

Kreuztabelle- Kriterienkatalog GBA prox. Femurfraktur // Zertifizierung ATZ DGU // ATZ BV Geriatrie

<u>Anforderungen</u>	GBA prox. Femurfraktur	(Re)Zertifizierung Alterstraumazentrum DGU gemäß Kriterienkatalog AltersTraumaZentrum DGU Version 1.3 Stand 01.09.2024	ATZ BV Geriatrie
Aufbau			
Gültigkeit (Audit/Zertifikat)	Jährliche Strukturabfrage (Übermittlung an GBA via IQTIG)	3 Jahre	3 Jahre
Remote-Termin		<ul style="list-style-type: none"> ● Systemauditor auditiert QM-relevante Themen ● 4-8 Wochen vor dem Vor-Ort-Audit ● Dauer 2,5 Std. ● Zentrumspräsentation zu QM-relevanten Themen (s.u.) 	
Präsenz-Audit	<ul style="list-style-type: none"> ● Dauer ca. 6 Std. ● Prüfung von Struktur und Prozess in Theorie und in Praxis: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktenprüfung von prox. Femurfrakturen der letzten Monate, ○ Dokumentenprüfungen (Facharzturkunden, Fort- und Weiterbildungspläne, Strahlenschutznachweise) und Dienstplanprüfungen der beteiligten Disziplinen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Klinisch tätiger Fachexperte (UCH oder Geriatrie) ● Dauer ca. 5 Std. ● Auditierung Notaufnahme, Station ● Einsicht Behandlungsdokumentation ● Einsicht in Patientenakten: je 5 Fälle prox. Humerusfraktur, Beckenfraktur, Wirbelkörperfraktur, periprothetische Fraktur (falls vorhanden), cox. Femurfraktur ● Präsentation von 2 Patientenfällen (einer der Fälle mit Komplikationen) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dauer ca. 6 Std. ● Struktur und Prozess-Prüfung anhand der vorhandenen Dateien und bei der Begehung ● Begehung der Notaufnahme, UCH und Geriatrie

		inkl. Protokoll M&M Konferenz) <ul style="list-style-type: none"> • Re-Audit: • stichprobenartige Überprüfung der Daten-Eingabe-Qualität ins AltersTraumaRegister DGU 	
Struktur			
s. (online) Checklisten	https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3617/QSFFx-RL_2024-06-20_iK-2024-09-20.pdf insb. Anlage 2 mit Regelungsinhalten der geforderten SOP	Zertifizierung AltersTraumaZentrum DGU® (auc-online.de) Checkliste Teil 1 (Online-Checkliste) Checkliste Teil 2	https://www.bv-geriatrie.de/images/downloads-qualitaet/2303_Auditcheckliste_atz_20.pdf
Wortlaut farbig entsprechend der Quelle (GBA, DGU, BV Geriatrie)		Struktur des ATZ Kooperation <ul style="list-style-type: none"> • Leitungsgremium mind. UCH+Geriatrie mit dazugehöriger Geschäftsordnung • Organigramm • Stellenbeschreibung Zentrumskoordinator*in 	Leitung des atz@: <ul style="list-style-type: none"> • paritätisch besetztes Leitungsgremium mind. UCH+Geriatrie • Das Leitungsgremium vereinbart schriftlich die Regeln der Zusammenarbeit Standortvoraussetzungen: idealerweise findet die interdisziplinäre Behandlung an einem Standort statt, bei zwei örtlich getrennten Standorten muss die verkehrstechnische Infrastruktur eine ausreichende Kooperation zulassen, abweichende Strukturen können per Einzelfallentscheidung zugelassen werden
Indikationsgruppen	Die Richtlinie gilt für alle operativ osteosynthetisch und endoprothetisch	MINDESTENS operativ :	operativ und konservativ

<p>Chirurgie oder Unfallchirurgie</p>	<p>Unfallchirurgie am Standort;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 24/7 Arztpräsenz (Rufbereitschaft durch Facharzt möglich); ● Facharzt Chirurgie innerhalb von max. 30 Minuten verfügbar; ● regelmäßige Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin; ● Operationssaal mit Möglichkeit osteosynthetischer und endoprothetischer Versorgung-Verfügbarkeit entsprechender Implantate 	<p>Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung "Spezielle Unfallchirurgie" oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ● Vertreterregelung ● Weiterbildungsermächtigung Orthopädie und Unfallchirurgie und Spezielle Unfallchirurgie <ul style="list-style-type: none"> ● Persönliche Anwesenheit des Unfallchirurgen mind. 2x/Woche (falls stationäre geriatrische Versorgungseinheit) + Visite am Krankenbett 	<p>Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung "Spezielle Unfallchirurgie" oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ● Weiterbildungsermächtigung Orthopädie und Unfallchirurgie und Spezielle Unfallchirurgie ● Die ärztliche Versorgung in der stationären bettenführenden unfallchirurgischen ● 24/7 Arztpräsenz/ Bereitschaftsdienst möglich (Rufbereitschaft durch Facharzt möglich) ● Operationssaal mit Möglichkeit osteosynthetischer und endoprothetischer Versorgung-Verfügbarkeit entsprechender Implantate und Instrumente ● Persönliche Anwesenheit des Unfallchirurgen mind. 2x/Woche (falls stationäre geriatrische Versorgungseinheit) ● Notfallkonzept zur Berücksichtigung unfallchirurgischer Grundlagen im Notfall ● Einarbeitungskonzept
---------------------------------------	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungen
Geriatric	<ul style="list-style-type: none"> • bis 31.12.2026 Konsilanforderung für Facharzt mit geriatrischer Kompetenz möglich • ab 01.01.2027 tägliche geriatrische Kompetenz (Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie), Kooperation mgl; 	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt mit Zusatzweiterbildung/ Schwerpunkt Geriatrie • Weiterbildungsermächtigung für mind. 6 Monate <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Anwesenheit des Geriaters mind. 2x/Woche (falls stationäre unfallchirurgische Versorgungseinheit) + Visite am Krankenbett 	<ul style="list-style-type: none"> • 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: Schwerpunkt Geriatrie, Zusatzweiterbildung Geriatrie, Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie • volle Weiterbildungsermächtigung für die Zusatzbezeichnung „im Schwerpunkt Geriatrie“/ eingeschränkte Weiterbildungsbefugnis kann in begründeten Einzelfällen anerkannt werden. • geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung sollte zur Anwendung kommen. • strukturelle Voraussetzungen für komplexe geriatricspezifische Behandlung/die Anforderungen des BV Geriatrie an die Strukturqualität müssen erfüllt werden. • Gewährleistung täglich geriatrischer Kompetenz • Persönliche Anwesenheit des Geriaters mind. 2x/Woche (falls

		<ul style="list-style-type: none"> • Vertreterregelung 	<p>stationäre unfallchirurgische Versorgungseinheit)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfallkonzept zur Berücksichtigung geriatrischer Grundlagen im Notfall • Einarbeitungskonzept • Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungen
Zentrale Notaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • fachlich und organisatorisch eindeutig zugeordneter Arzt; ab 01.01.2025 mit Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ • fachlich und organisatorisch eindeutig für Notfallversorgung zugeordnete Pflegekraft; ab 01.01.2025 mit Weiterbildung „Notfallpflege“; • Schockraum • Strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt mit Zusatz-Weiterbildung “Klinische Akut- und Notfallmedizin” • Pflegekraft mit Weiterbildung “Notfallpflege” • Schockraum 	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt mit Zusatz-Weiterbildung “Klinische Akut- und Notfallmedizin” • Pflegekraft mit Weiterbildung “Notfallpflege” • Schockraum • Regelmäßige fachspezifische Fortbildungen für Notfallmedizin
Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Fachabteilung Innere Medizin am Standort • Facharzt Innere Medizin innerhalb von max. 30 Minuten verfügbar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachbereich Innere Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachbereich Innere Medizin am Standort • Facharzt Innere Medizin innerhalb von max. 30 Minuten verfügbar
Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • ZNA: Pflegekraft mit Weiterbildung „Notfallpflege“ ab 01.01.2025 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekonzept Geriatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Behandlung nach dem Konzept der therapeutisch-aktivierenden Pflege (ATP-G) • Einarbeitungskonzept • Interdisziplinäre Fort- und

			Weiterbildungen
Anästhesie	<ul style="list-style-type: none"> Facharzt Anästhesie innerhalb von max. 30 Minuten verfügbar Intensivstation mit mind. 6 Betten, davon 3 mit Beatmungsmöglichkeit regelmäßige Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin; 	<ul style="list-style-type: none"> Fachbereich Anästhesie verfügbar Intensivstation mit mind. 6 Betten, davon 3 mit Beatmungsmöglichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Fachbereich Anästhesie am Standort der Unfallchirurgie verfügbar Facharzt Anästhesie innerhalb von max. 30 Minuten verfügbar Intensivstation mit mind. 6 Betten, davon 3 mit Beatmungsmöglichkeit
Radiologie	<ul style="list-style-type: none"> 24/7 CT (auch in Kooperation); 	<ul style="list-style-type: none"> 24/7 konventionelles Röntgen und CT 	<ul style="list-style-type: none"> Fachbereich Radiologie am Standort verfügbar 24/7 CT (auch in Kooperation falls unmittelbar räumlicher Bezug)
Physiotherapie/Ergotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ab 1. post-OP Tag täglich verfügbare Physiotherapie (Atemgymnastik/ frühzeitige Mobilisierung), auch Kooperation mgl.; 	<ul style="list-style-type: none"> tägliche Verfügbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Einbindung von Physiotherapie/ physikalischer Therapie ab dem ersten postoperativen Tag zur frühzeitigen Mobilisierung und Atemgymnastik
Sozialdienst		Entlass- und Weiterbehandlungsmanagement	Entlass- und Weiterbehandlungsmanagement sowie Teil der wöchentlichen Teamkonferenz
Patiententransport	<ul style="list-style-type: none"> Hubschrauberlandestelle + /- boden-gebundenem Zwischentransport 		Möglichkeit zur luft- und bodengebundenen Weiterverlegung eines Notfallpatienten
Prozess			
<i>evtl an Checkliste orientieren</i>			

<p>Wortlaut farbig entsprechend der Quelle (GBA, DGU, BV Geriatric)</p>			
<p>Zentrale Notaufnahme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Triage-System wird angewendet • Prä-OP Einschätzung/Management Delir und Dekubitus 	<ul style="list-style-type: none"> • SOP Einbindung der Notaufnahme (Anwendung Triage-System) • SOP Screening Konzept (z.B. ISAR zur Erstidentifikation geriatrischer Patienten) • Frailty Score (z.B. CFS) • Screening Delirgefährdung (z.B. NU-DESC, DOSS) • Screening Dekubitusrisiko 	<ul style="list-style-type: none"> • SOP Einbindung der Notaufnahme (Anwendung Triage-System) • Identifikation geriatrischer Patienten durch etabliertes Screeningverfahren/Fachexpertise Geriatric
<p>Unfallchirurgie</p>	<p>SOP (Inhalte s. Anlage 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit (s. auch Geriatric) • "Perioperative Planung": Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams • „Operationsverfahren“ 	<p>SOPs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit • "Perioperative Planung": Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP Kapazitäten, Planung von OP Teams 	<p>SOPs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit • "Perioperative Planung": Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP Kapazitäten, Planung von OP Teams • Operationsverfahren- Wahl der operativen Versorgung muss den Aspekt der frühestmöglichen Mobilisation mit geringstmöglicher Belastungseinschränkung berücksichtigen

	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit gerinnungshemmender Medikation • Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM) • Orthogeriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening 	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung coxaler Femurfraktur: <ul style="list-style-type: none"> ◦ OP innert 24 h • Umgang mit gerinnungshemmender Medikation • Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM) 	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung coxaler Femurfraktur: <ul style="list-style-type: none"> ◦ OP innert 24h • Umgang mit gerinnungshemmender Medikation • Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM) • unfallchirurgisch-geriatrische Zusammenarbeit • physiotherapeutische Maßnahmen
postoperative Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationspflicht des verlegenden Standortes bezüglich Sicherstellung tgl. geriatrischer Kompetenz und Physiotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • ausführliche Verlaufsdokumentation (s. IV 11) 	<ul style="list-style-type: none"> • ausführliche Verlaufsdokumentation (s. II 12)
Geriatric	<p>SOP (Inhalt s. Anlage 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisches Basisassessment <ul style="list-style-type: none"> • Alltagsfunktionen (z.B. Barthel) • kognitive Beeinträchtigung (z.B. MMS, Uhrentest) • Ernährung (z.B. NRS, MNA) • Schmerz (VRS) <p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerz - Delir - Sturzrisiko - Ernährungsstörung - Osteoporose - Dekubitusrisiko - kognitive 	<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerz - Delir - Sturzrisiko - Ernährungsstörung - Dekubitusrisiko - Osteoporose - Polymedikationsmanagement

		<p>Einschränkung/Demenz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Harninkontinenz/Harnwegsinfektion <p>Organisatorische SOP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teamkonferenz (mind. wöchentlich, Teilnehmer: Unfallchirurgie, Geriatrie, Pflege, Physiotherapie, Sozialdienst) inkl. Dokumentation • Vertretungsregelung Geriatrie • täglich verfügbare geriatrische Kompetenz (Notfallbehandlungskonzept) 	<ul style="list-style-type: none"> - Harninkontinenz/Harnwegsinfektion - Kognitive Einschränkung/Demenz <p>Organisatorische SOPs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teamkonferenz (mind. wöchentlich, Teilnehmer: Unfallchirurgie, Geriatrie, Pflege, Physiotherapie, Sozialdienst) inkl. Dokumentation
Anästhesie	<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“ • „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“ 	<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit Anästhesie • perioperative Risikostratifizierung • Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM) • SOP Antikoagulation 	<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerz
Physiotherapie/Ergotherapie/ Logopädie/ (Neuro-)Psychologie	<p>SOP (Inhalt s. Anhang 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Physiotherapeutische Maßnahmen“ 	<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einbindung Physiotherapie (tgl Verfügbarkeit, Mobilisation am 1. post-OP Tag) • Bedarfsweise Ergotherapie/Logopädie/(Neuro)Psychologie • Hilfsmittelversorgung 	<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einbindung Physiotherapie/ physikalische Therapie ab 1. post-OP Tag zur frühzeitigen Mobilisierung und Atemgymnastik • Einbindung Ergotherapie • Einbindung Logopädie/faziorale Therapie • Einbindung (Neuro-)Psychologie • Koordination Hilfsmittelversorgung
Sozialdienst		<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einbindung Entlassmanagement 	<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinationstrukturiertes

		<ul style="list-style-type: none"> • Sozialassessment • Hilfsmittelversorgung 	Entlassungs- und Weiterbehandlungsmanagement unter alterstraumatologischen und geriatrischen Gesichtspunkten
Innere Medizin		<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit Innere Medizin • Einbindung Innere Medizin in Notfallversorgung alterstraumatologischer Pat. 	Kooperationsvertrag Zusammenarbeit Innere Medizin
Qualitätsmanagement		<ul style="list-style-type: none"> • Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind in einem Handbuch dokumentiert <p>dokumentiert sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätspolitik (Leitbild, Philosophie) • Qualitätsziele • Pflichtdokumente (SOPs s.o.) • Zentrumskoordinator inkl. dessen Stellen- oder Aufgabenbeschreibung • Organigramm • Kommunikationsmatrix (Interdisziplinarität u Interprofessionalität sind erkennbar) • regelmässige Qualitätszirkel inkl. Protokolle • Management-Bewertung (jährlich) • Einarbeitungskonzept für ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter • Interdisziplinärer und interprofessioneller Fort- und Weiterbildungsplan • angepasste "Infrastruktur" 	<ul style="list-style-type: none"> • atz-Handbuch: Abbildung Zentrumstruktur: • Qualitätsziele und -politik • Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche • geregelter Dokumentations-, Informations- und Kommunikationsfluss (mit Berücksichtigung des Datenschutzes) • systematische Planung, Umsetzung, Überprüfung sowie ggf. Verbesserung und Aktualisierung des QM • Patienten- /Mitarbeiterorientierung und –sicherheit • Das QM-System und seine Prozesse werden dokumentiert, regelmäßig überprüft, aktualisiert und weiterentwickelt. Im Rahmen einer Zertifizierung sind dokumentierte Prozesse vorzulegen • Die Maßnahmen des Risiko-, Fehler-

		(Patientenzimmer, Bäder, Patienten-Flure, Therapieräume)--> Barrierefreiheit, Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung Expertenstandards • Kennzahlenerfassung • M&M Konferenzen (inkl. Protokoll) • Zufriedenheitsbefragung Patienten/Angehörige • Internes Audit mind. 1x/Zertifizierungszyklus (mind. alle 3 Jahre) 	und Beschwerdemanagements werden umgesetzt, <ul style="list-style-type: none"> • externe Qualitätssicherung: Kennzahlenerfassung • Nach Implementierung eines Alterstraumaregisters ist die Weitergabe an ein Register obligat • Die Einhaltung der in diesem Anforderungskatalog beschriebenen Voraussetzungen und das daraus abgeleitete interdisziplinäre Zusammenwirken werden regelmäßig von dem Leitungsgremium des atz® überprüft. • Qualitätszirkel und dokumentierte M&M Konferenzen • jährliche Jahresbewertung bzw. Managementbewertung
Alterstraumaregister		Teilnahme am AltersTraumaRegister DGU verpflichtend	Aktuell wird an der Implementierung eines Alterstraumaregisters gearbeitet. Ziel: Sicherung und Ausbau der Qualität; Einbindung bestehender Datenerfassungssysteme

Ersteller: AG-Alterstraumatologie (K. Singler, J. Schlotmann, B. Heck, S. Tietgen, V. Smolka)

Stand: Juni 2025

Anmerkung: Die Kreuztabelle ist als Orientierungshilfe gedacht- ohne Gewähr.