
Anforderungskatalog

atz[®] - Alterstraumatologisches Zentrum



Eine Initiative zur Förderung und Sicherung der Qualität der Versorgung alterstraumatologischer Patienten in Deutschland im Bereich der stationären Versorgung

Getragen von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) sowie dem Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie), der das Verfahren entwickelt hat und die Durchführung betreut.



BUNDESVERBAND
GERIATRIE



www.Alterstraumazentrum.de

Bundesverband Geriatrie e.V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Bedingt durch den demografischen Wandel ändert sich die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland in erheblichem Maße. Hierauf muss sich die medizinische Versorgung zukünftig einstellen und sich an die Entwicklungen anpassen. Für die Versorgung älterer und hochaltriger Patienten wurden mit der Geriatrie bzw. den geriatrischen Fachabteilungen in den letzten 20 Jahren flächendeckend fachspezifische Versorgungsstrukturen an Krankenhäusern bzw. speziellen Rehabilitationseinrichtungen eingerichtet.

Mit unfallchirurgischen Abteilungen an Krankenhäusern und Kliniken gibt es darüber hinaus eine flächendeckende Versorgungsstruktur für Traumapatienten. Zielsetzung dieses Zertifizierungsverfahrens ist es, die Entstehung von Alterstraumatologischen Zentren mit einem festgelegten qualitativen Anspruch auf freiwilliger Basis zu fördern und somit die fachspezifische Versorgung von geriatrischen Traumapatienten zu verbessern. In Alterstraumatologischen Zentren (atz®) werden betroffene Patienten ganzheitlich und in allen Phasen der Erkrankung sowohl unter traumatologischen wie auch geriatrischen Aspekten behandelt.

Eine entsprechende ganzheitliche und umfassende Versorgung von geriatrischen Traumapatienten ist nur durch eine verzahnte und aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit von Spezialisten der beiden Fachgebiete möglich und umfasst medizinische, pflegerische sowie therapeutische Aspekte.

Im Mittelpunkt steht somit die Zusammenarbeit von Geriatrie und Unfallchirurgie mit ihren konkreten Prozessen, d. h. die gegenseitige Ausrichtung der jeweiligen Arbeitsweisen auf die Erfordernisse einer optimalen Versorgung dieser besonderen Patientengruppe.

Ziel ist die Optimierung einer engen, an dem spezifischen Behandlungsbedarf des geriatrischen Traumapatienten ausgerichteten, interdisziplinären Zusammenarbeit aller ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter beider Fachgebiete – zum Wohle der Patienten. Hierzu wurden fachspezifische Anforderungen festgelegt.

Die geriatrischen Kliniken behandeln geriatrische Patienten, die neben dem höheren Lebensalter insbesondere durch eine geriatritypische Multimorbidität bzw. alterstypisch erhöhte Vulnerabilität gekennzeichnet sind. Dies beinhaltet multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen, die erhöhte Gefahr des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen sowie der Chronifizierung, was letztlich ein erhöhtes Risiko hinsichtlich des Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus beinhaltet. Dies betrifft sowohl ein altersassoziiertes häufiges Auftreten von Erkrankungen, wie kardiovaskuläre und pulmonale Krankheiten als auch altersassoziierte Syndrome (Sarkopenie, Frailty u. a.). Hinzu kommen zumeist eine vorliegende Mehrfachmedikation sowie eine altersbedingte herabgesetzte Medikamententoleranz, die besondere Beachtung finden müssen.

Geriatrie ist somit der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter und den präventiven, klinischen, rehabilitativen sowie sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt und dabei die Besonderheiten des älteren bzw. hochaltrigen Patienten entsprechend umfassend aufgreift.

Die genannten Gefahren werden insbesondere im Rahmen eines unfallbedingten Krankenhausaufenthaltes eines geriatrischen Patienten relevant. Durch das veränderte Umfeld, den Einfluss von Narkose, Operation, krankheitsbedingten Maßnahmen und Immobilität können sich geriatritypische Syndrome ausbilden bzw. deutlich verstärken, wie z. B.:

- Delir
- kognitive Defizite
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Infektionen

- allgemeine Herabsetzung der körperlichen Belastbarkeit/Gebrechlichkeit
- Inkontinenz
- Verfestigung der Immobilität
- Sturzneigung und Schwindel
- chronische Wunden
- Dekubitus
- Depressionen
- Angststörungen

Dieser besondere medizinische Kontext erfordert, dass die operative unfallchirurgische Behandlung und insbesondere die präoperative sowie die sich anschließende postoperative Behandlungsphase frühestmöglich unter Beachtung der besonderen Bedarfe des geriatrischen Patienten erfolgt.

Zudem setzt es voraus, dass nicht nur qualitativ hochwertige unfallchirurgische und geriatrische Versorgungsstrukturen bestehen, sondern dass diese auch in besonderer Weise gemeinsam und strukturiert aufeinander abgestimmt patientenorientiert arbeiten. Dabei müssen die strukturellen Voraussetzungen so angelegt sein, dass sie die entsprechende Zusammenarbeit ermöglichen und regelhaft sicherstellen.

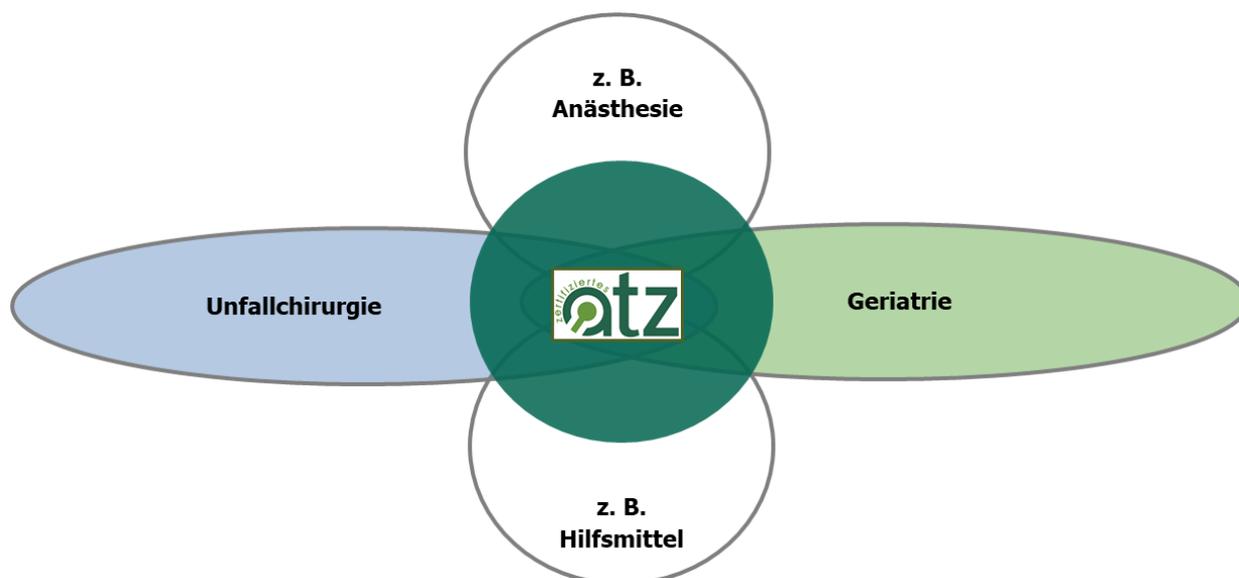
Die Unfallchirurgie befasst sich mit den operativen und konservativen Verfahren zur Wiederherstellung und Erhaltung der durch Unfälle, d. h. traumatisch geschädigten Körperstrukturen bzw. Organen. Im Alterstraumatologischen Zentrum vereinigt sich sowohl die chirurgische Kompetenz als auch das altersmedizinische Fachwissen zu einer Behandlungseinheit – immer im Sinne des betroffenen Patienten.

Ziel ist die Entwicklung und dauerhafte Umsetzung einer funktionalen sowie strukturellen Konzeption für die medizinisch-inhaltliche Kooperation im Sinne eines medizinischen Kompetenzzentrums. Sowohl die Unfallchirurgie als auch die Geriatrie müssen über eine nachgewiesene Versorgungsqualität verfügen. Zudem müssen sie jeweils derart strukturell aufgestellt sein, dass die Belange älterer und hochaltriger Patienten dabei besondere Berücksichtigung finden. Auf diesen Basisstrukturen setzt das Alterstraumatologische Zentrum als Ort der kooperativen, gemeinschaftlichen Behandlung des geriatrischen Traumapatienten an, wobei es, bedingt durch das föderale System in Deutschland, regional unterschiedlich ausgestaltete Versorgungsstrukturen geben kann. Diese müssen jeweils Berücksichtigung finden.

Die Zentrumsstruktur bildet somit den organisatorischen Rahmen. Inhaltlich geht die Zusammenarbeit jedoch über eine reine „Schnittmenge“ von Unfallchirurgie und Geriatrie hinaus, da nicht nur Strukturen, sondern auch Prozesse und die inhaltlichen Weiterentwicklungen abgestimmt sein müssen. So bindet das Alterstraumatologische Zentrum bedarfsweise z. B. weitere Partner mit ein, wie die Bereiche der Anästhesie oder der Hilfsmittelversorgung. Ziele sind die möglichst umfassende Reintegration des Alterstraumapatienten in sein soziales Umfeld, der Erhalt und die Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit, das Erreichen einer möglichst großen Autonomie sowie die Ermöglichung und Sicherstellung der gesellschaftlichen Teilhabe.

Durch das abgestimmte Zusammenwirken von Unfallchirurgie und Geriatrie besitzt das „atz[®] – Alterstraumatologische Zentrum“ eine besondere Kompetenz in der frühestmöglichen und prospektiven interdisziplinären Wahrnehmung von Komplikationen sowie Risiken.

Dies betrifft insbesondere die Aspekte Schmerz, Delir, Sturzprävention, Osteoporose, Dekubitus und Ernährung sowie die weiteren, oben aufgeführten Risiko- und Problembereiche. Somit stellt das atz[®] ein besonderes Beispiel für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohle der geriatrischen Traumapatienten dar.



Das Zertifizierungsverfahren „atz® - Alterstraumatologisches Zentrum“ nach Maßgabe des Bundesverbandes Geriatrie e.V. (BV Geriatrie), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) legt die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Geriatrie und Unfallchirurgie hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fest.

Zusätzlich bieten die beteiligten Gesellschaften zur Dokumentation nach außen und innen sowie zur Überprüfung der Strukturen und Prozesse eine Zertifizierung für Alterstraumatologische Zentren an.

Die Basis der Zusammenarbeit bilden dabei zwei fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheiten – Geriatrie und Unfallchirurgie –, die gemeinsam die kooperative Versorgung der atz-Patienten gestalten. Dabei sind Kooperationsmodelle zwischen zwei „Krankenhausabteilungen“ ebenso möglich, wie auch die Kombination zwischen Unfallchirurgie und einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung mit einem Versorgungsvertrag gem. § 111 SGB V.

Die kooperative Versorgung im atz® erfolgt entweder in den jeweiligen Organisationseinheiten, d. h. zuerst ist der Patient in der Unfallchirurgie verortet und wird anschließend in die Geriatrie verlegt oder das atz® wird von beiden Kooperationspartnern als eigene, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheiten geführt, wobei der Patient die gesamte Zeit in dieser Einheit versorgt wird.

Mit der Version 2.0 wurde zum Jahresbeginn 2023 eine vollständige Überprüfung und Aktualisierung der Anforderungen vorgenommen. So wurden u. a. die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) in der Version vom 15. November 2022 berücksichtigt.

Der Anforderungskatalog bzw. die daraus abgeleitete Auditcheckliste konzentrieren sich noch stärker als bisher auf die Zusammenarbeit im atz®. Vor diesem Hintergrund entfällt die bisherige Pflicht, dass für die Bereiche Unfallchirurgie bzw. Geriatrie jeweils ein separates Fachqualitätssiegel als Voraussetzung für die Erlangung des atz®-Zertifikats nachgewiesen werden muss. Selbstverständlich finden auch weiterhin die internen Qualitätsmanagementsysteme der unfallchirurgischen und der geriatricspezifischen Versorgungseinheiten bei der Zertifizierung des atz® Berücksichtigung. Zum Zertifizierungszeitpunkt muss das atz® die Umsetzung der Anforderungen im Regelbetrieb nachweisen. Der Verweis auf zukünftige Verfahrensumsetzungen bzw. Konzepte ist nicht ausreichend. Im Rahmen einer jährlichen Selbstbewertung, die im Rahmen der Re-Zertifizierung

nachgewiesen werden muss, sind die Kriterien des Anforderungskataloges zu berücksichtigen. Nach drei Jahren besteht die Pflicht zur Re-Zertifizierung.

Die vorliegende Fassung des Anforderungskataloges bzw. der darauf beruhenden Auditcheckliste ist ab dem 01. März 2023 gültig. Alle Änderungen gegenüber der Vorversion sind in der Änderungsübersicht dargestellt.

Gender-Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.

A) Strukturelle Voraussetzungen

I) Kooperationspartner

1. Ein Alterstraumatologisches Zentrum (atz[®]) besteht mindestens aus einer stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit und einer stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit (im Krankenhaus- oder Rehabilitationsbereich), die gemeinsam die Vorgaben dieses Anforderungskataloges umsetzen und somit im Sinne eines atz[®] kooperieren. Beide Versorgungseinheiten sind dabei als fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheiten organisiert.
2. Idealerweise findet die interdisziplinäre Behandlung an einem Standort in unmittelbarer räumlicher Nähe ohne die Notwendigkeit der räumlichen Verlegung statt. Sofern ein atz[®] über zwei örtlich getrennte Standorte eingerichtet wird, muss die Entfernung bzw. die verkehrstechnische Infrastruktur eine ausreichende Kooperation zulassen und die kontinuierliche Zusammenarbeit an beiden Standorten sichergestellt werden.
3. Abweichende Strukturen können in einem eng begrenzten Maße per Einzelfallentscheidung zum Zertifizierungsverfahren zugelassen werden, wenn die Vorgaben dieses Anforderungskataloges an die interdisziplinäre unfallchirurgisch-geriatrische Kooperation ansonsten vollumfänglich erfüllt und nachgewiesen werden.¹
4. Die Trägerschaft der jeweiligen Versorgungseinheiten ist hinsichtlich der Zusammenarbeit im atz[®] unerheblich, sofern dadurch die Vorgaben dieses Anforderungskataloges unberührt bleiben.
5. Die Kooperationspartner fixieren ihre Zusammenarbeit als atz[®] gemäß diesem Anforderungskatalog in einer atz-Vereinbarung (in Form eines atz-Konzeptes oder atz-Handbuchs). Darin ist eine Abbildung der Zentrumsstruktur erforderlich. Diese beinhaltet mindestens die nachstehenden Punkte:
 - a. Darstellung der Ziele der Kooperation
 - b. Verpflichtung zur Einhaltung der in diesem Anforderungskatalog beschriebenen Voraussetzungen, insbesondere die Sicherstellung des interdisziplinären Charakters
 - c. detaillierte Darstellung der Organisation und Realisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit
 - d. Verpflichtung zur Durchführung regelmäßiger gemeinsamer Teamkonferenzen,
 - e. Darstellung der Zusammenarbeit mit weiteren Fachgebieten
 - f. Verpflichtung zur kontinuierlichen Qualitätskontrolle und ggf. Qualitätsverbesserung
 - g. Darstellung des gemeinsam abgestimmten Auftretens nach außen
 - h. Konzept für gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, inklusive einer interdisziplinären Qualifizierung des Personals
 - i. ggf. Regelungen zur Verrechnung von Aufwand und Erlös für Leistungen des atz[®] bzw. der Hinweis, dass hierfür auf Trägerebene entsprechende Regelungen zu vereinbaren sind (bei unterschiedlichen Trägern z. B. im Kooperationsvertrag oder einrichtungsintern z. B. im Wege der internen Erlöszuordnung)

¹ Der Antrag auf Zulassung einer Ausnahme muss vor dem Beginn des Zertifizierungsverfahrens gegenüber der Herausgebenden Stelle gestellt und schriftlich begründet werden. Die Entscheidung erfolgt nach fachlicher Bewertung der Unterlagen bzw. einer ggf. Inaugenscheinnahme der Versorgungsstrukturen vor Ort.

II) Leitung des atz[®]

1. Das atz[®] wird von einem gemeinsamen, paritätisch besetzten Leitungsgremium geführt.
2. Das Leitungsgremium besteht aus mindestens je einen Vertreter der unfallchirurgischen Leitung und einen Vertreter der Leitung der geriatrischen Versorgungseinheit. Weitere Mitglieder können in das Leitungsgremium aufgenommen werden.
3. Das Leitungsgremium vereinbart schriftlich die Regeln der Zusammenarbeit. Dabei werden mindestens zu den nachfolgenden Punkten Festlegungen niedergelegt:
 - a. Aufgaben des Leitungsgremiums
 - b. gleichberechtigte Zusammenarbeit der Leitungsmitglieder
 - c. Zusammenarbeit mit weiteren Fachgebieten der beteiligten Einrichtung(en)
 - d. Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern

III) Unfallchirurgie

1. Die ärztliche Leitung der stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit führt die Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie – Spezielle Unfallchirurgie (Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie).
2. Die ärztliche Leitung der stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit muss eine Befugnis zur Weiterbildung auf dem Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für die Spezielle Unfallchirurgie besitzen.
3. Die ärztliche Versorgung in der stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit ist durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherzustellen. Ist die Arztpräsenz mit der Qualifikation nach A III 1 nicht möglich, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.
4. Für die Notfallversorgung sind ein verantwortlicher Arzt (der über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügt) und eine Pflegekraft (die über die Weiterbildung „Notfallpflege“ verfügt) benannt und im Bedarfsfall verfügbar. Diese nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.
5. Es ist sichergestellt, dass jeweils ein Facharzt in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.
6. Die unfallchirurgische Versorgung (operativ und konservativ) schließt Regelungen für mindestens folgende Indikationsgruppen ein:
 - a. Frakturen des coxalen Femur
 - b. Schenkelhalsfrakturen / Pertrochantäre Frakturen
 - c. Frakturen des proximalen Humerus
 - d. Wirbelkörperfrakturen
 - e. periprothetische Frakturen
 - f. Beckenfrakturen
7. Die unfallchirurgische Versorgung dieser Indikationsgruppen orientiert sich an schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben (z. B. Standard Operating Procedure (SOP) oder klinischen

Pfaden, Standards, Verfahrensanweisungen, Ablaufbeschreibungen).

8. Die unfallchirurgische Versorgung richtet sich nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin sowie den Leit- und Richtlinien der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften.

IV) Geriatrie

1. Die ärztliche Leitung der stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit führt den Facharzt Innere Medizin/Geriatrie oder zusätzlich zu einer Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie oder Physikalischen und Rehabilitativen Medizin – eine der nachfolgenden Bezeichnungen:
 - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie
 - Zusatzweiterbildung Geriatrie
 - Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie
2. Die ärztliche Leitung der stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit muss eine volle Befugnis zur Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „im Schwerpunkt Geriatrie“ besitzen. Eine eingeschränkte Weiterbildungsbefugnis kann in begründeten Einzelfällen anerkannt werden.
3. Der frühestmöglichen Integration (früh-)rehabitativer Aspekte ist bei der Behandlung des alten unfallverletzten Patienten höchste Priorität einzuräumen. Vorzugsweise sollte bei entsprechender Indikation die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung zur Anwendung kommen.
4. Geriatrieseitig müssen in der stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit die strukturellen Voraussetzungen für eine komplexe geriatrispezifische Behandlung gegeben sein und die Anforderungen des BV Geriatrie an die Strukturqualität erfüllt werden.
5. Die pflegerische Behandlung erfolgt nach dem Konzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G).
6. Die geriatrisch-medizinische Behandlung orientiert sich an schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben (z. B. Standard Operating Procedure (SOP) oder klinischen Pfaden, Standards, Verfahrensanweisungen, Ablaufbeschreibungen).
7. Die geriatrische Behandlung richtet sich nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin sowie den Leit- und Richtlinien der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften.

V) Allgemeine medizinisch-technische Ausstattung

1. Nachfolgende räumliche und medizinisch-technische Ausstattung wird vorgehalten. Sofern das atz® über zwei örtlich getrennte Standorte eingerichtet wird, muss diese am Standort der Unfallchirurgie vorgehalten werden:
 - a. Schockraum
 - b. 24-stündig verfügbare computer-tomographische Bildgebung, die auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24 h) sichergestellt wird
 - c. Möglichkeit zur luft- und bodengebundenen Weiterverlegung eines Notfallpatienten
 - d. Operationssaal, der sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen

zulässt

- e. entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung
- f. Intensivstation mit mindestens sechs Betten, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind

B) Interdisziplinäre Kooperation

I) Strukturkriterien

1. Neben der unfallchirurgischen bzw. geriatrischen Versorgungseinheit müssen mindestens nachstehende Fachgebiete dem atz® zur Verfügung stehen. Sofern ein atz® über zwei örtlich getrennte Standorte eingerichtet wird, müssen diese am Standort der Unfallchirurgie vorgehalten werden:
 - a. Innere Medizin
 - b. Anästhesie
 - c. Radiologie
 - d. Notaufnahme
2. Die unfallchirurgisch-geriatrische Behandlung orientiert sich an schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben (z. B. Standard Operating Procedure (SOP) oder klinischen Pfaden, Standards, Verfahrensanweisungen, Ablaufbeschreibungen). Die Abläufe der interdisziplinären Behandlung an den Schnittstellen zwischen Unfallchirurgie und Geriatrie bzw. der weiteren an der Versorgung der Patienten Beteiligten sind schriftlich zu fixieren und umfassen sowohl nicht operationsfähige, nicht operationsbedürftige als auch operativ zu versorgende Patienten. Die folgenden Behandlungsvorgaben sind interdisziplinär angelegt und gelten für das gesamte atz®:
 - a. besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit
 - b. perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams
 - c. Operationsverfahren
 - d. Umgang mit gerinnungshemmender Medikation
 - e. patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)
 - f. unfallchirurgisch-geriatrische Zusammenarbeit
 - g. physiotherapeutische Maßnahmen
3. Die Intensität der Einbindung in die Strukturen bzw. in die Prozesse des atz® richtet sich nach dem Bedarf der Patienten. Form und Inhalt der Zusammenarbeit ist schriftlich niederzulegen (z. B. in der atz-Vereinbarung (s. A I 5.)).
4. Es muss sichergestellt sein, dass ärztliche Vertreter sowohl der geriatrischen als auch der unfallchirurgischen Versorgungseinheit ggf. kurzfristig im Rahmen der gesamten stationären Behandlung des Patienten (prä-, intra- und postoperativ) mit der jeweiligen fachspezifischen Behandlungskompetenz zur Verfügung stehen.
5. Die tägliche geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung ist zu gewährleisten.
6. 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.

7. Es muss ein Notfallkonzept vorliegen, das die geriatricspezifischen und unfallchirurgischen Grundlagen der Behandlung auch im Notfall berücksichtigt.
8. Das atz[®] stellt die Umsetzung eines Personalmanagements sicher, in dessen Rahmen Aussagen zum Personalbedarf niedergelegt werden.
9. Das Personal wird zu Beginn der Arbeit im Bereich des atz[®] qualifiziert eingearbeitet. Dieses ist in geeigneter Form zu dokumentieren.
10. Das im atz[®] eingesetzte Personal nimmt regelmäßig an interdisziplinären Fort- und Weiterbildungen teil, die fachlich-inhaltlich den besonderen Bedarf der Zusammenarbeit von Unfallchirurgie und Geriatrie aufgreifen. Dabei werden berufsgruppenübergreifende Aspekte berücksichtigt. Dazu werden die jeweiligen Fortbildungskonzepte der unfallchirurgischen bzw. geriatrischen Versorgungseinheiten entsprechend abgestimmt und ggf. ergänzt.
11. Das atz[®] bietet Fortbildungsangebote für einweisende und weiterbehandelnde Ärzte und Institutionen an (ggf. in Kooperation).

II) Prozesskriterien

1. Die frühestmögliche Identifikation des geriatrischen Patienten und zielgerichtete Zuleitung in das atz[®] ist sichergestellt. Dies erfolgt auf der Basis eines etablierten Screeningverfahren zur Identifikation geriatrischer Patienten bzw. der Fachexpertise der Geriatrie – i. d. R. bei Aufnahme in die Klinik.
2. Das atz[®] stellt sicher, dass unverzüglich nach Aufnahme eines Patienten mit coxaler Femurfaktur eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden erfolgt. Zeigen sich bei der Planung Hindernisse, die einer operativen Versorgung des Patienten innerhalb von 24 Stunden entgegenstehen könnten, ist sichergestellt, dass unverzüglich Maßnahmen ergriffen werden, um diese Hindernisse auszuräumen.
3. Die Wahl der operativen Versorgung muss den Aspekt der frühestmöglichen Mobilisation mit geringstmöglicher Belastungseinschränkung berücksichtigen.
4. Nachfolgende Prozesse müssen im Rahmen der Zusammenarbeit innerhalb des atz[®] beschrieben werden:
 - a. Einbindung der Notaufnahme mit der Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten
 - b. Einbindung von Physiotherapie/physikalischer Therapie ab dem ersten postoperativen Tag zur frühzeitigen Mobilisierung und Atemgymnastik
 - c. Einbindung der Ergotherapie
 - d. Einbindung der Logopädie/fazioralen Therapie
 - e. Einbindung der (Neuro-)Psychologie
 - f. Koordination der Hilfsmittelversorgung
 - g. Koordination des strukturierten Entlassungs- und Weiterbehandlungsmanagements unter alterstraumatologischen und geriatrischen Gesichtspunkten

5. Das atz® vereinbart auf Basis interdisziplinärer unfallchirurgischer, geriatrischer und anästhesiologischer Fachkompetenz spezielle schmerztherapeutische Konzepte, die auf das hohe Lebensalter des Patienten, seine entsprechende medizinische Ausgangskonstitution (Komorbidität) und seine aktuelle Verletzungssituation ausgerichtet sind. Auf eine entsprechend differenzierte und zugleich standardisierte Schmerztherapie gemäß SOP wird an jeder Stelle des interdisziplinären Behandlungsprozesses zurückgegriffen.
6. Folgende Aspekte sind in schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben mindestens geregelt:
 - a. Screening bei Aufnahme auf Delirrisiko inkl. Diagnostik und Therapie
 - b. Screening bei Aufnahme zur Beurteilung des Sturzrisikos inkl. Diagnostik und Therapie
 - c. Screening bei Aufnahme auf Ernährungsstörung inkl. Diagnostik und Therapie
 - d. Screening bei Aufnahme auf Dekubitusrisiko inkl. Diagnostik und Therapie
 - e. bei jedem Alterstraumapatienten ist leitliniengemäß eine Osteoporosediagnostik und ggf. eine entsprechende medikamentöse Therapie einzuleiten
 - f. differenzierte physiotherapeutische Maßnahmen, die sich nach dem Verletzungsmuster sowie der unfallchirurgischen operativen Versorgung richten und üblicherweise die Mobilisation am ersten postoperativen Tag beinhalten (Frühmobilisation und Atemgymnastik). Bedarfsweise müssen im Sinne einer (Früh)Rehabilitation weitere Therapieangebote zur Anwendung kommen (z. B. Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie und (Neuro-)Psychologie). Dies muss auch die Bereitstellung erforderlicher Hilfsmittel einschließen.
 - g. Polymedikationsmanagement
 - h. Behandlungsvorgaben bei Harninkontinenz und Harnwegsinfektion
 - i. Umgang mit Menschen mit Demenz/mit kognitiver Einschränkungen
7. Es ist sicherzustellen, dass – im Sinne einer frühestmöglich einsetzenden (früh-)rehabilitativen Behandlung – bereits in der frühen postoperativen Phase der unfallchirurgischen Behandlung die therapeutische Aktivierung des Patienten geregelt ist, z. B. nichtmedikamentöse Delirbehandlung (frühzeitiges Entfernen von Infektionsquellen, Medikamentenrevison, Wahrnehmen von Kommunikationsproblemen, spezielle Patientenbegleitung, Orientierungshilfen und –training, Angehörigenarbeit, etc.).
8. Die Planung der geriatrischen (früh-)rehabilitativen Behandlung erfolgt frühestmöglich perioperativ unfallchirurgisch-geriatrisch kooperativ.
9. Der Übergang der Behandlungsleitung auf den fachlich weisungsungebundenen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung Geriatrie erfolgt bei Verlegung in die geriatrische Versorgungseinheit oder mit Beginn der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung.
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, Vertreter der Pflege und der Physiotherapie sowie Vertreter des Sozialdienstes (und ggf. Vertreter weiterer Berufsgruppen des therapeutischen Teams). Die Konferenz dient der interdisziplinären Fallbesprechung, Behandlungsplanung und Einschätzung des individuellen (Früh-)Rehabilitationsbedarfs aller alterstraumatologischen Patienten. Die regelmäßigen Sitzungen der interdisziplinären Teamkonferenz werden dokumentiert.

11. Das Entlassmanagement inkl. der Hilfsmittelerprobung und -versorgung ist ein kontinuierlicher Bestandteil der Behandlung innerhalb des atz[®], dass die Vorgaben der Vereinbarung zum Entlassmanagement regelhaft umsetzt.
12. Das atz[®] stellt eine vollständige Verlaufsdokumentation über alle behandelten Patienten sicher. Diese beinhaltet mindestens:
 - a. die initiale Verletzungsdiagnose mit Frakturklassifikation (z. B. nach AO-Klassifikation) und Weichteilklassifikation
 - b. die unfallchirurgische Therapie mit Osteosyntheseverfahren, Implantatwahl und postoperativer Nachbehandlung einschließlich Belastbarkeit
 - c. besondere Risikoprofile und medizinische Nebendiagnosen
 - d. eventuelle Komplikationen und deren Behandlung im Verlauf
 - e. den Beginn einer geriatrischen (früh)rehabilitativen Behandlung mit Assessmentdaten
 - f. Dokumentation der Wahrnehmung spezieller Risikobereiche: Schmerz, Delir, Sturzprävention, Osteoporose, Dekubitus, Ernährung sowie weiterer relevanter Problembereiche (z. B. Angststörungen und Depression)
 - g. geplanter oder bereits erzielter Status der sozialen/häuslichen Reintegration/Klärung ggf. weiteren bestehenden geriatrischen Rehabilitationsbedarfs und Maßnahmen für die gesellschaftliche Teilhabe
 - h. Entlassungsmodus und -ort
 - i. Information/Einbeziehung ambulanter Dienste unter Berücksichtigung ggf. der Pflegestufe
 - j. relevante Informationen werden regelhaft am Entlasstag zur Verfügung gestellt (z. B. Information zur Entlassungsmedikation und zur unmittelbaren Weiterbehandlung, Laborbefunde, Röntgenbilder)
 - k. bei Entlassung die Mitgabe/Versendung eines vorläufigen Entlassbriefes und nach Entlassung (maximal innerhalb von 10 Werktagen) die Zusendung des ausführlichen Entlassbriefes
 - l. die Erfassung und Dokumentation geeigneter Outcome-Parameter
13. Die Durchführung einer eventuellen geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung erfolgt in Verantwortung der Geriatrie.

C) Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Ergebnisse

1. Das Qualitätsmanagementsystem (QM-System) des atz[®] ist auf der Grundlage dieses Anforderungskataloges aufgebaut und umfasst mindestens folgende Aspekte:
 - a. Qualitätsziele und –politik
 - b. Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche
 - c. geregelter Dokumentations-, Informations- und Kommunikationsfluss (mit Berücksichtigung des Datenschutzes)
 - d. systematische Planung, Umsetzung, Überprüfung sowie ggf. Verbesserung und Aktualisierung des QM
 - e. Patienten- /Mitarbeiterorientierung und –sicherheit

2. Das QM-System und seine Prozesse werden dokumentiert, regelmäßig überprüft, aktualisiert und weiterentwickelt. Im Rahmen einer Zertifizierung sind dokumentierte Prozesse vorzulegen.
3. Die Maßnahmen des Risiko-, Fehler-, und Beschwerdemanagements werden umgesetzt, u. a. werden die Maßnahmen zur Vermeidung von Patienten- und Seitenverwechslungen im OP sowie Hygienemaßnahmen, insbesondere hinsichtlich multiresistenter Erreger nachgewiesen. Das atz[®] beteiligt sich – unter Beachtung des Datenschutzes – an einer externen Qualitätssicherung. Diese beinhaltet Kennzahlen, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung widerspiegeln und eine vergleichbare Auswertung ermöglicht, die gemäß den konsentierten aktuellen Vorgaben der Verfahrensträger erfasst werden.
4. Nach Implementierung eines Alterstraumaregisters durch die Verfahrensträger ist die Weitergabe an ein Register obligat. Diese Daten können von den Verfahrensträgern zu wissenschaftlichen Zwecken und für die Versorgungsforschung genutzt bzw. in anonymisierter Form an Dritte weitergegeben werden.
5. Die Einhaltung der in diesem Anforderungskatalog beschriebenen Voraussetzungen und das daraus abgeleitete interdisziplinäre Zusammenwirken werden regelmäßig von dem Leitungsgremium des atz[®] überprüft.
6. Vertreter des atz[®] beteiligen sich regelhaft an Qualitätszirkeln und an dokumentierten Morbiditäts- bzw. Mortalitätskonferenzen.
7. Es erfolgt eine jährliche interne Diskussion bzw. Reflexion der für das atz[®] erreichten Ergebnisse (Diese Jahresbewertung kann in Zusammenhang mit einer Managementbewertung durchgeführt werden).

Änderungsübersicht

Version	Datum	geändert...	Änderungsgrund
1.1 Juni 2014	05.06.2014	A III 2 A IV 1 A IV 2	Redaktionelle Änderung Redaktionelle Änderung Redaktionelle Änderung
1.2 März 2022	14.03.2022		
2.0 März 2023	01.03.2023	A III 3 - 6 A IV 4 A V B I 1 – 2 B I 5 B II 2 B II 5 B II 11 C 1 - 2	Strukturelle Änderung: QSFFx-RL Redaktionelle Änderung bzw. Konkretisierung Strukturelle Änderung: QSFFx-RL Strukturelle Änderung: QSFFx-RL Strukturelle Änderung: QSFFx-RL Strukturelle Änderung: QSFFx-RL Strukturelle Änderung: QSFFx-RL Redaktionelle Änderung Neue Anforderungen