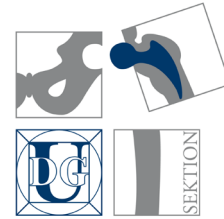


Kriterienkatalog

AltersTraumaZentrum DGU®



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
SEKTION ALTERSTRAUMATOLOGIE

1 Vorbemerkungen

Mit dem hier vorliegenden Kriterienkatalog AltersTraumaZentrum DGU® in der Version 1.3 hat die inzwischen 2. Revision der Anforderungen stattgefunden.

Als wesentliche Weiterentwicklung der Vorversion sind die Anforderungen des G-BA-Beschlusses* zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur in den Kriterienkatalog eingeflossen (*kursiv hervorgehoben*). Muster-SOP der Sektion Alterstraumatologie der DGU zur Umsetzung des G-BA-Beschlusses stehen den AltersTraumaZentren DGU (ATZ) zur Anpassung an ihre jeweiligen Gegebenheiten und Bedürfnisse zur Verfügung. Für zertifizierte AltersTraumaZentren ist somit gewährleistet, dass sie die Anforderungen des G-BA-Beschlusses umfänglich erfüllen.

Für die Rezertifizierung der AltersTraumaZentren bleibt die Darstellung ihrer Weiterentwicklung von besonderer Wichtigkeit. In diesem Zusammenhang kommt der Kennzahlenarbeit eines ATZ (unabhängig von der verpflichtenden Teilnahme am AltersTraumaRegister DGU®) maßgebliche Bedeutung zu.

*Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur vom 22. November 2019.

2 Inkraftsetzung

Der hier vorliegende Kriterienkatalog mit Stand 01.07.2020 ist gültig ab dem 01.01.2021.

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 AltersTraumaZentrum 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 AltersTraumaZentrums zu integrieren;
- 1.4 die Zertifizierung als AltersTraumaZentrum DGU 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 eines AltersTraumaZentrums 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 hinaus müssen folgende Fachbereiche bei Bedarf zur Verfügung stehen:

- 2.3.1. *Innere Medizin,*
- 2.3.2. *Anästhesie / Intensivmedizin mit mindestens 6 Betten / 3 Beatmungsmöglichkeiten,*
- 2.3.3. *Radiologie (Strukturvoraussetzungen: 24/7 konventionelles Röntgen, CT),*
- 2.3.4. *Notfallaufnahme (Strukturvoraussetzungen: Schockraum, Notfallversorgung mit verantwortlichem Arzt „Klinische Notfall- und Akutmedizin“, Pflegeweiterbildung „Notfallpflege“ - ggf. als eigenständige Abteilung).*

Details der Zusammenarbeit mit den genannten Bereichen auf dem Gebiet der Alterstraumatologie sind in SOP zu regeln, wobei der Begriff „SOP“ hier synonym mit z.B. klinischer Pfad, Standard, Verfahrensanweisung, Ablaufbeschreibung o.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 der Inneren Medizin in die Notfallversorgung alterstraumatologischer Patienten (insbesondere in Vertretung akutgeriatrischer Fachkompetenz),*
- 2.4.2. *Einbindung Notaufnahme unter Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung (Triage-System),*
- 2.4.3. *Einbindung Krankengymnastik / Physiotherapie (mit täglicher Verfügbarkeit auch sonn- und feiertags),*
- 2.4.4. *Einbindung Ergotherapie,*
- 2.4.5. *Koordination der Hilfsmittelversorgung,*
- 2.4.6. *Koordination des strukturierten Entlassungs- und Weiterbehandlungsmanagement unter alterstraumatologischen Gesichtspunkten (ggf. unter Einbindung ambulanter sozialer Dienste), Option der luft- und bodengebundenen Weiterverlegung.*

II. Unfallchirurgie

1. Der ärztliche, 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 ärztliche, 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 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 damit insbesondere auch die alterstraumatologisch ausgerichtete Verfahrenswahl, physiotherapeutische Aspekte mit Maßgaben zur Belastbarkeit und (Früh-) Mobilisation. Die SOP haben Gültigkeit für das gesamte ATZ.

Die SOP zur Versorgung coxaler Femurfrakturen müssen darüber hinaus unabdingbar enthalten oder Bezug nehmen auf Regelungen zu/zur:

- *Operation innerhalb von 24 Stunden,*
- *besonderen Situationen der Einwilligungsfähigkeit,*
- *perioperativen Planung zur Priorisierung von Eingriffen, zur Planung von OP-Kapazitäten und des OP-Teams,*
- *Umgang mit gerinnungshemmenden Medikamenten*

III. Geriatrie

1. Der ärztliche, geriatrische Kooperationspartner des ATZ führt zusätzlich zum **Facharzt** die Bezeichnung **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. Bei Nichtvorliegen einer entsprechenden Weiterbildungsermächtigung muss diese angestrebt werden (eine Antragsstellung ist erforderlich).
3. Der frühestmöglichen Integration (früh-) rehabilitativer Aspekte bei der Behandlung des alten unfallverletzten Menschen ist höchste Priorität einzuräumen. Vorzugsweise sollte bei entsprechender Indikation eine weitere geriatrische rehabilitative Behandlung nach gesetzlichen Vorgaben eingeleitet werden.
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 ATZ zugeschriebene Fachdisziplinen.
2. Die Erstidentifikation geriatrischer Patienten erfolgt im Rahmen der Aufnahme mit einem geeigneten geriatrischen Screeninginstrument in jedem Fall noch präoperativ (z.B. ISAR) *und ist schriftlich z.B. in der Patientenakte zu dokumentieren*. Das Screening zur Detektion des geriatrischen Patienten wird ergänzt durch die Erhebung eines Frailty-Scores (geeignet z.B.: CFS). Ebenso erhält jeder ATZ-Patient noch präoperativ ein Screening zur Delirgefährdung (z.B. NU-DESC, DOSS). Die Ergebnisse dieser Screenings/Scores gehen in die perioperative Risikostratifizierung und das perioperative Risikomanagement des alterstraumatologischen Patienten ein.

Postoperativ zeitnah erfolgen zur weiteren Therapieplanung Testverfahren aus dem Pool des geriatrischen Basisassessments nach AWMF-Leitlinien (geriatrische Assessments der Stufe II). Im Fall eines perioperativ festgestellten, dringlichen geriatrischen Behandlungsbedarfs muss in einem AltersTraumaZentrum kurzfristig – so auch präoperativ - die Hinzuziehung akutgeriatrischer Behandlungskompetenz möglich sein. Entsprechende Notfallbehandlungskonzepte *mit täglich verfügbarer geriatrischer Kompetenz* müssen vom AltersTraumaZentrum 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 2x 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 2x pro Woche eine Visite am Krankenbett durchzuführen. Ein geriatrisches Behandlungsmanagement muss grundsätzlich für alle als geriatrisch identifizierten Patienten des AltersTraumaZentrums 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, anästhesiologische 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 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,

geriatischer und anästhesiologischer Fachkompetenz. Auf eine entsprechend differenzierte und zugleich standardisierte Schmerztherapie (SOP) wird an jeder Stelle des interdisziplinären Behandlungsprozesses zurückgegriffen.

- 6.2 In jedem AltersTraumaZentrum kann auf eine SOP zur Diagnostik und zur Therapie des Delirs zurückgegriffen werden.
 - 6.3 Bei jedem Alterstraumapatienten ist nach SOP ein Screening auf Sturzrisiko und ggf. eine SOP-basierte Diagnostik und Therapie einzuleiten. In den SOP eines AltersTraumaZentrums ist der Zeitpunkt festgeschrieben, zu dem diese Maßnahmen eingeleitet werden.
 - 6.4 Bei jedem Alterstraumapatienten ist nach SOP ein Screening auf Ernährungsstörung und ggf. eine SOP-basierte Diagnostik und Therapie einzuleiten. In den SOP eines AltersTraumaZentrums 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 AltersTraumaZentrums ist der Zeitpunkt festgeschrieben, zu dem diese Maßnahmen eingeleitet werden. Die Fortführung der Osteoporosediagnostik und -therapie im ambulanten Bereich ist in der SOP zu berücksichtigen.
 - 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 sind ein Behandlungsmanagement und ggf. eine SOP-basierte Diagnostik, Therapie und entlassungsbedingte Überleitung in die ambulante Versorgung zu organisieren. Das interdisziplinäre Versorgungsmanagement im AltersTraumaZentrum ist diesen Patienten nicht vorzuenthalten.
 - 6.8 Bei jedem Alterstraumapatienten ist nach SOP ein geriatrischer, Leitlinien-angelegter Umgang mit Harninkontinenz und Harnwegsinfektionen nachzuweisen. In den SOP des AltersTraumaZentrums ist festgeschrieben, wie und zu welchem Zeitpunkt entsprechende Maßnahmen zu Diagnostik und Therapie eingeleitet werden.
 - 6.9 *Für Patienten, die bei Aufnahme nicht einwilligungsfähig sind, legt eine SOP das Vorgehen bei Bestehen einer OP-Indikation fest.*
 - 6.10 *Für Patienten, bei denen eine Antikoagulationsmedikation besteht, legt eine SOP das Vorgehen bei Bestehen einer OP-Indikation fest. Das ATZ kann auf eine SOP zum patientenorientierten Blutmanagement zurückgreifen.*
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). *Die Mobilisation am ersten*

postoperativen Tag und physiotherapeutische Maßnahmen auch an Wochenend- und Feiertagen entlang hinterlegter SOP sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

- 8.** Die Planung einer geriatrischen (früh-) rehabilitativen Behandlung erfolgt frühestmöglich perioperativ unfallchirurgisch-geriatrisch kooperativ. Der Zeitpunkt ist in den SOP festgelegt. Ziel jeder Rehabilitationsplanung ist die Reintegration des Alterstraumapatienten in ein seinen Fähigkeiten entsprechendes soziales Umfeld. Indikationsgruppen, fachliche Kompetenz, föderale und lokale Strukturen sind hierbei zu berücksichtigen.
- 9.** Entlassungsmanagement inkl. Hilfsmittelerprobung und Hilfsmittelversorgung sind ein kontinuierlicher Bestandteil der Behandlung innerhalb der altersmedizinischen Kooperation und basieren auf dem bei Aufnahme erhobenen Sozialassessment. Dieses 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 Teamkonferenzen finden an jedem Standort des AltersTraumaZentrums für die dort jeweils interdisziplinär und multiprofessionell behandelten Zentrumspatienten statt. 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. die Teamkonferenzen werden unabhängig von Abrechnungsmodalitäten durchgeführt). Dieses wird durch eine SOP geregelt.
- 11.** Das AltersTraumaZentrum DGU stellt eine vollständige Verlaufsdokumentation über alle behandelten Patienten sicher. Dazu gehören:
 - 11.1** die initiale Verletzungsdiagnose mit Frakturklassifikation (z.B. nach AO) und Weichteilklassifikation,
 - 11.2** die unfallchirurgische Therapie mit Osteosyntheseverfahren, Implantatwahl und postoperativer Nachbehandlung einschließlich Belastbarkeit,
 - 11.3** besondere Risikoprofile und medizinische Nebendiagnosen,
 - 11.4** eventuelle Komplikationen und deren Behandlung im Verlauf,
 - 11.5** Beginn geriatrisch frührehabitativer 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 des Pflegegrads,
 - 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 Handbuchs 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 zu 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 sowohl aus dem unfallchirurgischen als auch dem geriatrischen Behandlungsarm, die die Entwicklung des AltersTraumaZentrums in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung widerspiegeln.
6. Das AltersTraumaZentrum DGU verpflichtet sich zur Teilnahme am AltersTraumaRegister DGU®.
7. M&M-Konferenzen finden im AltersTraumaZentrum DGU interdisziplinär statt.
8. 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 berücksichtigen 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.