

# Kriterienkatalog

## AltersTraumaZentrum DGU®

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR UNFALLCHIRURGIE  
AG ALTERSTRAUMATOLOGIE

### 1 Vorbemerkungen

Der hier vorliegende **Kriterienkatalog AltersTraumaZentrum DGU®** in der Version 1.2 ist die Weiterentwicklung des Kriterienkatalogs vom März 2014. In die Überarbeitung gingen die Erfahrungen aus dem Auditierungs- und Zertifizierungszeitraum 2014 bis 2017 ein. In 2017 wurden die ersten Zentren rezertifiziert. Damit hat auch die gewünschte und darzustellende Weiterentwicklung der Zentren Eingang in die 2. Version des Kriterienkatalogs gefunden.

Mit der aktuellen Version des Kriterienkatalogs bestand die Möglichkeit, vormals noch teilweise offen formulierte Anforderungen konkreter zu fassen, was für die Umsetzung in den Zentren hilfreich sein dürfte. Formale Kriterien treten in ihrer Bedeutung hinter ihre inhaltliche Bestimmung zurück. Für die Rezertifizierung von Alterstraumazentren wird die Darstellung ihrer Weiterentwicklung von besonderer Wichtigkeit sein.

Mit der seit 2016 für die Zentren verbindlichen Teilnahme am AltersTraumaRegister DGU® tritt darüber hinaus die Kennzahlenarbeit als essentieller Bestandteil des Qualitätsmanagements in den Fokus. Gleichzeitig werden mit dem Register Grundlagen für die Versorgungsforschung geschaffen und nach dem für unsere Patienten in den Alterstraumazentren so wichtigen Outcome gefragt.

### 2 Inkraftsetzung

Der hier vorliegende Kriterienkatalog mit Stand 01.11.2017 ist gültig ab dem 01.01.2018.

## 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 unfallchirurgischer und geriatrischer Fachkompetenz

- 1.1 vorzugsweise in einer interdisziplinären Behandlungseinheit in Kooperation einer jeweils bettenführenden unfallchirurgischen und geriatrischen Fachabteilung;
- 1.2 die Behandlung im alterstraumatologischen Zentrum kann sich auch auf verschiedene Fachabteilungen und/oder Standorte in räumlicher Nähe erstrecken mit der Notwendigkeit einer räumlichen Verlegung der Patienten im interdisziplinären Behandlungsverlauf;
- 1.3 ebenso besteht unter den Voraussetzungen „interdisziplinärer Kooperation“ die Möglichkeit, geriatrische (resp. unfallchirurgische) Fachkompetenz in Person eines Geriaters / Unfallchirurgen in die bettenführende Fachabteilung des alterstraumatologischen Zentrums zu integrieren;
- 1.4 die Zertifizierung als AltersTraumaZentrum ist auch möglich im Verbund.

### 2. Mitglieder und Geltungsbereich interdisziplinärer Zusammenarbeit

- 2.1. Ein AltersTraumaZentrum DGU® besteht vorzugsweise aus folgenden Einheiten:
  - stationäre bettenführende unfallchirurgische Versorgungseinheit und
  - stationäre bettenführende geriatrische Versorgungseinheit.
- 2.2. Das Leitungsgremium besteht aus mindestens einem Vertreter der Leitung der unfallchirurgischen und einem Vertreter der Leitung der geriatrischen Versorgungseinheit. Weitere Leitungsmitglieder sind möglich. 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 Leitungsmitglieder,
  - 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-geriatriisch interdisziplinären Geltungsbereich für das AltersTraumaZentrum DGU® hinaus müssen folgende Fachbereiche bei Bedarf zur Verfügung stehen:

- 2.3.1. Anästhesie
- 2.3.2. Radiologie

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. Bei einem Alterstraumazentrum im Verbund sind die SOP der einzelnen Behandlungsstandorte aufeinander abzustimmen.

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 ärztlich unfallchirurgische Kooperationspartner des ATZ führt die **Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie – Spezielle Unfallchirurgie** oder **Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie**. Eine Vertreterregelung mit gleicher Expertise muss existieren.
2. Der ärztlich unfallchirurgische Kooperationspartner des ATZ 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:

operativ	konservativ
Frakturen des coxalen Femur	Frakturen des proximalen Humerus
Frakturen des proximalen Humerus	Wirbelkörperfrakturen
Wirbelkörperfrakturen	Beckenfrakturen
periprothetische Frakturen	
Beckenfrakturen	

Die Behandlungen dieser Indikationsgruppen sind in SOP beschrieben. Die SOP sind interdisziplinär und alterstraumatologisch spezifisch angelegt. Sie beinhalten insbesondere auch physiotherapeutische Aspekte mit Maßgaben zur Belastbarkeit und (Früh-) Mobilisation. Die SOP haben Gültigkeit für das gesamte ATZ.

### III. Geriatrie

1. Der ärztlich geriatrische Kooperationspartner des ATZ führt zusätzlich zum **Facharzt** die Bezeichnung *Klinische Geriatrie als Schwerpunkt* oder die *Zusatzweiterbildung Geriatrie*.
2. Der ärztliche geriatrische Kooperationspartner des ATZ soll eine **Ermächtigung zur Weiterbildung** für die *Zusatzbezeichnung / im Schwerpunkt Geriatrie* im Umfang von mindestens 6 Monaten besitzen.  
Übergangsweise gilt bis zu 12 Monate eine von der regionalen Ärztekammer bestätigte Antragsstellung zur landesspezifischen Weiterbildungsbefugnis Geriatrie. Ab Ablauf dieses Zeitpunktes ist die bestätigte Ermächtigung zur Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung / im Schwerpunkt Geriatrie zwingend nachzuweisen.
3. 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.
4. Die geriatrisch-medizinische Behandlung ist ebenso wie die unfallchirurgische Behandlung entlang schriftlich niedergelegter SOP organisiert.

### IV. Interdisziplinäre Kooperation

1. Die interdisziplinäre ärztliche Kooperation im AltersTraumaZentrum DGU® wird sichergestellt durch Unfallchirurgen und Geriater sowie ggf. weitere dem Geltungsbereich des Zentrums zugeschriebene Fachdisziplinen.
2. Die Erstidentifikation geriatrischer Patienten erfolgt im Rahmen der Aufnahme mit einem geeigneten geriatrischen Screeninginstrument in jedem Fall noch präoperativ. Bis spätestens zum ersten postoperativen Regelarbeitstag wird darüber hinaus für jeden alterstraumatologischen Patienten ein „Basisassessment“ durchgeführt (ggf. auch durch eine entsprechend geschulte Liaisonkraft). Im Fall eines dabei perioperativ festgestellten, dringlichen geriatrischen Behandlungsbedarfs muss in einem AltersTraumaZentrum DGU® auch kurzfristig die Hinzuziehung akutgeriatrischer Behandlungskompetenz möglich sein. Entsprechende Notfallbehandlungskonzepte müssen vom AltersTraumaZentrum DGU® nachgewiesen werden.

3. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Unfallchirurgie und Geriatrie gilt in allen Behandlungsphasen, dass ärztliche Vertreter der Geriatrie - ebenso wie im umgekehrten Fall der Unfallchirurgie - auch kurzfristig mit fachspezifischer Behandlungskompetenz zur Verfügung stehen.

Bei unfallchirurgisch-geriatrisch räumlich getrennten Behandlungseinheiten – Standorte/Stationen - ist mindestens 2 x pro Woche die persönliche Anwesenheit des Geriaters in der stationären unfallchirurgischen Versorgungseinheit bzw. des Unfallchirurgen in der stationären geriatrischen Versorgungseinheit zu gewährleisten. Dabei ist jeweils auch 2 x pro Woche eine Visite am Krankenbett durchzuführen. Ein geriatrisches Behandlungsmanagement muss grundsätzlich für alle alterstraumatologischen Patienten des Zentrums nachvollziehbar sein.

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. Jeder alterstraumatologische Patient wird präoperativ einer Risikostratifizierung unterzogen. Eingang in die Risikostratifizierung bzw. die daraus abzuleitenden Maßnahmen finden unfallchirurgische, anästhesistische und geriatrische Fachkompetenz. In dieses perioperative Patienten- und Behandlungsmanagement sollten ebenso Palliativkonzepte wie auch Ethikkonsile einbezogen werden.
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 leitliniengemäß 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.
- 6.7 Bei Alterstraumapatienten mit nachweisbarer *kognitiver Störung oder Demenz* ist ein Behandlungsmanagement und ggf. eine SOP-basierte Diagnostik, Therapie und entlassungsbedingte Überleitung in die ambulante Versorgung zu organisieren. Das interdisziplinäre Versorgungsmanagement des Alterstraumazentrums ist diesen Patienten nicht vorzuenthalten.
- 6.8 Bei jedem Alterstraumapatienten ist nach SOP bei Aufnahme oder im Verlauf ein Screening auf *Harninkontinenz* und ggf. eine SOP-basierte Diagnostik und Therapie bei Harnwegsinfektion einzuleiten. In den SOP des Zentrums ist der Zeitpunkt festgeschrieben, zu dem diese Maßnahmen eingeleitet werden.
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 ist ein kontinuierlicher Bestandteil der Behandlung innerhalb der altersmedizinischen Kooperation und basiert auf dem bei Aufnahme erhobenen 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 Verlaufsdocumentation 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. weiterbestehenden geriatrischen Rehabilitationsbedarfs,
  - 11.9 Entlassungsmodus,
  - 11.10 Einbeziehung / Information ambulanter Dienste unter Berücksichtigung der Pflegestufe,
  - 11.11 zeitnahe Zurverfügungstellung des Entlassungsbriefes (Information zur Entlassungsmedikation und zur unmittelbaren Weiterbehandlung relevante Informationen regelhaft am Entlassungstag).
  - 11.12 Die Weitergabe der notwendigen Behandlungsdaten an des AltersTraumaRegister DGU® mit vollständiger Dateneingabe ist verpflichtend.

## V. Qualitätsmanagement

1. Das AltersTraumaZentrum DGU® muss aufgrund der Anforderungen dieses Kriterienkataloges ein Managementsystem aufbauen, dokumentieren, verwirklichen, aufrechterhalten und dessen Wirksamkeit ständig verbessern. Daher sind die Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in einem Handbuch zu dokumentieren. Das Handbuch kann ein eigenständiges Handbuch oder Teil eines Handbuches des Krankenhauses bzw. der Klinik sein. Sofern sich ein Alterstraumazentrum dafür entscheidet Leistungen auszugliedern, so sind diese Prozesse, z.B. Ergotherapie oder Logotherapie, zu dokumentieren und die Erbringung der Leistungen für das Alterstraumazentrum auf deren Wirksamkeit zu bewerten. Die Dokumente des Handbuchs sind gelenkt und werden regelmäßig, jedoch mindestens einmal innerhalb eines Zertifizierungszyklus, einer Revision unterzogen.
2. Das AltersTraumaZentrum DGU® verfügt über eine dokumentierte Qualitätspolitik (Leitbild, Philosophie), Qualitätsziele sowie die in diesem Kriterienkatalog festgelegten Pflichtdokumente. Es ist sichergestellt, dass die speziellen Anforderungen alterstraumatologischer Patienten ermittelt und erfüllt werden. Jedes Alterstraumazentrum verfügt über einen Zentrumskoordinator, dessen Aufgaben in einer Stellen- oder Aufgabenbeschreibung dargestellt sind. Die Aufbauorganisation wird in einem Organigramm dargestellt. Die Kommunikation innerhalb des Zentrums ist mittels einer Kommunikationsmatrix dokumentiert geregelt und lässt Interdisziplinarität sowie Interprofessionalität erkennen. Aufzeichnungen (Besprechungsprotokolle) werden archiviert. Qualitätszirkel finden zur systematischen Qualitätsplanung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen statt. Einmal im Jahr findet eine Bewertung des Managementsystems in dokumentierter Form statt. Die Managementbewertung kann sich dabei an den Vorgaben einer DIN EN ISO 9001 orientieren, muss jedoch mindestens folgende Kriterien erfüllen:

- 2.1. Eingaben:
  - 2.1.1. Ergebnisse/Beurteilung vorheriger Managementbewertungen
  - 2.1.2. Veränderung von internen und externen Themen, die das Managementsystem des ATZ betreffen
  - 2.1.3. Leistungsindikatoren: Kunden-/ Patientenzufriedenheit, Erfüllung Qualitätsziele, Kennzahlen, Registerdaten
  - 2.1.4. Informationen zu Beschwerden, Fehlern und Risiken
  - 2.1.5. Ergebnisse interner Audits
  - 2.1.6. Ggf. Leistung externer Dienstleister bzw. ausgegliederter Prozesse
  - 2.1.7. Möglichkeiten der Verbesserung
- 2.2. Ergebnisse:
  - 2.2.1. Möglichkeiten der Verbesserung
  - 2.2.2. Konkreter Änderungsbedarf mit damit verbundenem Ressourcenbedarf
3. Ein AltersTraumaZentrum DGU® verfügt über ein den Anforderungen angepasstes Einarbeitungskonzept für ärztliche und nicht ärztliche Mitarbeiter. Nachweise der Einarbeitung werden archiviert. Ein interdisziplinärer und interprofessioneller Fort- und Weiterbildungsplan stellt in dokumentierter Art und Weise die Maßnahmen dar, die ergriffen werden um die alterstraumatologische Kompetenz der Mitarbeiter zu erhalten und zu steigern. Die Infrastruktur des Alterstraumazentrums ist so gestaltet, dass die gesetzlichen Vorgaben wie zum Beispiel Hygiene und Arbeitssicherheit sichergestellt sind. Weiter wird die Infrastruktur, insbesondere die Patientenzimmer und Bäder, Patienten-Flure und Therapieräume den Anforderungen angepasst (Barrierefreiheit, Hilfsmittel).
4. Ein AltersTraumaZentrum DGU® wendet die nationalen Expertenstandards durchgängig an.
5. Ein AltersTraumaZentrum DGU® erhebt Kennzahlen, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung widerspiegeln und eine vergleichende Auswertung möglich machen. Das AltersTraumaZentrum DGU® verpflichtet sich zur Teilnahme am AltersTraumaRegister DGU®.
6. M&M-Konferenzen finden im AltersTraumaZentrum DGU® interdisziplinär statt.
7. Die Zufriedenheit alterstraumatologischer Patienten und gegebenenfalls der Angehörigen wird regelmäßig ermittelt und bewertet. Ein internes Audit findet mindestens einmal in einem Zertifizierungszyklus von drei Jahren statt. Das interne Audit bzw. die Summe aller internen Audits berücksichtigt alle Anforderungen des Kriterienkatalogs. Die Umsetzung von Korrektur- und Vorsorgemaßnahmen sowie Verbesserungsmaßnahmen kann ein Alterstraumazentrum jederzeit nachweisen und die Wirksamkeit der Umsetzung von Maßnahmen wird im Managementbericht dokumentiert. Ein Risikomanagement, Fehlermanagement und Beschwerdemanagement finden nach den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses statt.