anforderungen an ein Regionales TraumaZentrum.

Quelle: Starnberger Kliniken

Die Holding Starnberger Kliniken GmbH vereint die Unternehmenstöchter Klinikum Starnberg, Klinikum Penzberg, Klinikum Seefeld, Klinikum Herrsching und die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Außenstelle Wolfratshausen unter einem Dach. Vorsitzender der Geschäftsführung ist Dr. Thomas Weiler; Alleingesellschafter der Landkreis Starnberg. Ebenfalls zusammengeführt unter der Dachmarke „Starnberger Kliniken“ sind die Residence, die Berufsfachschulen für Pflege und für Krankenpflegehilfe, das Schulungszentrum für Notfallmedizin und Simulation sowie die Medizinischen Versorgungszentren Herrsching, Penzberg und Starnberg.