

Zeitschrift für

Gerontologie + Geriatric

mit **European Journal of Geriatrics**

Z Gerontol Geriat 2014 · 47:310–316 · DOI 10.1007/s00391-014-0651-8

© Springer-Verlag 2014



M. Gogol · D. van den Heuvel · D. Lüttje · R. Püllen · A.C. Reingraber ·
R.-J. Schulz · A. Veer · A. Wittrich

Alterstraumatologisches Zentrum – Anforderungskatalog

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

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle
Zwecke verwendet werden und ist nicht für die
Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen
auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und
Austauschplattformen.

Z Gerontol Geriat 2014 · 47:310–316
DOI 10.1007/s00391-014-0651-8
Online publiziert: 5. Juni 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

M. Gogol^{5,9} · D. van den Heuvel¹ · D. Lüttje^{4,5} · R. Püllen^{6,7} · A.C. Reingraber^{1,3} · R.-J. Schulz^{7,8} · A. Veer^{1,2} · A. Wittrich¹

¹ Bundesverband Geriatrie (BV Geriatrie), Berlin

² St. Bonifatius Hospital, Lingen/Ems

³ Klinik für Geriatrie und Geriatriische Tagesklinik, St. Josef-Hospital Gelsenkirchen-Horst, Gelsenkirchen

⁴ Medizinische Klinik IV (Geriatrie und Palliativmedizin), Klinikum Osnabrück GmbH, Klinikum Natruper Holz, Osnabrück

⁵ Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) e.V., Berlin

⁶ Medizinisch-Geriatriische Klinik, Agaplesion Diakonissen-Krankenhaus, Frankfurt/M

⁷ Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e.V., Köln

⁸ Lehrstuhl für Geriatrie, Klinik für Geriatrie, Universität zu Köln, St. Marien-Hospital, Köln

⁹ Klinik für Geriatrie, Krankenhaus Lindendamm, Copenbrügge

Alterstraumatologisches Zentrum – Anforderungskatalog

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



Bedingt durch den demographischen Wandel ändert sich die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland in erheblichem Maße. Hierauf muss sich zukünftig die medizinische Versorgung 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 Traumatpatienten. Zielsetzung der dieses Zertifizierungsverfahren tragenden Organisationen ist es, die Entstehung von Alterstraumatologischen Zentren mit einem festgelegten qualitativen Anspruch auf freiwilliger Basis zu fördern und somit die fachspezifische Versorgung von geriatrischen Traumatpatienten zu verbessern. In Alterstraumatologischen Zentren 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 Traumatpatienten ist nur durch eine verzahnte und aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit von Spezialisten der beiden

Fachbereiche möglich und umfasst medizinische, pflegerische und 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 Traumatpatienten ausgerichteten, interdisziplinären Zusammenarbeit aller ärztlichen und nichtärztlichen

Die Autoren haben zu gleichen Teilen zu der Arbeit beigetragen.

Das Positionspapier wurde durch die Arbeitsgruppe des BV Geriatrie und der Fachgesellschaften DGG und DGGG erstellt.

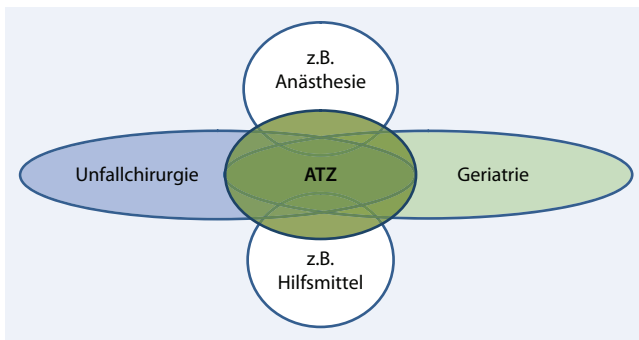


Abb. 1 ◀ Zusammenarbeit von Geriatrie und Unfallchirurgie

Mitarbeiter der beiden Fachbereiche zum Wohle der Patienten. Hierzu wurden spezifische fachliche 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 Erkrankungen wie altersassoziierte Syndrome (Sarkopenie, Frailty u. a.). Hinzu kommt noch eine zumeist vorliegende Mehrfachmedikation sowie eine altersbedingte herabgesetzte Medikamententoleranz, die besondere Beachtung finden muss.

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 z. B. unfallbedingten Krankenhausaufenthaltes eines geriatrischen Patienten relevant. Durch das veränderte Umfeld, den Einfluss von Narkose und Operation sowie die krankheitsbedingten Maßnahmen und Immobilität können sich typische geriatrische Syndrome ausbilden bzw. deutlich verstärken, wie

- Delir,
- kognitive Defizite,
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt,
- Infektionen,
- allgemeine Herabsetzung der körperlichen Belastbarkeit/Gebrechlichkeit (Frailty),
- Inkontinenz,
- Verfestigung der Immobilität,
- Sturzneigung und Schwindel,
- chronische Wunden,
- Dekubitus,
- Depressionen,
- Angststörungen.

Dieser besondere medizinische Kontext erfordert, dass die unfallchirurgische Behandlung und insbesondere die sich anschließende 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 (ATZ) 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 und 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 Alters-traumatologische Zentrum als Ort der kooperativen, gemeinschaftlichen Behandlung des alten Traumatopatienten auf, wobei es, bedingt durch das föderale System in Deutschland, regional unterschiedlich ausgestaltete Versorgungsstrukturen geben kann. Diese müssen jeweils Berücksichtigung finden.

Die Zentrumstruktur bildet somit den organisatorischen Rahmen. Inhaltlich geht dies jedoch über eine reine Schnittmenge von Unfallchirurgie und Geriatrie hinaus, da nicht nur Strukturen, sondern auch Prozesse und die inhaltliche Weiterentwicklung abgestimmt sein müssen. So bindet das ATZ z. B. bedarfsweise weitere Partner mit ein, wie im Bereich der Anästhesie oder der Hilfsmittelversorgung. Ziel ist die möglichst umfassende Reintegration des Alterstraumatopatienten in sein soziales Umfeld, der Erhalt und die Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit, das Erreichen einer möglichst großen Autonomie und die Ermöglichung und Sicherstellung der gesellschaftlichen Teilhabe.

Durch das abgestimmte Zusammenwirken von Unfallchirurgie und Geriatrie besitzt das ATZ eine besondere Kompetenz in der frühestmöglichen auch prospektiven interdisziplinären Wahrnehmung von Komplikationen und 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 Traumatopatienten dar (■ **Abb. 1**).

Zur Vereinheitlichung und Sicherung entsprechender qualitativer Versorgungs-

strukturen wurde dieser Anforderungskatalog entwickelt. So werden die strukturellen Grundlagen und insbesondere die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Geriatrie und Unfallchirurgie hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschrieben und festgelegt.

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

Das Zertifizierungssystem Alterstraumatologie nach Maßgabe des Bundesverbandes Geriatrie (BV Geriatrie), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) fordert für eine Zertifikatserteilung neben der Erfüllung der fachlichen Anforderungen, definiert im Anforderungskatalog bzw. den daraus abgeleiteten Dokumenten, auch den Nachweis eines Qualitätsmanagement(QM)-Systems.

Anerkannt werden alle QM-Systeme bzw. entsprechende Nachweise, die auf der ISO 9001 beruhen, den Vorgaben der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) entsprechen oder auf Grundlage des EFQM-Modell beruhen.

Das Zertifikat *Alterstraumatologisches Zentrum (ATZ)* deckt sowohl Strukturfragen als auch Prozess- und Ergebnisqualitätsaspekte ab. Die Unterlagen orientieren sich in Aufbau und Diktion an der Struktur und Sprache der ISO 9001, da diese Norm im Bereich der stationären Versorgung ein weit verbreitetes Qualitätssicherungsinstrument ist. So fügt sich das neue Zertifikat in die bestehenden Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsregelungen (QM und QS) sowohl im Krankenhaus- wie auch im Rehabilitationsbereich ohne Verwerfungen ein, was den Aufwand für die Einrichtung begrenzt und zudem eine Vergleichbarkeit sicherstellt.

Die wichtigsten Verfahrenseckpunkte im Überblick:

1. Die Zertifizierung eines Alterstraumatologischen Zentrums erfordert ein Grundzertifikat (ISO 9001, KTQ oder EFQM-Modell), auf welches das Zertifikat Alterstraumatologisches Zen-

Z Gerontol Geriat 2014 · 47:310–316 DOI 10.1007/s00391-014-0651-8
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

M. Gogol · D. van den Heuvel · D. Lüttje · R. Püllen · A.C. Reingräber · R.-J. Schulz · A. Veer · A. Wittrich

Alterstraumatologisches Zentrum – Anforderungskatalog. Eine Initiative zur Förderung und Sicherung der Qualität der Versorgung alterstraumatologischer Patienten in Deutschland im Bereich der stationären Versorgung

Zusammenfassung

Für die Versorgung Älterer wurden mit der Geriatrie 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. Der vorliegende Anforderungskatalog wurde mit dem Ziel entwickelt, die Vereinheitlichung und Sicherung entsprechender qualitativer Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. So werden die strukturellen Grundlagen und insbesondere die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Geriatrie und Unfallchirurgie hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschrieben und festgelegt. Der Bundesverband Geri-

atrie (BV Geriatrie), die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) bieten zur Dokumentation nach Außen und Innen sowie zur Überprüfung der Strukturen und Prozesse eine Zertifizierung für Alterstraumatologische Zentren an. Voraussetzung für eine Zertifikatserteilung ist neben der Erfüllung der fachlichen Anforderungen, definiert im Anforderungskatalog bzw. den daraus abgeleiteten Dokumenten, auch der Nachweis eines Qualitätsmanagementsystems nach ISO 9001.

Schlüsselwörter

ATZ · Qualitätssicherung der Versorgung · Geriatrie · Unfallchirurgie · Zertifizierung

Geriatric trauma centers—requirements catalog. An initiative to promote and guarantee the quality of care of elderly trauma patients receiving inpatient care

Abstract

For the care of the elderly, specific geriatric care facilities in hospitals and specialized rehabilitation centers have been established in the last 20 years throughout Germany. In addition, trauma surgery departments in hospitals and clinics also provide comprehensive care for trauma patients. The present requirements catalog was developed with the aim to ensure the standardization and quality assurance of these care facilities. Thus, the structural basics and, in particular, the structured cooperation between geriatrics and trauma surgery are described and defined in terms of structure, process, and outcome quality. The Bundesverband Geriatrie, the Deutsche Ge-

sellschaft für Geriatrie, and the Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie offer documentation for external and internal use and evaluation of the structures and processes for certification of geriatric trauma centers. Prerequisite for certification is to meet the technical requirements defined in the requirements catalogue or documents derived from it, and proof of a quality management system according to ISO 9001.

Keywords

ATZ · Quality assurance, health care · Geriatrics · Emergency surgery · Certification

trum (ATZ) als Add-on aufsetzt. Bei der Erstzertifizierung des Alterstraumatologischen Zentrums wird die Grundzertifizierung empfohlen, ab der Re-Zertifizierung ist sie obligat. Somit können Grundzertifizierung und das Zertifikat des Alterstraumatologischen Zentrums ggf. in einem Qualitätsschritt geplant bzw. erworben und somit Synergieeffekte genutzt werden.

2. Das Zertifikat Alterstraumatologisches Zentrum (ATZ) ist strukturell und sprachlich an der ISO 9001 ausgerichtet. Dies sorgt für eine gute Einbindung in die bestehenden QM- und QS-Systeme sowie eine gute Verständlichkeit.
3. Die Zertifizierung erfolgt durch eine unabhängige, bei der DAkkS akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft.

4. Jährlich ist eine Selbstbewertung (z. B. internes Audit) vorgeschrieben, die im Rahmen der Re-Zertifizierung nachgewiesen werden muss.
5. Eine Re-Zertifizierungspflicht besteht nach 3 Jahren.
6. Das Zertifizierungsverfahren ist kostenpflichtig.

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 Anforderungskatalogs umsetzen und somit im Sinne eines ATZ kooperieren.
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 Zusammenarbeit zulassen und die kontinuierliche Zusammenarbeit an beiden Standorten sichergestellt und dargestellt werden.
3. Abweichende Strukturen können in einem eng begrenzten Maße per Einzelfallentscheidung zum Zertifizierungsverfahren zugelassen werden, wenn die Vorgaben dieses Anforderungskatalogs 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 unerheb-

lich, sofern dadurch die Vorgaben dieses Anforderungskatalogs unberührt bleiben.

5. Die Kooperationspartner fixieren ihre Zusammenarbeit als ATZ gemäß dieses Anforderungskatalogs in einer ATZ-Vereinbarung (in Form eines ATZ-Konzeptes oder ATZ-Handbuchs). Darin ist eine Abbildung der zentralen Zentrumsstruktur erforderlich. Diese beinhaltet mindestens nachstehende 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 Fachbereichen,
 - 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 Erlösuordnung).
6. Zum Zertifizierungszeitpunkt muss das ATZ die Umsetzung der Anforderungen dieses Anforderungskatalogs in den Regelbetrieb nachweisen. Der Verweis auf zukünftige Verfahrensumsetzungen bzw. Konzepte ist nicht ausreichend.

7. Die stationären bettenführenden Versorgungseinheiten müssen folgende Qualitätsvoraussetzungen erfüllen:

- a) Die Einrichtung, zu der die unfallchirurgische Versorgungseinheit gehört, muss die erfolgreiche Zertifizierung eines QM-Systems nachweisen.²
- b) Die unfallchirurgische Versorgungseinheit selbst muss ihre fachspezifische Versorgungsqualität durch ein spezifisches internes QM-System belegen, ohne dass dessen Zertifizierung Pflicht ist. Durch dieses QM-System – bzw. ggf. separat – müssen u. a. die Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung von Patienten- und Seitenverwechslung im OP sowie Hygienemaßnahmen, insbesondere hinsichtlich multiresistenter Erreger, nachgewiesen werden.
- c) Die Einrichtung, zu der die geriatrische Versorgungseinheit gehört, muss die erfolgreiche Zertifizierung eines QM-Systems nachweisen.²
- d) Die geriatrische Versorgungseinheit muss ihre fachspezifische Versorgungsqualität durch ein spezifisches internes QM-System belegen, ohne dass dessen Zertifizierung Pflicht ist.

II) Leitung des ATZ

1. Das ATZ wird von einem gemeinsamen, paritätisch besetzten Leitungsgremium geführt.
2. Das Leitungsgremium besteht aus mindestens je einem Vertreter der Leitung der unfallchirurgischen und einem Vertreter der Leitung der geriatrischen Versorgungseinheit. Weitere Mitglieder können in das Leitungsgremium aufgenommen werden.
3. Das Leitungsgremium vereinbart schriftlich die Regeln der Zusammenarbeit innerhalb des Gremiums. Dabei werden zu den nachfolgenden Punkten Festlegungen niedergelegt:
 - a) Aufgaben der Leitung,
 - b) gleichberechtigte Zusammenarbeit der Leitungsmitglieder,

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

² Der Nachweis muss spätestens zum Zeitpunkt der ersten Re-Zertifizierung des ATZ erbracht werden.

- c) Zusammenarbeit mit weiteren Fachbereichen der beteiligten Einrichtung(en),
- d) Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern.

III) Unfallchirurgie

1. Der/die ärztliche Leiter/in der stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit führt die Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie – spezielle Unfallchirurgie (Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie).
2. Der/die ärztliche Leiter/in der stationären bettenführenden unfallchirurgischen Versorgungseinheit muss eine Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für die spezielle Unfallchirurgie besitzen.
3. Die unfallchirurgische Versorgung (operativ und konservativ) in einem ATZ schließt Regelungen für mindestens folgende Indikationsgruppen ein:
 - a) Frakturen des koxalen Femur,
 - b) Frakturen des proximalen Humerus,
 - c) Wirbelkörperfrakturen,
 - d) periprothetische Frakturen,
 - e) Beckenfrakturen.
4. Die unfallchirurgische Versorgung dieser Indikationsgruppen orientiert sich an schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben (z. B. „standard operating procedure“ (SOP) oder klinischen Pfaden, Standards, Verfahrensweisungen, Ablaufbeschreibungen).
5. Die unfallchirurgische Versorgung richtet sich nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und den Leit- und Richtlinien der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften.

IV) Geriatrie

1. Der/die ärztliche Leiter/in 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 physikalische und rehabilitative Medizin die Bezeichnung Geriatrie/klinische Geriatrie als Zusatzweiterbildung/fakultative Weiterbildung.

2. Die ärztliche Leitung der stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit muss eine volle Ermächtigung zur Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung/im Schwerpunkt Geriatrie besitzen. Eine eingeschränkte Weiterbildungsermächtigung kann in begründeten Einzelfällen anerkannt werden.
3. Der frühestmöglichen Integration (früh-)rehabitativer Aspekte bei der Behandlung des alten unfallverletzten Patienten ist höchste Priorität einzuräumen. Vorzugsweise sollte bei entsprechender Indikation die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung zur Anwendung kommen.
4. Geriatrieseitig müssen in der stationären bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheit die strukturellen Voraussetzungen für eine komplexe geriatrische Behandlung gegeben sein.
5. Die pflegerische Behandlung erfolgt nach dem Konzept der aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie.
6. Die geriatrisch-medizinische Behandlung orientiert sich an schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben (z. B. „standard operating procedure“ (SOP) oder klinischen Pfaden, Standards, Verfahrensweisungen, Ablaufbeschreibungen).
7. Die geriatrische Behandlung richtet sich nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und den Leit- und Richtlinien der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften.

B) Interdisziplinäre Kooperation

I) Strukturkriterien

1. Neben der unfallchirurgischen bzw. geriatrischen Versorgungseinheit müssen mindestens nachstehende Fachbereiche dem ATZ zur Verfügung stehen:

- a) Anästhesie,
 - b) Radiologie.
2. Die Intensität der Einbindung in die Strukturen bzw. in die Prozesse des ATZ richtet sich dabei nach dem Bedarf der Patienten. Form und Inhalt der Zusammenarbeit ist schriftlich niederzulegen (z. B. in der ATZ-Ver einbarung, siehe oben: Kooperationspartner).
 3. 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-, peri- und postoperativ) mit der jeweiligen fachspezifischen Behandlungskompetenz zur Verfügung stehen.
 4. Mindestens 2-mal pro Woche ist die persönliche Anwesenheit des Geriaters in der stationären unfallchirurgischen Versorgungseinheit bzw. des Unfallchirurgen in der stationären geriatrischen Versorgungseinheit zu gewährleisten.
 5. Es muss ein Notfallkonzept vorliegen, welches die geriatrispezifischen und unfallchirurgischen Grundlagen der Behandlung auch im Notfall berücksichtigt.
 6. Das ATZ stellt die Umsetzung eines Personalmanagements sicher, in dessen Rahmen Aussagen zum Personalbedarf niedergelegt werden.
 7. Das Personal wird zu Beginn der Arbeit im Bereich des ATZ qualifiziert eingearbeitet. Dieses ist in geeigneter Form zu dokumentieren.
 8. 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.
 9. Das ATZ bietet Fortbildungsangebote für einweisende und weiterbe-

handelnde Ärzte und Institutionen an (ggf. in Kooperation).

II) Prozesskriterien

1. Die Abläufe der interdisziplinären Behandlung an den Schnittstellen zwischen Unfallchirurgie und Geriatrie bzw. den weiteren an der Versorgung der Patienten Beteiligten sind schriftlich zu fixieren und umfassen sowohl nicht operationsfähige, nicht operationsbedürftige als auch operativ zu versorgende Patienten.
2. Die frühestmögliche Identifikation des geriatrischen Patienten ist sicherzustellen. Dies erfolgt anhand des Screening-Konsensusvorschlages von DGG, DGGG und BV Geriatrie (im Einzelfall kann ein anderes, gleichwertiges Screening-Instrument anerkannt werden) – d. h. Screening bei Aufnahme, spätestens aber am ersten postoperativen Tag.
3. Nachfolgende Prozesse müssen im Rahmen der Zusammenarbeit innerhalb des ATZ beschrieben werden:
 - a) Einbindung der Notaufnahme,
 - b) Einbindung von Physiotherapie/physikalischer Therapie,
 - c) Einbindung der Ergotherapie,
 - d) Einbindung der Logopädie,
 - e) Einbindung der (Neuro-)Psychologie,
 - f) Koordination der Hilfsmittelversorgung,
 - g) Koordination des strukturierten Entlassungs- und Weiterbehandlungsmanagements unter alterstraumatologischen und geriatrischen Gesichtspunkten.
4. Die Wahl der operativen Versorgung muss den Aspekt der frühestmöglichen Mobilisation mit geringstmöglicher Belastungseinschränkung berücksichtigen.
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 geregelt:
 - a) Screening bei Aufnahme auf Delirrisiko und ggf. Diagnostik und Therapie,
 - b) Screening bei Aufnahme zur Beurteilung des Sturzrisikos und ggf. Diagnostik und Therapie,
 - c) Screening bei Aufnahme auf Ernährungsstörung und ggf. Diagnostik und Therapie,
 - d) Bei jedem Alterstraumapatienten ist leitliniengemäß eine Osteoporosedagnostik und ggf. eine entsprechende medikamentöse Therapie einzuleiten,
 - e) Screening bei Aufnahme auf Dekubitusrisiko und ggf. Diagnostik und Therapie,
 - f) Differenzierte physiotherapeutische Maßnahmen, die sich nach dem Verletzungsmuster und der unfallchirurgischen operativen Versorgung richten und üblicherweise die Mobilisation am ersten postoperativen Tag beinhalten (Frühmobilisation). Bedarfsweise müssen im Sinne einer (Früh-) Rehabilitation weitere Therapieangebote zur Anwendung kommen [z. B. Ergotherapie, Logopädie und (Neuro-) Psychologie]. Dies muss auch die Bereitstellung erforderlicher Hilfsmittel einschließen.
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 (z. B. frühzeitiges Entfernen von Infektionsquellen, Medikamentenrevision, Wahrnehmen von Kommunikationsproblemen, spezielle Patientenbegleitung, Orientierungshilfen und -training, Angehörigenarbeit).
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 geriatrisch frührehabilitativen Behandlung.
10. Es findet regelmäßig (mindestens 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 Krankengymnastik/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 Entlassungsmanagement einschließlich Hilfsmittelerprobung und -versorgung ist ein kontinuierlicher Bestandteil der Behandlung innerhalb des ATZ und basiert auf dem bei der Aufnahme erhobenen Sozialassessment. Entsprechende Vorgaben sind schriftlich niedergelegt.
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 und Ernährung sowie weiterer relevanter Problembereiche (z. B. Angststörungen, 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 regelmäßig am Entlassungstag zu Verfügung gestellt (z. B. Information zur Entlassungsmedikation und zur unmittelbaren Weiterbehandlung, Laborbefunde, Röntgenbilder),
 - k) bei Entlassung die Mitgabe/Versendung eines vorläufigen Entlassungsbriefes und nach Entlassung (maximal innerhalb von 10 Werktagen), die Zusendung des ausführlichen Entlassungsbriefes,
 - l) die Erfassung und Dokumentation geeigneter Outcome-Parameter.
13. Die Durchführung einer eventuellen geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung erfolgt in Verantwortung der Geriatrie.

C) Qualitätsmanagement, Risikomanagement

1. Das ATZ beteiligt sich – unter Beachtung des Datenschutzes – an einer externen Qualitätssicherung. Dies beinhaltet, dass dafür innerhalb des ATZ Kennzahlen, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung widerspiegeln und eine vergleichbare Auswertung ermöglichen, gemäß konsentierter aktueller

Vorgaben der Verfahrensträger, erfasst werden.

2. 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.
3. Die Einhaltung der in diesem Anforderungskatalog beschriebenen Voraussetzungen und das daraus abgeleitete interdisziplinäre Zusammenwirken werden regelmäßig von der Leitung des ATZ überprüft.
4. Vertreter des ATZ beteiligen sich regelmäßig an Qualitätszirkeln und an dokumentierten Morbiditäts- bzw. Mortalitätskonferenzen.
5. Es erfolgt eine jährliche interne Diskussion bzw. Reflexion der für das ATZ erreichten Ergebnisse. (Diese Jahresbewertung kann in Zusammenhang mit einem Managementreview durchgeführt werden).

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). Die Unterlagen und weitere Informationen finden Sie unter <http://www.Alterstraumazentrum.de>.

Korrespondenzadresse

D. van den Heuvel

Bundesverband Geriatrie (BV Geriatrie)
Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin
geschaefsstelle@bv-geriatrie.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Gogol, D. van den Heuvel, D. Lüttje, R. Püllen, A.C. Reingraber, R.-J. Schulz, A. Veer und A. Wittrich geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag enthält keine Studien an Menschen oder Tieren.

Gleichgewichtssinn ist entscheidend für optimale Blickbewegungen

Wenn gesunde Menschen ihre Blickrichtung ändern, sind Kopf- und Augenbewegungen optimal aufeinander abgestimmt. Aus der Vielzahl möglicher Kombinationen, etwa wie schnell und weit wir Kopf und Augen bewegen, wählt das Gehirn jene, die die geringsten Fehler verursacht. Wissenschaftler haben nun die Blickbewegungen von Menschen mit einer beidseitigen Störung des Gleichgewichtssinns (Vestibulopathie) und von Patienten mit einer Kleinhirnstörung untersucht.

Die Studie ergab, dass die Patienten Schwierigkeiten haben ihre Blicksteuerung neuen Gegebenheiten anzupassen. Allerdings können sie bis zu einem gewissen Grad lernen, Auge- und Kopfparameter, wie zum Beispiel die Geschwindigkeit der Kopfbewegung, zu optimieren.

Die Ergebnisse haben Bedeutung für die Rehabilitation von Patienten mit Kleinhirnschädigung und von Patienten mit unvollständiger Vestibulopathie. Die Forscher nehmen an, dass durch Kopfbewegungen, bei denen das Gehirn passende vestibuläre Information erhält, die Blickbewegung und Wahrnehmung dieser Patienten verbessert werden kann. Durch die Kopfbewegungen erhält das Hirn sensomotorische Fehler-signale, die helfen, Kopf- und Augenbewegung nach und nach zu optimieren. Statt ihren Kopf möglichst ruhig zu halten, sollten diese Patienten also eher ermuntert werden, ihren Kopf bewusst zu bewegen, wenn sie ihre Blickrichtung ändern.

Wie die Betroffenen die optimale Blickrichtung durch Bewegung am besten lernen, wird nun im Rahmen einer Rehabilitationsstudie untersucht.

Publikation:

Saglam M, Glasauer S, Lehnen N (2014) Vestibular and cerebellar contribution to gaze optimality. *Brain*. doi:10.1093/brain/awu006

Quelle: Deutsches Zentrum für Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen und Neurologie, Klinikum der Universität München