
Auditcheckliste

atz[®] - Alterstraumatologisches Zentrum

– basierend auf dem Anforderungskatalog Version 2.0 –



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.



www.Alterstraumazentrum.de

Bundesverband Geriatrie e.V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Inhaltsverzeichnis

A) Strukturelle Voraussetzungen	2
I. Kooperationspartner.....	2
II. Leitung des atz®.....	4
III. Unfallchirurgie.....	5
IV. Geriatrie.....	7
B) Interdisziplinäre Kooperation	9
I. Strukturkriterien.....	9
II. Prozesskriterien	11
C) Qualitäts-, Risikomanagement und Ergebnisse	16
Anhang	18
1. Personalkennzahlen in der Geriatrie	18
2. Abkürzungsverzeichnis.....	21

Gender-Hinweis

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

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
A) Strukturelle Voraussetzungen				
I. Organisation der Kooperationspartner				
1.1	Definition der Kooperationspartner	Nennung der stationären bettenführenden Unfallchirurgie. Nennung der stationären bettenführenden Geriatrie (im Krankenhaus- oder Rehabilitationsbereich).		A I 1
1.2		Beide Versorgungseinheiten sind als fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Einheiten organisiert.		
1.3	Standorte*	Ein Standort in unmittelbarer räumlicher Nähe. Um eine ausreichende Zusammenarbeit gewährleisten zu können, sollten getrennte Standorte in einem Fahrtzeitradius von bis zu 30 Minuten liegen. Einrichtungsindividuelle Vereinbarungen im Rahmen der Sicherstellung von Ruf-/Bereitschaftsdienst sind ggf. zu berücksichtigen. Abweichende Strukturen können in einem eng begrenzten Maße per Einzelfallentscheidung zum Zertifizierungsverfahren zugelassen werden, wenn die Vorgaben dieses Anforderungskataloges an die interdisziplinäre unfallchirurgisch-geriatriische Kooperation ansonsten vollumfänglich erfüllt und nachgewiesen werden.**		A I 2 A I 3 A I 4
1.4	atz-Konzept/ atz-Handbuch	Organisation und Realisierung der interdisziplinären Alterstraumatologie sind im atz-Konzept/ atz-Handbuch beschrieben und sind für alle Beteiligten uneingeschränkt verbindlich.		A I 5

* Die Standortdefinition gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen (gemäß § 2a Abs. 1 KHG) vom 29.08.2017 findet hier keine Anwendung.

** 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 und ggf. einer Inaugenscheinnahme der Versorgungsstrukturen vor Ort.

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
1.5	Darstellung der Kooperationsziele	Gemeinsame, messbare Ziele sind festgelegt.		A I 5 a
1.6	Sicherstellung des interdisziplinären Charakters	Detaillierte Darstellung der Organisation und der konkreten Realisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit.		A I 5 b A I 5 c
1.7	Zusammenarbeit mit weiteren Fachgebieten	Mindestens schriftliche Vereinbarungen der Zusammenarbeit mit Anästhesie, Radiologie, Notaufnahme und Innere Medizin.		A I 5 e
1.8	Verpflichtung zur kontinuierlichen internen Qualitätskontrolle	Jährliche Überprüfung der Inhalte des AK durch interne Audits und eine Managementbewertung (spätestens im Rahmen der Re-Zertifizierung). S. a. Stichwort „Ergebnisreflexion“ Abs. C) 1.11).		A I 5 f
1.9	Verpflichtung zur Qualitätsverbesserung	Den Kooperationspartnern ist es überlassen, welche Qualitätssicherungsinstrumente genutzt werden. Es müssen jedoch entsprechende Instrumente im Konzept niedergelegt sein und in der Praxis angewandt werden (z. B. Qualitätszirkel, jährliche Selbstbewertungen, Rückmeldesysteme wie Mitarbeiter- /Patientenbefragungen).		A I 5 f
1.10	Gemeinsames Auftreten nach außen	Darstellung des gemeinsam abgestimmten Auftretens nach außen. Wenn PR-Konzepte, Flyer, Fortbildungsveranstaltungen etc. im Alterstraumatologischen Zentrums vorhanden sind bzw. angeboten werden, dann muss sichergestellt sein, dass die beteiligten Fachgebiete der Geriatrie und Unfallchirurgie erkennbar sind (z. B. Benennung der Leitungen beider Fachgebiete).		A I 5 g

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
1.11	Gemeinsames Fortbildungskonzept inkl. interdisziplinärer Personalqualifizierung	Regelmäßige Teilnahme des eingesetzten Personals. Inhaltliche Schwerpunkte auf Besonderheiten der Zusammenarbeit von Unfallchirurgie und Geriatrie. Berücksichtigung berufsgruppenübergreifender Aspekte. Abgestimmte Fort- und Weiterbildungskonzepte. Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sind für das im atz® eingesetzte Personal in einer schriftlichen Planung niedergelegt.		A I 5 h
1.12	Ggf. Regelung zur Verrechnung von Aufwand und Erlös	Eine Abrechnungsvereinbarung zwischen GER und UCH liegt vor (auf Trägerebene z. B. im Kooperationsvertrag oder einrichtungsintern z. B. im Wege der internen Erlöszuordnung).		A I 5 i
II. Leitung des atz®				
2.1	Leitung	Das atz® wird von einem gemeinsamen, paritätisch besetzten Leitungsgremium geführt.		A II 1
2.2		Das Leitungsgremium besteht aus mind. je einem Vertreter beider Versorgungseinheiten.		A II 2
2.3	Regeln der Zusammenarbeit	Schriftliche Festlegungen zu mind. nachfolgenden Punkten:		A II 3
2.3.1		a) Aufgaben es Leitungsgremiums		A II 3 a
2.3.2		b) gleichberechtigte Zusammenarbeit der Leistungsmitglieder		A II 3 b
2.3.3		c) Zusammenarbeit mit weiteren Fachgebieten der beteiligten Einrichtung(en)		A II 3 c
2.3.4		d) Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern		A II 3 d

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
III. Unfallchirurgie (UCH)				
3.1	Qualifikation der ärztlichen Leitung	Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie – Spezielle Unfallchirurgie (Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie).		A III 1
3.2		Weiterbildungsbefugnis im Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie sowie spezielle Unfallchirurgie.		A III 2
3.3	Arztpräsenz	<p>Die ärztliche Versorgung in der stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit ist durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherzustellen, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet.</p> <p>Ist die Arztpräsenz mit der Qualifikation nach 3.1 nicht möglich, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.</p>		A III 3
3.4	Verantwortliche für die Notfallversorgung	Für die Notfallversorgung sind ein verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und deren Verfügbarkeit im Bedarfsfall sichergestellt ist.		A III 4
3.5		Der für die Notfallversorgung verantwortliche Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.		A III 4
3.6		Die für die Notfallversorgung verantwortliche Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung „Notfallpflege“ und nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.		A III 4

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
3.7		Verfügbarkeit eines Facharztes in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von max. 30 Minuten am Patienten.		A III 5
3.8	Allgemeine medizinisch-technische Ausstattung	Nachfolgende räumliche und medizinisch-technische Ausstattung wird am Standort der Unfallchirurgie vorgehalten:		A V 1
		a) Schockraum		A V 1 a
3.8.1		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		A V 1 b
3.8.2		c) Möglichkeit zur luft- und bodengebundenen Weiterverlegung eines Notfallpatienten		A V 1 c
3.8.3		d) Operationssaal, der sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zulässt		A V 1 d
3.8.4		e) entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung		A V 1 e
3.8.5	f) Intensivstation mit mindestens sechs Betten, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind		A V 1 f	
3.9	Schriftliche Behandlungsvorgaben	Die unfallchirurgische Versorgung (operativ und konservativ) schließt Regelungen für mindestens folgende Indikationsgruppen ein (SOPs, VA's, Beh.pfade o. ä.):		A III 6
3.9.1		a) Frakturen des coxalen Femur		A III 6 a
3.9.2		b) Schenkelhalsfrakturen/ Peritrochantäre Frakturen		A III 6 b
3.9.3		c) Frakturen des proximalen Humerus		A III 6 c

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
3.9.4		d) Wirbelkörperfrakturen		A III 6 d
3.9.5		e) periprothetische Frakturen		A III 6 e
3.9.6		f) Beckenfrakturen		A III 6 f
3.10	Bedarfs- und Leitliniengerechte Versorgung	Behandlung nach den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin sowie Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften.		A III 8
IV. Geriatrie (GER)				
4.1	Qualifikation der ärztlichen Leitung	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: <ul style="list-style-type: none"> - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie - Zusatzweiterbildung Geriatrie - Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie 		A IV 1
4.2		Volle Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzbezeichnung / den Schwerpunkt Geriatrie (eingeschränkte Weiterbildungsbefugnis kann in Einzelfällen anerkannt werden). Die volle Weiterbildungsbefugnis muss von der ärztlichen Leitung der GER sichergestellt werden, d. h. der Gesamtumfang – ggf. anteilig durch mehrere Personen – der vorhandenen Weiterbildungsbefugnis muss der vollen Weiterbildungsbefugnis entsprechen.		A IV 2
4.3	Strukturelle Voraussetzung für komplexe geriatrische Akutbehandlung	Eine Bescheinigung gemäß § 275d Absatz 2 SGB V liegt für den OPS 8-550 vor.		A IV 4
4.4	Strukturelle Voraussetzungen für geriatrische Rehabilitation	Ein gültiger Versorgungsvetrag für die geriatrische Rehabilitation nach § 111 SGB V liegt vor.		A IV 4

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
4.5	Anforderungen des BV Geriatrie an die Strukturqualität	Ein gültiges Zertifikat des Qualitätssiegels Geriatrie vorliegt vor.		A IV 4
4.5.1		<u>Oder</u> nachfolgende Kriterien werden erfüllt:		A IV 4
		a) Zugang in die geriatrische Versorgungseinheit ist mind. rollstuhlgeeignet		A IV 4
4.5.2		b) Verkehrsfläche der geriatrischen Versorgungseinheit ist so dimensioniert, dass diese dem hohen Anteil an Rollstuhlfahrenden und dem hohen Einsatz von Rollatoren gerecht wird		A IV 4
4.5.3		c) Bei getrennten Standorten ist die Struktur der geriatrischen Versorgungseinheit ggü. der anderen Strukturen der Einrichtung abgrenzbar		A IV 4
4.5.4		d) Bettenzahl ist ausreichend zur Bildung eines eigen-ständigen Teams (i. d. R. mind. 20 Betten)		A IV 4
4.5.5		e) Geriatriespezifisches multiprofessionelles Team steht unter fachlicher Leitung sowie bedarfsgerechter Organisation der ärztlichen Leitung der Geriatrie		A IV 4
4.5.6		f) Raum für Teambesprechungen ist vorhanden		A IV 4
4.5.7		g) Zusätzlicher Abstellraum für Hilfsmittel ist vorhanden		A IV 4
4.5.8		h) Der geriatrischen Versorgungseinheit zugeordnete Therapieräume sind vorhanden		A IV 4
4.5.9		i) Betten sind höhenverstellbar, rollbar, mit leicht montier- und absenkbaaren Bettgittern		A IV 4
4.5.10	j) Duschen/Bäder/patientengebundene Räume sind rollstuhlgeeignet		A IV 4	

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
4.5.11		k) Tische und Stühle sind stabil und kippstabil		A IV 4
4.5.12		l) Nasszellen/Toiletten verfügen über einen rutschhemmenden Bodenbelag und einen in den Boden eingelassenen Duschabfluss, sind duschsitz zugänglich von mind. zwei Seiten und die Toiletten sind mit Haltegriffen ausgestattet		A IV 4
4.5.13		m) Orientierungsmaßnahmen für geriatrisch-kognitiv beeinträchtigte Patienten sind vorhanden		A IV 4
4.6	Pflegekonzept	Darstellung des Konzeptes zur aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G).		A IV 5
4.7	Schriftliche Behandlungsvorgaben	Die geriatrisch-medizinische Behandlung orientiert sich an schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben (SOPs, VA's, Beh.pfade o. ä.).		A IV 6
4.8	Bedarfs- und Leitliniengerechte Versorgung	Behandlung nach den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin sowie Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften.		A IV 7
B) Interdisziplinäre Kooperation				
I. Strukturkriterien				
1.1	Verfügbarkeit der ärztlichen Vertreter	Nachweis der Sicherstellung der kurzfristigen Verfügbarkeit der ärztlichen Vertreter beider Fachrichtungen innerhalb der jeweiligen Regelarbeitszeit. Bei Notfällen jederzeit. Dies ist separat im Rahmen eines Notfallkonzepts zu regeln.		B I 4
1.2		Eine tägliche geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung ist sichergestellt.		B I 5
1.3		Mind. 2x pro Woche persönliche Anwesenheit des Geriaters in der Unfallchirurgie und des Unfallchirurgen in der Geriatrie.		B I 6

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
1.4	Notfallkonzept	Notfallkonzept mit geriatrischen- und unfallchirurgischen Spezifikationen.		B I 7
1.5	Personalmanagement	Sicherstellung durch schriftliche Festlegungen zum Personalbedarf. Ein Konzept zur Personalbedarfs-ermittlung muss nachgewiesen werden. Dieses sollte die Personalanhaltszahlen des Bundesverbands Geriatrie berücksichtigen. Vor Ort sind die Stellenpläne zur Einschätzung der Relation Personal/durchschnittlich belegte Betten (GER und UCH) einzusehen.		B I 8
1.6	Einarbeitung	Nachweisliche qualifizierte Einarbeitung des Personals zu Beginn der Tätigkeit im atz®. Die Einarbeitung ist in geeigneter Form dokumentiert.		B I 9
1.7	Interdisziplinäre Behandlungsvorgaben	Die Behandlungsvorgaben sind interdisziplinär angelegt und gelten für das gesamte atz®. Mindestens folgende Behandlungsvorgaben liegen vor:		B I 2
		a) Besondere Situation der Einwilligungsfähigkeit		B I 2 a
1.7.1		b) Perioperative Planung zur Priorisierung von Eingriffen, zur Planung von OP-Kapazitäten und des OP-Teams		B I 2 b
1.7.2		c) Operationsverfahren		B I 2 c
1.7.3		d) Umgang mit gerinnungshemmender Medikation		B I 2 d
1.7.4		e) Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)		B I 2 e
1.7.5		f) Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening		B I 2 f
1.7.6		g) Physiotherapeutische Maßnahmen		B I 2 g

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
1.8	Verfügbarkeit weiterer Fachgebiete	Nachfolgende Fachgebiete stehen dem atz® zur Verfügung. Sofern ein atz® über zwei örtlich getrennte Standorte eingerichtet wird, müssen diese am Standort der Unfallchirurgie vorgehalten werden.		B I 1
1.8.1		a) Innere Medizin		B I 1 a
1.8.2		b) Anästhesie		B I 1 b
1.8.3		c) Radiologie		B I 1 c
1.8.4		d) Notaufnahme		B I 1 d
1.9	Fortbildungsangebote	Das 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.		B I 10
1.10.		Fortbildungsangebote für Einweiser, Weiterbehandler und Institutionen (ggf. in Kooperation).		B 1 11
II. Prozesskriterien				
2.1	Patientenscreening	Geriatrisches Screening i.d.R bei Aufnahme in die Klinik. Screening nach Konsensusvorschlag der Fachgesellschaften; im Einzelfall anderes validiertes Instrument.		B II 1
2.2	Behandlungspriorisierung	Einbindung in die Notaufnahme mit der Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten.		B II 4 a

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
2.3	Frühestmögliche operative Versorgung	Unverzüglich nach Aufnahme eines Patienten mit coxaler Femurfaktur erfolgt eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden. Zeigen sich bei der Planung Hindernisse, die eine operativen Versorgung des Patienten innerhalb von 24 Stunden entgegenstehen könnten, ist sichergestellt, dass unverzüglich Maßnahmen ergriffen werden, um diese Hindernisse auszuräumen.		B II 2
2.4		Die Wahl der operativen Versorgung berücksichtigt den Aspekt der frühestmöglichen Mobilisation mit geringstmöglicher Belastungseinschränkung.		B II 3
2.5	Einbindung des therapeutischen Dienstes	Einbindung der Physiotherapie/Physikalischen Therapie ab dem ersten postoperativen Tag zur frühzeitigen Mobilisierung und Atemgymnastik.		B II 4 b
2.6		Einbindung der Ergotherapie.		B II 4 c
2.7		Einbindung der Logopädie/fazioralen Therapie.		B II 4 d
2.8		Einbindung der (Neuro-)Psychologie.		B II 4 e
2.9	Hilfsmittelversorgung	Koordination der Hilfsmittelversorgung.		B II 4 f
2.10	Unfallchirurgisch-geriatrische Teamkonferenzen	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).		B II 10

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
		Die regelmäßigen Sitzungen der interdisziplinären Teamkonferenz werden dokumentiert.		
2.11	Ortho-geriatrische Zusammenarbeit	Folgende Aspekte sind im Rahmen der ortho-geriatrischen Zusammenarbeit in schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben geregelt:		B II 6
2.11.1		a) Spezielles Konzept zur Schmerztherapie und dessen Umsetzung		B II 5
2.11.2		b) Screening bei Aufnahme auf Delirrisiko inkl. Diagnostik und Therapie		B II 6 a
2.11.3		c) Screening bei Aufnahme zur Beurteilung des Sturzrisikos inkl. Diagnostik und Therapie		B II 6 b
2.11.4		d) Screening bei Aufnahme auf Ernährungsstörung inkl. Diagnostik und Therapie		B II 6 c
2.11.5		e) Osteoporosediagnostik inkl. medikamentöser Therapie		B II 6 d
2.11.6		f) Screening bei Aufnahme auf Dekubitusrisiko inkl. Diagnostik und Therapie		B II 6 e
2.11.7		g) Diff. physiotherapeutische Maßnahmen (Frühmobilisation und Atemgymnastik), bei Bedarf weitere Therapieangebote inkl. Bereitstellung von Hilfsmitteln		B II 6 f
2.11.8		h) Polymedikationsmanagement		B II 6 g
2.11.9		i) Behandlungsvorgaben bei Harninkontinenz und Harnwegsinfektion		B II 6 h
2.11.10		j) Behandlungsvorgaben für Menschen mit Demenz/mit kognitiven Einschränkungen		B II 6 i

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
2.12	Therapeutische Aktivierung des Patienten	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, Medikamentenrevidierung, Wahrnehmen von Kommunikationsproblemen, spezielle Patientenbegleitung, Orientierungshilfen und –training, Angehörigenarbeit, etc.).		B II 7
2.13	Planung der geriatrischen (früh-)rehabilitativen Behandlung	Planung der geriatrischen (früh-)rehabilitativen Behandlung erfolgt frühestmöglich perioperativ unfallchirurgisch-geriatrisch kooperativ.		B II 8
2.14	Übernahme	Der Übergang der Behandlungsführung auf die Geriatrie erfolgt bei Verlegung in die geriatrische Versorgungseinheit oder mit Beginn der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung.		B II 9
2.15	Entlassmanagement	Die Vorgaben der Vereinbarung zum Entlassmanagement werden regelhaft umgesetzt. <i>Hinweis: Die Koordination der Hilfsmittelversorgung sowie des strukturierten Entlass- und Weiterbehandlungsmanagements können einrichtungsabhängig unterschiedlich ausgestaltet sein (z. B. können diese Aufgaben dem Sozialdienst übertragen sein).</i>		B II 11 B II 4 g
2.16	Verlaufsdokumentation	In der Verlaufsdokumentation muss die Zusammenarbeit von GER und UCH erkennbar sein. Die Beurteilung erfolgt anhand einer Aktenstichprobe in einem Umfang von mind. 2 Fällen über beide Fachgebiete und umfasst mind. nachfolgende Apskete:		B II 12

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
2.16.1		a) Initiale Verletzungsdiagnose mit Fraktur- und WT-Klassifikation		B II 12 a
2.6.2		b) Unfallchirurgische Therapie mit Osteosyntheseverfahren, Implantatwahl und postoperativer Nachbehandlung einschließlich Belastbarkeit		B II 12 b
2.16.3		c) Besondere Risikoprofile und Nebendiagnosen		B II 12 c
2.16.4		d) Komplikationen und deren Behandlung im Verlauf		B II 12 d
2.16.5		e) Beginn einer geriatrischen (früh)rehabilitativen Behandlung mit Assessmentdaten		B II 12 e
2.16.6		f) Dokumentation spezieller Risikobereiche: Schmerz, Delir, Sturz, Osteoporose, Dekubitus, Ernährung sowie weiterer relevanter Problembereiche (z. B. Angststörungen und Depression)		B II 12 f
2.16.7		g) Geplanter und erzielter Status der Reintegration, Klärung des weiteren geriatrischen Rehabedarfs und Maßnahmen für die gesellschaftliche Teilhabe		B II 12 g
2.16.8		h) Entlassungsmodus und -ort		B II 12 h
2.16.9		i) Einbeziehung ambulanter Dienste		B II 12 i
2.16.10		j) Vorhandensein relevanter Informationen am E-Tag (z. B. Entlassungsmedikation)		B II 12 j
2.16.11		k) Vorläufiger E-Brief am E-Tag; ausführlicher E-Brief spätestens 10 Tage nach Entlassung		B II 12 k

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
2.16.12		l) Erfassung und Dokumentation geeigneter Outcome-Parameter <i>Hinweis: Sobald das Alterstraumaregister durch die Verfahrensträger implementiert wurde, sind die darin definierten Outcomeparameter zu erfassen. Bis dahin erfolgt eine einrichtungsindividuelle Dokumentation.</i>		B II 12 I
C) Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Ergebnisse				
1.1	Qualitätsmanagementsystem (QM-System)	Das QM-Systems ist auf der Grundlage des Anforderungskataloges aufgebaut und umfasst mind. folgende Aspekte:		C 1
1.1.1		a) Qualitätsziele und –politik		C 1 a
1.1.2		b) Verantwortlichkeiten und Aufgabebereiche		C 1 b
1.1.3		c) geregelter Dokumentations, Informations- und Kommunikationsfluss (mit Berücksichtigung des Datenschutzes)		C 1 c
1.1.4		d) systematische Planung, Umsetzung, Überprüfung sowie ggf. Verbesserung und Aktualisierung des QM		C 1 d
1.1.4		e) Patienten- /Mitarbeiterorientierung und – sicherheit		C 1 e
1.2		Das QM-System wird dokumentiert, regelmäßig überprüft, aktualisiert und weiterentwickelt.		C 2
1.3	Risiko-, Fehler-, und Beschwerdemanagement	Die Maßnahmen des Risiko-, Fehler-, und Beschwerdemanagements werden umgesetzt, u. a. werden die nachfolgenden Maßnahmen nachgewiesen:		C 3

Nr.	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse	AK
1.3.1		a) Maßnahmen zur Vermeidung von Patienten- und Seitenverwechslungen; Die "Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie" des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) werden umgesetzt		C 3
1.3.2		b) Hygienemaßnahmen, insbesondere hinsichtlich multiresistenter Erreger		C 3
1.4	Externe Qualitätssicherung	Es werden alle Maßnahmen der externen Qualitätssicherung anerkannt, die einrichtungsübergreifend durchgeführt werden und einen Vergleich gleichartiger Leistungen verschiedener Institutionen ermöglichen. Das Hauptziel externer Qualitätssicherung ist es, die medizinische, pflegerische bzw. therapeutische Leistung der Einrichtung vergleichbar zu machen.		C 4
1.5	Alterstraumaregister	Nach Implementierung eines Alterstraumaregisters durch die Verfahrensträger ist die Weitergabe an ein Register obligat.		C 4
1.6	Qualitätszirkel	QZ ist etabliert und findet unter Einbindung aller Beteiligten des atz® regelmäßig statt.		C 6
1.7	M&M-Konferenzen	Nachweislich dokumentiert; Nachweis durch Vorlage der Teilnehmerliste.		C 6
1.8	Ergebnisreflexion	Jährliche interne Diskussion bzw. Reflexion der erzielten Ergebnisse (ggf. im Rahmen der Managementbewertung). Schriftlicher Nachweis der erfolgten Reflexion.		C 7

Anhang

1. Personalkennzahlen in der Geriatrie

Im Laufe seiner Geschichte hat sich der Bundesverband immer wieder mit der Frage der notwendigen personellen Ausstattung geriatrischer Versorgungseinrichtungen befasst. Angepasst an die Entwicklung der Geriatrie gab es vom Verband in regelmäßigen Abständen konkrete Personalkennzahlen als Empfehlungen für die personelle Ausstattung einer geriatrischen Einrichtung. Einer ersten zukunftsorientierten Veröffentlichung im Jahre 1998 folgten Daten im Rahmen der Entwicklung des Qualitätssiegels im Jahre 2005/2006 deren Ursprung auf damals aktuelle Personalkennzahlen der ersten Kalkulationshäuser zurückgingen, damit auf vor der DRG-Einführung bestehende Strukturen.

Personalkennzahlen dienen zur Information, Planung, Steuerung, aber auch zur Kontrolle und Weiterentwicklung eines Fachgebietes. Adressaten der Zahlen sind somit die Mitgliedseinrichtungen selbst, vor allem aber potenzielle neue Träger von Geriatrien, Kostenträger, Vertreter der Politik sowie andere Verbände, jedoch auch – zumindest indirekt – der MDK oder Zertifizierungsgesellschaften.

Dies bedeutet, dass die Personalkennzahlen mehrere Kriterien erfüllen müssen: zum einen eine zukunftsrelevante, qualitätssichernde Außendarstellung der Möglichkeiten und Leistungen der Geriatrie, zum Zweiten einen Orientierungsrahmen für Träger zum Personalbedarf zur Erbringung sachgerechter Behandlung geriatrischer Patienten (vergleichbar der Anforderungen für Stroke-Units, Überwachungseinheiten etc.) und zum Dritten die Basis zur Kostenkalkulation in der Geriatrie als Grundlage sachgerechter Vergütungen, ggf. auch vor Schiedsstellen.

Grundsätzlich gilt, dass die Personalkennzahlen nur dann prüfungsrelevant sein können, wenn die entsprechenden Kosten vergütungsrelevant abgebildet werden und in diesem Sinne anerkannt bzw. refinanziert werden. Nur unter dieser Prämisse können die Zahlen eine Basis für die Qualitätssicherung sowie für die Prüfungen durch Kostenträger im Reha-Bereich sein.

In diesem Sinne beschreiben die Personalkennzahlen auch einen Orientierungsrahmen für den Zertifizierungsbereich. „Exzellenz-Zertifikate“ können sich darüber hinaus entsprechend oberhalb der angegebenen Werte positionieren.

Für den Bereich der geriatrischen Frührehabilitation im Krankenhaus sind Personalkennzahlen potenziell prüfrelevant, da die personaltechnischen Voraussetzungen zur Erbringung der geriatrischen Frühreha-Komplexpauschale gegeben sein müssen.

Bereich	Bemessungsgröße/Bemerkung	Orientierung
Ärzte	Differenzierter Leistungskatalog* (Grundleistungen, Funktionsleistungen, Besonderheiten)	Anhand des Leistungskataloges (Anlage) zu errechnen TK entsprechend
Pflege	Grundlage PPR (- x%) + Nachtwache Pflegefachkraftquote (3-jähr. Examiniert) mind. 75% Abweichungen durch Raum-/ Organisationsstrukturen (z. B. Hauswirtschaft)	Akut 1 : 1,35 – 1 : 1,8 Reha 1 : 1,7 – 1 : 2,25 TK 1 : 5,5 – 1 : 6

Bereich	Bemessungsgröße / Bemerkung	Orientierung
Therapeuten Physiotherapie/ Physikalische Therapie/ Ergotherapie/ Logopdie/ (Neuro-)Psychologie	‚Minimal-Standard‘ OPS 8-550 OPS 8-550 = Reha! keine berufsgruppenbezogene Differenzierung keine Anhaltzahlen für ‚Non 8-550-DRGs‘	1 : 4,4 (alle Berufsgruppen müssen vertreten sein) TK entsprechend
Sozialdienst	Orientierung an OPS 9 – 401.0/.2	1 : 40 TK entsprechend

* Bofinger/Dörfeldt/Tauch – „Arbeitshandbuch: Personalbedarf im Krankenhaus“ (Kommunal- und Schul-Verlag) als Grundlage für weiterführende Überlegungen hinsichtlich des Leistungskataloges

Als Bezugsgröße sind die belegten Betten zu verwenden. Eine grundsätzliche Differenzierung zwischen Geriatrie nach § 109 und § 111 SGB V erfolgt nicht, mit Ausnahme der Personalkennzahlen für die Pflege.

Der Personalbedarf des **Ärztlichen Dienstes** ist abhängig von einrichtungsspezifischen Gegebenheiten (z. B. Umfang Konsiliarleistungen, Funktionsdiagnostik, Umsetzung Arbeitszeitgesetz). In der Praxis hat sich gezeigt, dass der Personalbedarf einer relativ hohen Schwankungsbreite unterliegen kann. Daher ist es angezeigt, den individuellen Personalbedarf mit Blick auf die einrichtungsspezifischen Besonderheiten zu bestimmen. Hierfür wurden ein Leistungskatalog und eine Berechnungsmatrix erstellt. Dieser Leistungskatalog basiert in großen Anteilen auf Bofinger/Dörfeldt/Tauch – Arbeitshandbuch: Personalbedarf im Krankenhaus (Kommunal- und Schulverlag) und wurde durch Informationen aus der GOÄ sowie verbandsinternen Erhebungen ergänzt.

Für die Berechnung des hausindividuellen Stellenschlüssels für den ärztlichen Dienst ist von folgendem Mindestumfang an Leistungen auszugehen:

- Aufnahme- und Entlassung pro Patient 120 Minuten
- tgl. Stationsbetreuung pro Patient 25 Minuten
- tgl. Leistungen, wie Therapie und Diagnostik pro Patient 10 Minuten
- regelmäßige Fortbildung

Für diese Mindestvoraussetzungen ist ein Mindeststellenschlüssel von 1:10 durchaus realistisch. Dieser kann allerdings in Abhängigkeit insbesondere von den tatsächlich zu erbringenden therapeutischen und diagnostischen Leistungen in der Geriatrie, dem Leistungsumfang des Chefarztes (z. B. Einbindung in Forschung und Lehre, Aufgaben als ärztlicher Direktor) sowie der Wahrnehmung weiterer Aufgaben im ärztlichen Dienst deutlich abweichen.

Für den Bereich der **Pflege** fand die Vorgabe einer Pflegekraftquote Eingang in die Empfehlungen für Personalkennzahlen in der Geriatrie. Diese bezieht sich auf den Anteil 3-jährig examinierter Gesundheits- und Krankenpflegekräfte bzw. Altenpflegekräfte sowie von der Übergangsregelung Betroffene 2-jährig examinierte Altenpflegekräfte.

Eine Festlegung von jeweils separaten Personalkennzahlen der einzelnen Berufsgruppen des **therapeutischen Teams** erfolgte nicht. Auf diesem Weg ist es möglich, den jeweiligen Besonderheiten einer Einrichtung z. B. in Abhängigkeit vom Behandlungsspektrum oder bei der versorgungspolitischen Ausrichtung besser gerecht zu werden.

Die Personalkennzahlen für den **Sozialdienst** orientieren sich an den inhaltlichen und zeitlichen Vorgaben der OPS 9-401.0 Sozialrechtliche Beratung und OPS 9-401.2 Nachsorgeorganisation (OPS Version 2010).

2. Abkürzungsverzeichnis

AK	Anforderungskatalog
GER	Geriatric
GFK	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
M&M-Konferenzen	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
QSFFx-RL	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenkenahen Femurfraktur
SOP	Standard Operating Procedure
UCH	Unfallchirurgie
VA	Verfahrensanweisung
WB	Weiterbildung