

64. Deutscher Verkehrsgerichtstag



Stellungnahme des ACE Auto Club Europa zum Arbeitskreis VII:

Mehr Verkehrssicherheit durch aussagekräftigere Unfalldaten

I. Einführung

Der ACE Auto Club Europa unterstützt die Vision Zero. In deren Rahmen haben sich verschiedene Institutionen vom Bundesverkehrsministerium¹, über den Deutschen Verkehrssicherheitsrat (DVR) bis hin zu Automobilclubs wie dem ACE zusammengeschlossen: Sie alle wollen erreichen, dass die Zahl der Verkehrstoten bis zum Jahr 2030 um 40 Prozent gesenkt und die Zahl der verkehrsbedingt Schwerverletzten deutlich reduziert wird. Zukünftig sieht die Vision Zero vor, die jährliche Zahl der Verkehrstoten auf Null zu reduzieren.

Dazu ist es erforderlich, die Sicherheit im Straßenverkehr deutlich zu erhöhen. Um dieses Ziel zu erreichen, wird versucht nachzuvollziehen, wie Unfälle mit welchen Folgen für die beteiligten Personen entstanden sind. So sollen dann Vorkehrungen getroffen werden, die möglichst die Unfallentstehung verhindern oder zumindest die Folgen abmildern sollen.

Der Arbeitskreis VII wurde auf gemeinsame Initiative der Unfallforschung der Versicherer (UDV), dem DVR sowie dem FUSS e.V. beim 64. Deutschen Verkehrsgerichtstag ins Leben gerufen.

1. Interdisziplinärer Ansatz

Erforderlich ist ein interdisziplinärer Ansatz, in dem die Unfallentstehung, die Folgen und die technischen Begebenheiten z. B. am Fahrzeug analysiert werden. Dazu wird eine Vielzahl an Daten benötigt, um verlässliche Zahlen zu erhalten. Unter anderem verfolgt die UDV im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) einen ganzheitlichen Ansatz. Dieser berücksichtigt sowohl die Straße, also die Verkehrsinfrastruktur vom Gehweg bis zur Autobahn, als auch die Fahrzeuge – vom Fahrrad bis zum schweren Lkw. Schließlich spielt auch der Mensch eine zentrale Rolle: von den Kleinsten, die im Auto richtig gesichert werden

¹ <https://www.bmv.de/SharedDocs/DE/Artikel/DG/mFUND/Aktuell/vision-zero-innovationen-fuer-mehr-sicherheit-im-strassenverkehr.html>.

64. Deutscher Verkehrsgerechtstag



müssen, bis hin zu den Ältesten, die sich fragen, wie lange sie noch sicher Auto oder Fahrrad fahren können.² Neben den anonymisierten Daten der Kraftfahrtversicherer erhält die UDV auch Daten von der Bundesanstalt für Straßen- und Verkehrswesen (BASt). Diese erhält von den Polizeibehörden über das Statistische Bundesamt entsprechende Datensätze aufgrund des Straßenverkehrsunfallstatistikgesetzes (StVUnfStatG).

Das Straßenverkehrsunfallstatistikgesetz wurde 1990 eingeführt und in der Folge immer wieder angepasst. Demnach werden in einer Bundesstatistik Unfälle auf öffentlichen Wegen und Plätzen erfasst, bei denen Menschen getötet oder verletzt wurden oder Sachschäden entstanden sind. Je nach Schwere des Unfalls werden unterschiedliche Daten gesammelt. Während bei Unfällen mit Personenschäden und erheblichen Sachschäden umfangreiche Daten aufgenommen werden, wird bei den übrigen Unfällen lediglich die Gesamtzahl der Unfälle aufgenommen, die nach Autobahn und sonstigen Straßen gegliedert werden. Dabei sind Unfälle auf sonstigen Straßen zusätzlich in außer- und innerorts unterteilt.

Bei „schweren Unfällen“ werden deutlich mehr Daten erfasst: Dazu gehören Angaben zum Unfallhergang, zu den beteiligten Personen (z. B. Alter, Geschlecht, Fahrerlaubnis, Alkoholisierungsgrad) und zu den Fahrzeugen (z. B. Art, technische Daten, Schäden). Ziel ist eine umfassende Analyse der Unfallursachen und -folgen.

Zu den erfassten Daten gehören neben den Unfalltypen auch die Unfallfolgen und die Unfallursache. Der Unfalltypenkatalog (UNKA) umfasst nach der Unfallforschung der Versicherer sieben katalogisierte Unfalltypen: Fahrtenfall, Abbiegeunfall, Einbiege-/Kreuzen-Unfall, Überschreiten-Unfall, Unfall durch ruhenden Verkehr, Unfall im Längsverkehr und sonstige Unfälle.³ Innerhalb dieser Unfalltypisierung wird weiter unterschieden, sodass alle notwendigen Details des Unfalls standardisiert übernommen werden können.⁴

Damit das System der Unfalldatenerfassung die notwendige Flexibilität behält und zukunftsfähig ist, muss technisch gewährleistet werden, dass Schnittstellen angepasst werden können und die Unfalldatenerfassung gesetzlichen oder rechtlichen Änderungen angepasst werden kann. Trotz der Legalisierung von Cannabis seit April 2024 und der Anpassung der Tatbestände bezüglich THC konnte im Unfalltypenkatalog keine Erfassung von Unfällen unter THC eingerichtet werden.⁵

² <https://www.udv.de/udv/die-udv/76240/mehr-sicherheit-im-strassenverkehr-76138>.

³ <https://www.udv.de/resource/blob/80022/89b4d80028aac8cab649d3a3c6157a0/unfalltypenkatalog-data.pdf>.

⁴ <https://www.udv.de/udv/themen/unfalltypenkatalog-unka--81916>.

⁵ Stand November 2025.

64. Deutscher Verkehrsgerichtstag



2. Kritik

Vor allem vom Interessenverband FUSS e.V. wird kritisiert, dass Unfälle ohne Fahrbeteiligung nicht in der Statistik erscheinen.⁶ Daher wird dort eine Aufnahme solcher Unfälle gefordert, auch wenn sie nur selten schwere Folgen haben.

Insbesondere bei Alleinunfällen von Fußgängern wird in der Regel keine polizeiliche Aufnahme erfolgen, wenn nicht wirklich schwere Verletzungen eingetreten sind oder die betroffene Person bei dem Alleinunfall getötet wurde. In der Regel wird die mangelnde Aufnahme in der Statistik bereits daran scheitern, dass die Polizei bei Unfällen zwischen Zufußgehenden oder entsprechenden Alleinunfällen erst gar nicht informiert wird, oder aber die Unfälle von Zufußgehenden mangels erheblicher Schäden oder Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht durch das Straßenverkehrsunfallstatistikgesetz erfasst werden und daher keine Erfassung in der Unfallstatistik erfolgen kann. Eine Erfassung von Bagatellverletzungen wird schon aus praktischen Gründen scheitern, da sich die betroffenen Zufußgehenden in der Regel selbst zum Arzt begeben, wenn eine ärztliche Versorgung notwendig ist. Demnach könnten nur solche Unfälle von Zufußgehenden erfasst werden, bei denen tatsächlich Rettungskräfte hinzugezogen werden müssen. Solche Unfälle sind aber derart selten, dass sie in der Statistik tendenziell nicht relevant wären. Eine polizeiliche Unfallaufnahme würde daher Personal der Polizei binden, ohne dass ein relevanter Nutzen dabei herauskäme. Bei der ohnehin schon personell eng besetzten Polizei ist das praktisch nicht umsetzbar.

Auch der Nutzen der Datenerfassung steht dem Aufwand entgegen. Zum Schutz von Zufußgehenden und zur Vermeidung gleichgearteter Unfälle sind die Einmeldung der Unfälle über die BASt und die Auswertung durch die Unfallforschung wenig zielführend. Bis dahin vergehen im Schnitt zwei Jahre. Wenn bei Alleinunfällen von Zufußgehenden infrastrukturelle Ursachen den Unfall ausgelöst haben, ist die Meldung bei der zuständigen Behörde sinnvoller, sodass unmittelbar eine Prüfung und Beseitigung der Gefahrenstelle erfolgen kann. Dazu haben viele Behörden entsprechende Meldeportale eingerichtet.

Von besonderer Bedeutung für die Unfallforschung sind Unfälle mit Getöteten und Schwerverletzten. Gerade in diesem Bereich ist die Statistik jedoch ungenau. Aus schweren und tödlichen Unfällen ergeben sich allerdings Faktoren, die für die Verbesserung der Verkehrssicherheit und Unfallprävention außerordentlich wichtig sind.

⁶ <https://www.fuss-ev.de/alles-ueber-fussverkehr/konflikte-und-loesungen/wie-sicher-ist-gehen/>.

64. Deutscher Verkehrsgerechtstag



Als Getötete zählen die Personen, die durch den Unfall innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen versterben. Unter die nicht Getöteten fallen diejenigen, die nach längerer Zeit versterben.

Als schwerverletzt gelten Personen, die unfallbedingt stationär im Krankenhaus aufgenommen wurden. Gerade diese Definition ist nicht unumstritten. Zum einen werden als „schwerverletzt“ Personen übernommen, die aufgrund ärztlichen Rates beispielsweise bei möglichen Kopfverletzungen für 24 Stunden zur Beobachtung aufgenommen werden, obwohl sich nach dieser Frist bestätigt, dass keine unfallbedingte Verletzung vorgelegen hat. Andererseits können Personen, die sich erst später in Behandlung begeben oder im Krankenhaus ambulant behandelt werden, nicht als schwerverletzt nacherfasst werden.

3. Kategorisierung nach Abbreviated Injury Scale

Die bisherige Kategorisierung in Leicht-, Schwerverletzte und Getötete ist nicht ausreichend, um die Möglichkeiten der Unfallforschung auszuschöpfen. Expertinnen und Experten fordern daher zumindest die Erweiterung um die Kategorie „lebensbedrohlich Verletzte“. Die Einteilung der Verletzungen sollte vereinheitlicht werden. EU-Vorgaben sehen die Erhebung mittels Abbreviated Injury Scale (AIS) bzw. Maximum Abbreviated Injury Scale (MAIS) mit drei oder mehr Punkten (MAIS3+) vor.⁷ Die Anwendung der AIS wäre eine Möglichkeit der besseren Kategorisierung der Verletzten.

Die Abbreviated Injury Scale ist ein international anerkanntes medizinisches Bewertungssystem, das den Schweregrad von Verletzungen nach Unfällen beschreibt. Jede Verletzung wird dabei mit einem Zahlenwert von 1 bis 6 eingestuft:

AIS 1 = geringfügig (z. B. kleine Schnittwunde)

AIS 2 = mäßig (z. B. Bruch eines Unterarms)

AIS 3 = schwer, aber nicht lebensbedrohlich

AIS 4 = schwer, lebensbedrohlich

AIS 5 = kritisch, Überleben fraglich

AIS 6 = tödlich oder nicht überlebbar

⁷ https://road-safety.transport.ec.europa.eu/system/files/2022-01/Road%20Safety%20thematic%20report%20Serious%20injuries_final.pdf; S. 2ff.

64. Deutscher Verkehrsgerichtstag



Das System wird genutzt, um die Verletzungsschwere objektiv zu vergleichen. Es findet vor allem Anwendung in der Kategorisierung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Verkehrsunfällen oder in klinischen Studien.

Besondere Schwierigkeiten bereitet dabei die Datensammlung unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorgaben und der ärztlichen Schweigepflicht. Derzeit erfolgt die Erfassung durch die aufnehmenden Polizeidienststellen. Diesen ist es oft im Nachhinein aufgrund geltender datenschutzrechtlicher Vorgaben und der ärztlichen Schweigepflicht nicht möglich, Daten zu erhalten, die ausreichend Rückschluss auf die Unfallfolgen zulassen. Oft müssen sie sich auf die Angaben der Betroffenen verlassen.

Aus diesem Grund ist der ACE Auto Club Europa der Auffassung, dass die Datenerfassung nicht nur durch die Polizei erfolgen sollte, sondern auch andere Stellen, die mit der Versorgung von Verletzten befasst sind, in die Datenerfassung und -verarbeitung eingebunden werden sollten. Insbesondere wenn es um Einschätzung von Verletzungen geht, ist auch die Expertise von Rettungskräften sowie Ärztinnen und Ärzten erforderlich.

Damit zuverlässige Daten erfasst werden, müssten die behandelnden Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser in die Unfalldatenerfassung eingeschlossen werden. Der ACE schlägt die folgende Erweiterung der gesetzlichen Vorgaben vor.

II. Konkrete Vorschläge zur Anpassung der Datenerhebung

Es ist zu gewährleisten, dass die Unfalldatenstatistik auch zukunftsfähig ist. **Insbesondere die Einbeziehung KI-gestützter Datenverarbeitung bietet Chancen detailliertere Daten zu erfassen, ohne dabei die personellen Ressourcen überzubeanspruchen.** Denkbar wäre zum Beispiel, dass bei Eingabe der Unfallskizze oder Bilddokumentation der Unfallstelle bereits eine KI die Unfallbeschreibung und Kategorisierung vornimmt. Allein bei der Polizei Bayern wurden mehr als drei Millionen Überstunden absolviert.⁸ Auch wenn die hohe Anzahl an Überstunden nicht allein auf die Unfallaufnahme zurückzuführen ist, sollte eine detailliertere Unfallaufnahme nicht zu noch mehr Arbeit und damit weiteren Überstunden führen. Bei einer derartigen Belastung kann ein Mehraufwand nur schwer durch die aufnehmende Polizei allein

⁸ <https://www.zeit.de/news/2025-08/21/drei-millionen-ueberstunden-bei-bayerischer-polizei>.

64. Deutscher Verkehrsgerechtstag



gestemmt werden. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, weitere Stellen miteinzubeziehen.

1. Klar definierte medizinische Kriterien und Schwellenwerte

Zunächst ist eine weitere Unterteilung der Verletzungen und eine klare Definition der Eingliederungsstufen erforderlich. **Zur Klassifizierung „lebensbedrohlich Verletzte“ ist die Verwendung der Abbreviated Injury Scale sinnvoll.**

1.1. Definitionen

Zur Definition „lebensbedrohlich verletzt“ sollte die Einordnung ab AIS-Stufe 4 verwendet werden. Nachdem Schwerverletzte bereits im Straßenverkehrsunfallstatistikgesetz definiert sind, sollten von dieser Gruppe diejenigen ausgenommen werden, die nur zur Beobachtung stationär aufgenommen wurden und bei denen sich bei Entlassung aus dem Krankenhaus keine Befunde ergeben haben.

Bei Spätversterbenden sollte die im Gesetz enthaltene 30-Tage-Frist außer Kraft gesetzt werden. Vielmehr sollte auch nachträglich eine Übermittlung des Unfalltodes durch den behandelnden Arzt oder Ärztin erfolgen, wenn feststeht, dass der oder die Verletzte an den Folgen des Unfalls verstorben ist. Auf diese Weise können diese Menschen in der Statistik nacherfasst werden.

1.2. Ärztliche Validierung

Jede Behandlung ist zu dokumentieren. Bei Unfallopfern sollte diese Dokumentation auch die Schwere der Verletzung nach der AIS beinhalten, sodass die für die Unfallstatistik benötigten Daten anonymisiert erfasst werden können. Auch beim weiterbehandelnden Arzt sollte gegebenenfalls eine Anpassung des AIS-Codes bei jeder Behandlung erfolgen, damit eine entsprechende anonymisierte Meldung an die BAST erfolgen kann. So könnte dann auch der spätere Unfalltod nacherfasst werden.

Wichtig ist, dass diese Informationen nicht namentlich, sondern anonymisiert und pseudonymisiert übermittelt werden – die Identität bleibt in der Klinik beziehungsweise beim weiterbehandelnden Arzt oder bei der weiterbehandelnden Ärztin.

64. Deutscher Verkehrsgerichtstag



2. Arbeitsabläufe in Kliniken und Rettungsdiensten

2.1. Ersteinstufung am Unfallort

Um die Dokumentation und Datenerhebung zu vereinfachen, sollten die Rettungsdienste in Zusammenarbeit mit den aufnehmenden Polizeidienststellen eine **erste Verdachtslage** (z. B. mittels vereinfachtem AIS- oder Trauma-Scores wie RTS/Glasgow) **in kodierter Form erstellen**.

So sind bereits eine erste Einschätzung und nachträgliche Zuordnung zum polizeilichen Vorgang möglich. Wichtig ist, dass keine personenbezogenen Daten erfasst werden und statt der genauen Diagnose und Befunde lediglich eine Einordnung in die AIS übermittelt wird.

2.2. Klinische Endbewertung

Die qualifizierte AIS-Einstufung erfolgt ausschließlich in der Klinik anhand der Krankenakte. Wurden die Daten vom Rettungsdienst nach den ersten Verdachtsmomenten am Unfallort bereits richtig erfasst, kann so im Klinikum Arbeitszeit gespart werden. Die Übermittlung der Daten wird dann entweder bei Abschluss der Behandlung oder bei Veränderung des Gesundheitszustandes anonymisiert übermittelt.

Im Optimalfall wird der Patient im Krankenhaus aufgenommen. Die AIS-Kodierung erfolgt innerhalb der Dokumentation der medizinischen Behandlung über ein Exportmodul und kann so in eine zuvor erzeugte pseudonymisierte Unfallverletzungsakte nachgetragen werden.

3. Datenschutz und Schweigepflicht: Rechtssichere Umsetzung

3.1. Pseudonymisierung an der Quelle

Eine besondere Herausforderung bilden die ärztliche Schweigepflicht und die Datenübermittlung von Gesundheitsdaten durch Kliniken. **Daher ist es erforderlich, jeden Unfallvorgang, die Anzahl der verletzten Personen und deren Verletzungen bereits frühzeitig aufzunehmen und im Hintergrund eine anonymisierte und pseudonymisierte Unfallakte zu erstellen.** Diese wird zwar mit den Patientendaten gefüttert, stellt jedoch nur den pseudonymisierten und anonymisierten Teil für die Unfallstatistik zur Verfügung. Dabei sollte die Schnittstelle zur BAST Daten nur in eine Richtung übermitteln, um zu verhindern, dass sie zurückverfolgt werden können. Die Änderung der Einordnung wäre in diesem Fall aktiv auszulösen.

64. Deutscher Verkehrsgerichtstag



3.2. Strafrechtliche Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht wird gewahrt, solange keine identifizierenden Gesundheitsdaten herausgegeben werden, nur Statistik-relevante Informationen übertragen werden und eine entsprechende Rechtsgrundlage im StVUnfStatG explizit auf medizinische Mitwirkung ausgeweitet wird.

3.3. Spätversterbende erfassen

Besondere Probleme wird dabei die Erfassung von Spätversterbenden bereiten. Nicht immer versterben die Unfallopfer in der aufnehmenden Klinik. **Daher ist zu gewährleisten, dass auch eine Nachmeldung später Versterbender erfasst werden kann.**

Gegebenenfalls können hierbei die Patientendaten der Krankenkassen genutzt werden. Dort laufen zur Abrechnung alle Daten zusammen. Demgemäß könnten mit den Abrechnungsdaten die entsprechend kodierten Daten für die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Versicherung nicht sichtbar übermittelt werden. Stellt dann ein Arzt oder eine Ärztin den Tod aufgrund von Unfallfolgen fest, kann dies wieder im Hintergrund anonymisiert übermittelt werden, sodass die Nacherfassung über das System des Versicherers an die BAST erfolgen kann.

Die Gesundheitskarte mit elektronischer Patientenakte könnte dabei eine wichtige Rolle spielen. Hier werden die Patientendaten an einer Stelle gespeichert und können bei verschiedenen Ärzten und Ärztinnen ergänzt werden.

III. Fazit

Die Vision Zero ist zentral für den ACE Auto Club Europa. Daher sind Erkenntnisse, wie es zu schweren oder tödlichen Verletzungen kommt, von besonderer Bedeutung für den ACE. Nur wenn nachvollzogen werden kann, wie es zu den Unfallfolgen kam, kann an deren Vermeidung gearbeitet werden. Vor diesem Hintergrund unterstützt der ACE die Forderung nach aussagekräftigeren Unfalldaten zur Steigerung der Verkehrssicherheit.

Zur genaueren Erfassung der Verletzungsschwere ist eine Ergänzung der bisherigen Kategorisierung um die Kategorie „lebensbedrohlich Verletzte“ und die Nutzung der (Maximum) Abbreviated Injury Scale (AIS/MAIS) als medizinisch anerkannten Standard sinnvoll.

64. Deutscher Verkehrsgerichtstag



Die Erfassung detaillierterer Unfalldaten ist nach Auffassung des ACE nicht allein durch die Polizeibehörden zu stemmen. Daher sind bereits Rettungsdienste, Notärztinnen und -ärzte, Kliniken und gegebenenfalls auch die Möglichkeiten der digitalen Patientenakte zu berücksichtigen, um die Mehrbelastung für die Polizei abzufedern.

Hierbei können KI-gesteuerte Systeme unterstützen, unter anderem bei der Unfallaufnahme durch Erstellung von Skizzen und Datenübernahmen aus dem Unfallbericht. Dies könnte die Kategorisierung des Unfalls, der Verletzten und der Verletzung vereinfachen. Das bisherige System sollte auf seine Zukunftsfähigkeit geprüft werden. Notfalls müsste je nach Kosten-Nutzen-Abwägung über die Entwicklung eines neuen, zukunftsfähigen und Technik-offenen Systems nachgedacht werden, das über entsprechende Schnittstellen verfügt. Dann wäre auch künftig eine zuverlässige Datenerhebung und Anpassung der Unfallstatistik und Unfalltypen möglich.

Über den ACE Auto Club Europa:

Klare Orientierung, sichere Hilfe, zuverlässige Lösungen: Der ACE Auto Club Europa ist seit 1965 als engagierte Gemeinschaft für alle modernen mobilen Menschen da, egal mit welchem Verkehrsmittel sie unterwegs sind. Als Mobilitätsbegleiter hilft der ACE international, unbürokratisch und unabhängig. Kernthemen sind die Unfall- und Pannenhilfe, Verkehrssicherheit, Verbraucherschutz, Elektromobilität und neue Mobilitätsformen.

Für Rückfragen und Interviewwünsche:

ACE-Pressestelle, Tel.: 030 278 725-15,

E-Mail: presse@ace.de, Invalidenstraße 29, 10115 Berlin

LinkedIn: [linkedin.com/company/ace-auto-club-europa-e-v-](https://www.linkedin.com/company/ace-auto-club-europa-e-v-)