

Kriterienkatalog

AltersTraumaZentrum DGU®

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
AG ALTERSTRAUMATOLOGIE

1 Vorbemerkungen

Der hier vorliegende **Kriterienkatalog AltersTraumaZentrum DGU®** hat seinen Ursprung in den „Anforderungen für die Pilotphase: Auditverfahren - Kompetenz zur Steigerung von Qualität und Sicherheit in der Alterstraumatologie“.

Er wurde in der AG Alterstraumatologie der DGU unter Einbindung geriatrischer Kompetenz aus den wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitet und diente als Grundlage für die Auditierung von 10 Pilotkliniken in den Jahren 2012 und 2013. Die Evaluierung der Pilotphase fand Eingang in die Überarbeitung des Anforderungskatalogs wiederum unter Einbeziehung der Kompetenz geriatrischer Fachgesellschaften und Verbände.

Die Anwendung dieses Anforderungskatalogs hat zum Ziel, unfallchirurgisch-geriatrische Interdisziplinarität bei der Behandlung des Alterstraumas zu fördern, die Behandlungsqualität und die -ergebnisse zu verbessern und mit einem *AltersTraumaRegister DGU®* Daten für die Versorgungsforschung zur Verfügung zu stellen.

2 Inkraftsetzung

Der hier vorliegende Kriterienkatalog mit Stand 01.03.2014 ist für alle ab dem 01.03.2014 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden.

I. Struktur

Die besonders qualifizierte, interdisziplinäre Behandlung des Alterstraumas findet in einer Zentrumsstruktur statt. Im Mittelpunkt der Zentrumsanforderungen stehen die interdisziplinären Inhalte, Die Benennung als *AltersTraumaZentrum DGU®* (nach erfolgreicher Zertifizierung) wird empfohlen.

1. Die Behandlung des Alterstraumas findet statt in Kooperation (alternativ)

- 1.1 einer stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit mit einer stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit desselben Krankenhauses (oder Krankenhausverbundes eines Trägers), an einem oder mehreren Standorten - idealerweise jedoch in interdisziplinärer Behandlung auf einer Station ohne die Notwendigkeit der räumlichen Verlegung.
- 1.2 einer stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit mit einer stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit eines anderen Krankenhauses bzw. Einrichtung (Akut oder Reha) unterschiedlicher Trägerschaft in entsprechender räumlicher Nähe.
- 1.3 von 1.1 und 1.2 abweichende Strukturen und Kooperationen, die die inhaltlichen Anforderungen an die interdisziplinär unfallchirurgische-geriatrische Kooperation erfüllen, können zum Zertifizierungsverfahren zugelassen werden.

2. Mitglieder und Geltungsbereich interdisziplinärer Zusammenarbeit

- 2.1. Ein *AltersTraumaZentrum DGU®* besteht vorzugsweise aus folgenden Einheiten:
 - 2.1.1. stationäre bettenführende unfallchirurgische Versorgungseinheit und stationäre geriatrische bettenführende Versorgungseinheit,
 - 2.1.2. Leitungsgremium: bestehend aus mindestens einem Vertreter der Leitung der unfallchirurgischen und einem Vertreter der Leitung der geriatrischen Versorgungseinheit. Weitere Leitungsglieder sind möglich.
- 2.2. Das Leitungsgremium legt sich schriftlich auf verbindliche Regularien in einem Dokument (z.B. in einer Geschäftsordnung, Kooperationsvereinbarung) fest. Darin sind mindestens folgende Punkte dargelegt:
 - 2.2.1. Kompetenzen und Aufgaben der Leitung,
 - 2.2.2. die gleichberechtigte Zusammenarbeit der Leitungsglieder,
 - 2.2.3. Verpflichtung zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung inkl. der interdisziplinären Qualifizierung des Personals,
 - 2.2.4. das gemeinsam abgestimmte Auftreten nach außen z. B. auch mit gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen.

- 2.3. Über den unfallchirurgisch-geriatrisch interdisziplinären Geltungsbereich für das *AltersTraumaZentrum DGU®* hinaus müssen folgende Fachbereiche bei Bedarf zur Verfügung stehen. Details der Zusammenarbeit sind in SOP zu regeln, wobei der Begriff „SOP“ hier synonym mit z.B. klinischer Pfad, Standard, Verfahrensanweisung, Ablaufbeschreibung u.ä. verwendet wird.
- 2.3.1. Anästhesie
 - 2.3.2. Radiologie
- 2.4. Folgende Maßnahmen müssen in Prozessen beschrieben werden:
- 2.4.1. Einbindung Notaufnahme,
 - 2.4.2. Einbindung Krankengymnastik / Physiotherapie,
 - 2.4.3. Einbindung Ergotherapie,
 - 2.4.4. Koordination der Hilfsmittelversorgung,
 - 2.4.5. Koordination des strukturierten Entlassungs- und Weiterbehandlungsmanagement unter alterstraumatologischen Gesichtspunkten (ggf. unter Einbindung ambulanter sozialer Dienste).

II. Unfallchirurgie

1. Der/die ärztliche Leiter/in der stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit führt die Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie – Spezielle Unfallchirurgie (Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie).
2. Der/die ärztliche Leiter/in der stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit muss eine Ermächtigung zur Weiterbildung im Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für die spezielle Unfallchirurgie besitzen.
3. Die unfallchirurgische Versorgung (operativ und konservativ) in einem *AltersTraumaZentrum DGU®* schließt Regelungen für mindestens folgende Indikationsgruppen ein:
 - Frakturen des coxalen Femur,
 - Frakturen des proximalen Humerus,
 - Wirbelkörperfrakturen,
 - periprothetische Frakturen,
 - Beckenfrakturen.

Die unfallchirurgische Versorgung dieser Indikationsgruppen orientiert sich an schriftlich niedergelegten SOP.

4. Die unfallchirurgische Versorgung richtet sich dabei nach den Kriterien der Evidenz basierten Medizin und den Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften.

III. Geriatrie

1. Der/die ärztliche Leiter/in der stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit (oder Besonderheit gemäß I.1.3) führt zusätzlich zum Facharzt die Bezeichnung klinische Geriatrie als Schwerpunkt oder die Zusatzweiterbildung Geriatrie.
2. Der/die ärztliche Leitung der stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit (oder Besonderheit gemäß I.1.3) soll eine Ermächtigung zur Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung / im Schwerpunkt Geriatrie besitzen.
3. Die geriatrische Versorgung richtet sich dabei nach den Kriterien der Evidenz basierten Medizin und den Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften.
4. Der frühestmöglichen Integration (früh-)rehabilitativer Aspekte bei der Behandlung des alten unfallverletzten Menschen ist höchste Priorität einzuräumen. Vorzugsweise sollte bei entsprechender Indikation die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung zur Anwendung kommen. Damit müssen die strukturellen Voraussetzungen zur Durchführung einer geriatrischen Komplexbehandlung gegeben sein.
5. Die geriatrisch-medizinische Behandlung ist ebenso wie die unfallchirurgische Behandlung entlang schriftlich niedergelegter SOP organisiert.

IV. Interdisziplinäre Kooperation

1. Die interdisziplinäre Kooperation im Zentrum wird sichergestellt durch fachkompetente Vertreter der stationären Unfallchirurgischen Versorgungseinheit und der stationären Geriatrischen Versorgungseinheit (oder Besonderheit gemäß I.1.3).
2. Die frühestmögliche Identifikation geriatrischer Patienten erfolgt analog des Screening-Konsensusvorschlages von DGG, DGGG und BV Geriatrie, d.h. Screening bei unfallchirurgischer Aufnahme, spätestens aber am ersten postoperativen Tag.
3. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Unfallchirurgie und Geriatrie ist es erforderlich, dass ärztliche Vertreter der geriatrischen Versorgungseinheit - ebenso wie im umgekehrten Fall der unfallchirurgische Kooperationspartner - auch kurzfristig im Rahmen der stationären unfallchirurgischen Behandlung (z.B. unmittelbar perioperativ) mit fachspezifischer Behandlungskompetenz zur Verfügung stehen.

Mindestens 2 x pro Woche ist die persönliche Anwesenheit des Geriaters in der stationären unfallchirurgischen Versorgungseinheit bzw. des Unfallchirurgen in der stationären geriatrischen Versorgungseinheit zu gewährleisten.

4. Die interdisziplinäre Behandlung an Schnittstellen zwischen Unfallchirurgie, Geriatrie, Anästhesie, Radiologie und Therapiebereichen sowie Weiterbehandlern (siehe I 2.4) sind in den SOP geregelt.

5. Besondere Bedeutung erfährt die interdisziplinäre Kooperation zwischen Unfallchirurgie, Anästhesie und Geriatrie für (zunächst) nicht operationsfähige Patienten. Die beteiligten Fachdisziplinen regeln ihre Kooperation deshalb auch in einem „Management für nicht operationsfähige Patienten“ und bringen dies zur Anwendung.
6. Durch das Zusammenwirken von Unfallchirurgie und Geriatrie besitzt das *AltersTraumaZentrum DGU®* eine besondere Kompetenz in der frühestmöglichen (auch prospektiven) interdisziplinären Wahrnehmung von Komplikationen bzw. Risiken. Dies betrifft insbesondere folgende Aspekte: Schmerz, Delir, Sturzprävention, Osteoporose, Dekubitus und Ernährung.
 - 6.1 Eine frühzeitige Mobilisation des alten unfallverletzten Menschen erfordert spezielle schmerztherapeutische Konzepte, die auf das hohe Lebensalter des Patienten, seine entsprechende medizinische Ausgangskonstitution (Komorbiditäten) und seine aktuelle Verletzungssituation ausgerichtet sind. Die zur Anwendung kommenden schmerztherapeutischen Maßnahmen basieren auf interdisziplinär unfallchirurgischer, geriatrischer und anästhesiologischer Fachkompetenz. Auf eine entsprechend differenzierte und zugleich standardisierte Schmerztherapie (SOP) wird an jeder Stelle des interdisziplinären Behandlungsprozesses zurückgegriffen.
 - 6.2 Bei jedem Alterstraumapatienten ist nach SOP bei Aufnahme ein Screening auf Delirrisiko und ggf. eine SOP-basierte Diagnostik und Therapie einzuleiten.
 - 6.3 Bei jedem Alterstraumapatienten ist nach SOP bei Aufnahme ein Screening auf Sturzrisiko und ggf. eine SOP-basierte Diagnostik und Therapie einzuleiten. In den SOP eines Zentrums ist der Zeitpunkt festgeschrieben, zu dem diese Maßnahmen eingeleitet werden.
 - 6.4 Bei jedem Alterstraumapatienten ist nach SOP bei Aufnahme ein Screening auf Ernährungsstörung und ggf. eine SOP-basierte Diagnostik und Therapie einzuleiten. In den SOP eines Zentrums ist der Zeitpunkt festgeschrieben, zu dem diese Maßnahmen eingeleitet werden.
 - 6.5 Bei jedem Alterstraumapatienten ist Leitlinien-gemäß eine Osteoporosediagnostik und eine entsprechende medikamentöse Therapie einzuleiten. In den SOP eines Zentrums ist der Zeitpunkt festgeschrieben, zu dem diese Maßnahmen eingeleitet werden.
 - 6.6 Bei jedem Alterstraumapatienten ist nach SOP bei Aufnahme ein Screening auf Dekubitusrisiko und ggf. eine SOP-basierte Diagnostik und Therapie einzuleiten.
7. Eine frühestmöglich einsetzende (früh-) rehabilitative Behandlung des alten unfallverletzten Menschen setzt voraus, dass bereits in der frühen postoperativen Phase der unfallchirurgischen Behandlung die therapeutische Aktivierung des Patienten geregelt ist. Die physiotherapeutischen Maßnahmen folgen differenzierten SOP, die sich nach dem Verletzungsmuster und der unfallchirurgischen operativen Versorgung richten und üblicherweise die Mobilisation am ersten postoperativen Tag beinhalten. Bedarfsweise müssen im Sinne einer (Früh-) Rehabilitation weitere Therapieangebote zur Anwendung kommen (z.B. Ergotherapie, Logopädie, (Neuro-) Psychologie).

8. Die Planung einer geriatrischen (früh-) rehabilitativen Behandlung erfolgt frühestmöglich perioperativ unfallchirurgisch-geriatrisch kooperativ. Der Zeitpunkt ist in den SOP festgelegt. Ziel jeder Rehabilitationsplanung ist die Reintegration des Alterstraumapatienten in ein seinen Fähigkeiten entsprechendes soziales Umfeld. Indikationsgruppen, fachliche Kompetenz, föderale und lokale Strukturen sind hierbei zu berücksichtigen.
9. Entlassungsmanagement inkl. Hilfsmittelerprobung und Hilfsmittelversorgung sind ein kontinuierlicher Bestandteil der Behandlung innerhalb der altersmedizinischen Kooperation und basieren auf dem bei Aufnahme erhobenem Sozialassessment. Dies wird durch eine SOP geregelt.
10. Es findet regelmäßig (mind. wöchentlich) eine interdisziplinäre unfallchirurgisch-geriatrische Teamkonferenz statt. Mitglieder der Konferenz sind mindestens je ein ärztlicher Vertreter der stationären unfallchirurgischen Versorgungseinheit, der stationären geriatrischen Versorgungseinheit (oder Besonderheit gemäß I.1.3), Vertreter der Pflege und der Krankengymnastik/Physiotherapie sowie des Sozialdienstes (und ggf. Vertreter weiterer Berufsgruppen des therapeutischen Teams). Die Konferenz dient der interdisziplinären Fallbesprechung, Behandlungsplanung und Einschätzung des individuellen (Früh-) Rehabilitationsbedarfs der alterstraumatologischen Patienten. Die regelmäßigen Sitzungen der interdisziplinären Teamkonferenz werden dokumentiert, unabhängig davon, ob eine geriatrische rehabilitative Komplexbehandlung durchgeführt wird oder nicht (d.h. Teamkonferenz wird unabhängig von Abrechnungsmodalitäten durchgeführt). Dies wird durch eine SOP geregelt.
11. Das *AltersTraumaZentrum DGU®* stellt eine vollständige Verlaufsdokumentation über alle behandelten Patienten sicher. Dazu gehören:
 - 11.1 die initiale Verletzungsdiagnose mit Frakturklassifikation (z.B. nach AO) und Weichteilklassifikation,
 - 11.2 die unfallchirurgische Therapie mit Osteosyntheseverfahren, Implantatwahl und postoperativer Nachbehandlung einschließlich Belastbarkeit,
 - 11.3 besondere Risikoprofile und medizinische Nebendiagnosen,
 - 11.4 eventuelle Komplikationen und deren Behandlung im Verlauf,
 - 11.5 Beginn geriatrisch frührehabilitativer Behandlung mit Assessmentdaten,
 - 11.6 Dokumentation der Wahrnehmung spezieller Risikobereiche Schmerz, Delir, Sturzprävention, Osteoporose, Dekubitus und Ernährung,
 - 11.7 geplanter oder bereits erzielter Status der sozialen / häuslichen Reintegration,
 - 11.8 Klärung ggf. weiter bestehenden geriatrischen Rehabilitationsbedarfs,
 - 11.9 Entlassungsmodus,
 - 11.10 Einbeziehung / Information ambulanter Dienste unter Berücksichtigung der Pflegestufe,
 - 11.11 zeitnahe Zurverfügungstellung des Entlassungsbriefes (Information zu Entlassungsmedikation und zu zur unmittelbaren Weiterbehandlung relevanten Informationen regelhaft am Entlassungstag).

V. Qualitätsmanagement, Risikomanagement

1. Das *AltersTraumaZentrum DGU®* erhebt Kennzahlen, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung widerspiegeln und eine vergleichende Auswertung möglich machen.
2. Nach Implementierung ist die Weitergabe an ein Register obligat.
3. Folgende Strukturen, Maßnahmen und Prozesse sind weitere wichtige Bestandteile des Qualitätssicherungssystems eines *AltersTraumaZentrum DGU®*:
 - 3.1 Einhaltung der in diesem Kriterienkatalog beschriebenen Voraussetzungen, insbesondere die Sicherstellung des interdisziplinären Charakters,
 - 3.2 Nachweis qualifizierter Einarbeitung sowie regelmäßiger interdisziplinärer Fort- und Weiterbildung aller an der Behandlung Beteiligten unter Berücksichtigung berufsgruppenübergreifender Aspekte,
 - 3.3 Fortbildungsangebote für (zuweisende und weiterbehandelnde) Ärzte und Institutionen,
 - 3.4 interdisziplinäre Teambesprechungen, Qualitätszirkel, Fallbesprechungen und protokollierte Morbiditäts/Mortalitätskonferenzen in regelmäßigen Abständen,
 - 3.5 jährliche Diskussion der für das *AltersTraumaZentrum DGU®* erreichten Ergebnisse. (Diese Jahresbewertung kann in Zusammenhang mit einem Managementreview durchgeführt werden, unterliegt aber nicht den Anforderungen an ein Managementreview nach DIN EN ISO 9001).
4. Die Hinterlegung eines fachspezifischen Qualitätsmanagementsystems wird gefordert.
5. Die Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechslung, Seitenverwechslung im OP oder Hygienemaßnahmen, insbesondere hinsichtlich multiresistenter Erreger, kann im Rahmen der Vor-Ort-Audits stichprobenartig erfasst werden.