

ALTERSTRAUMAZENTRUM DGU

KRITERIENKATALOG



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR UNFALLCHIRURGIE
SEKTION ALTERSTRAUMATOLOGIE



Akademie der
Unfallchirurgie

Präambel

Mit dem hier vorliegenden Kriterienkatalog AltersTraumaZentrum DGU in der Version 2.0 findet eine erste grundlegende Neufassung aller bisher vorliegenden Versionen statt.

Mit der Zertifizierung von AltersTraumaZentren DGU (ATZ) über einen Zeitraum von inzwischen mehr als zehn Jahren soll der Kriterienkatalog inhaltlich auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse fokussieren, die die alterstraumatologische Diskussion inzwischen international mit einem entsprechenden Grad an Evidenz bestimmen. Gleichzeitig sind die Erfahrungen aus den Auditierungen und dem Zertifizierungsprozess einer weiterhin zunehmenden Anzahl von AltersTraumaZentren in Deutschland und dem benachbarten Ausland ebenso wie die engagierte Diskussion und Kommunikation in der Sektion Alterstraumatologie der DGU und deren Umfeld ein wertvoller Input für die kritische Reflexion der bisherigen Inhalte des Kriterienkatalogs. Die inzwischen sehr umfangreiche und in Deutschland einzigartige Datenlage aus dem AltersTraumaRegister DGU sowie die darauf aufbauenden wissenschaftlichen Auswertungen und Publikationen liefern ebenfalls wertvolle Hinweise für die Entwicklung unserer AltersTraumaZentren DGU und die Umsetzung der Inhalte des Kriterienkatalogs. Mehr als zehn Jahre zertifizierte AltersTraumaZentren schließen darüber hinaus Entwicklungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und der Versorgungsstrukturen ein, die die tägliche Arbeit in unseren Kliniken unmittelbar beeinflussen und in der Weiterentwicklung des Kriterienkatalogs Berücksichtigung finden müssen.

Die letzte Revision des Kriterienkatalogs in der Version 1.3 stand insbesondere unter dem Eindruck des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx). Mit der Aufnahme der Richtlinieninhalte in den Kriterienkatalog Vers. 1.3 wollten wir proaktiv darauf einwirken, dass unsere AltersTraumaZentren erfolgreich zu einer Umsetzung der Richtlinie beitragen. Die Anwendung der Richtlinieninhalte sind für jeden Leistungserbringer verpflichtend, unabhängig von seinem Status auch als zertifiziertes AltersTraumaZentrum. Insofern werden die Richtlinieninhalte nun auch nicht mehr gesondert im Kriterienkatalog hervorgehoben.

Inkraftsetzung

Der hier vorliegende Kriterienkatalog mit Stand 01.10.2026 ist gültig ab dem 01.01.2027.

Anforderungen

1. Struktur

- Die besonders qualifizierte, interdisziplinäre Behandlung des Alterstraumas findet in einer klar strukturierten Zentrumsstruktur statt.
- Diese Zentrumsstruktur gewährleistet, dass alle relevanten Fachdisziplinen eng miteinander verzahnt sind und eine koordinierte, leitliniengerechte Behandlung sichergestellt wird.
- Im Mittelpunkt der Anforderungen an ein solches Zentrum stehen die interdisziplinären Inhalte, insbesondere die enge Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen sowie die gemeinsame Verantwortung für Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.
- Die Benennung als AltersTraumaZentrum DGU (ATZ) (nach erfolgreicher Zertifizierung) wird empfohlen, um die besondere fachliche Qualifikation und die Einhaltung definierter Qualitätsstandards nach außen sichtbar zu machen.
- Die Behandlung des Alterstraumas findet in Kooperation unfallchirurgischer und geriatrischer Fachkompetenz statt. Verschiedene Kooperationsmodelle sind möglich.

1.1. Mögliche Kooperationsmodelle:

1.1.1. ATZ an **einem** Standort:

- 1.1.1.1. Kooperation einer bettenführenden unfallchirurgischen und geriatrischen Fachabteilung
 - a) Idealerweise Versorgung der Patient:innen in einer interdisziplinären Behandlungseinheit
 - b) Räumliche Verlegung der Patient:innen im Behandlungsverlauf
- 1.1.1.2. eine unfallchirurgische Fachabteilung mit personeller Integration geriatrischer Kompetenz in die Strukturen der unfallchirurgischen Fachabteilung

1.1.2. ATZ über **mehrere Standorte/Verbundkooperation**:

- 1.1.2.1. Kooperation einer bettenführenden unfallchirurgischen und geriatrischen Fachabteilung an zwei unterschiedlichen Standorten (gemeinsame oder verschiedene Trägerschaft)
- 1.1.2.2. Verbundkooperation:
Mindestens drei Fachabteilungen bestehend aus unfallchirurgischer und geriatrischer Kooperation (gemeinsame oder verschiedene Trägerschaft)

1.2. Mitglieder und Geltungsbereich interdisziplinärer Zusammenarbeit

- 1.2.1. Das Leitungsgremium eines ATZ besteht mindestens aus folgenden Personen:
 - ein:e Vertreter:in der unfallchirurgischen Fachkompetenz
 - ein:e Vertreter:in der geriatrischen Fachkompetenz
 - Zentrumskoordinator:in
 - weitere Leitungsmitglieder sind möglich

- 1.2.2. Folgende verbindliche Regularien werden vom Leitungsgremium in einem Dokument (z.B. Geschäftsordnung, Kooperationsvereinbarung) festgehalten:
- Kompetenzen und Aufgaben der Leitung
 - Gleichberechtigte Zusammenarbeit der Leitungsmitglieder
 - Verpflichtung zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung inkl. der interdisziplinären Qualifizierung des Personals
 - Gemeinsam abgestimmtes Auftreten nach außen (auch bei Fortbildungsveranstaltungen)
- 1.2.3. Außerhalb des unfallchirurgisch-geriatrischen interdisziplinären Geltungsbereichs des ATZ müssen folgende Fachbereiche bei Bedarf zur Verfügung stehen:
- Innere Medizin
 - Anästhesie / Intensivmedizin
 - Radiologie
 - Notfallaufnahme gemäß G-BA-Anforderungen bzw. gemäß landesspezifischen Vorgaben
- 1.2.4. Folgende Maßnahmen müssen in das orthogeriatrische Co-Management integriert werden:
- 1.2.4.1. Einbindung Notaufnahme in ein orthogeriatrisches Behandlungskonzept
 - 1.2.4.2. Einbindung Physiotherapie (mit täglicher Verfügbarkeit auch sonn- und feiertags)
 - 1.2.4.3. Koordination des strukturierten Entlassungs- und Weiterbehandlungsmanagement unter alterstraumatologischen Gesichtspunkten

2. Unfallchirurgie

- 2.1. Der unfallchirurgische Kooperationspartner ist ein:e verantwortliche:r Ärzt:in mit folgender Facharztbezeichnung:
 - Orthopädie und Unfallchirurgie – Spezielle Unfallchirurgie
oder
 - Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie-> eine Vertretungsregelung mit gleicher Expertise muss existieren
- 2.2. Der unfallchirurgische Kooperationspartner ist ein:e verantwortliche:r Ärzt:in mit einer Ermächtigung zur Weiterbildung in folgenden Gebieten:
 - Orthopädie und Unfallchirurgie
und
 - spezielle Unfallchirurgie
- 2.3. Die unfallchirurgische Versorgung (operativ und konservativ) mindestens folgender Indikationsgruppen ist im Geltungsbereich eines ATZ für alle „geriatrischen“ Patient:innen (gemäß Screening, vgl. Kapitel 4.2) mit einem Alter ≥ 70 Jahre geregelt:
 - Frakturen des coxalen Femurs
 - Frakturen des proximalen Humerus
 - Wirbelkörperfrakturen
 - Periprothetische Frakturen
 - Beckenfrakturen
- 2.4. Die alterstraumatologischen Bezugspunkte und Modifikationen der unfallchirurgischen Behandlung dieser Indikationsgruppen sind in einer SOP beschrieben (z.B. alterstraumatologisch ausgerichtete Verfahrenswahl, physiotherapeutische Aspekte mit Maßgaben zur Belastbarkeit und (Früh-) Mobilisation).

3. Geriatrie

- 3.1. Der geriatrische Kooperationspartner ist ein:e verantwortliche:r Ärzt:in mit einer klinischen Gebietsanerkennung einer in den Landesärztekammern anerkannten Zusatzweiterbildung Geriatrie (mindestens 18-monatige absolvierte Weiterbildung)
 - Der:Die Geriater:in kann fest angestellt in die bettenführende unfallchirurgische Fachabteilung des ATZ integriert sein oder aus einer kooperierenden bettenführenden geriatrischen Fachabteilung auch eines Krankenhauses an einem anderen Standort, auch anderer Trägerschaft (auch außerhalb des Geltungsbereichs des ATZ) delegiert sein. Persönliche Visiten durch den:die Geriater:in am Patientenbett müssen sichergestellt sein.
- 3.2. Die Geriatrie verfügt über mindestens eine Fachpflegekraft Geriatrie, welche eine examinierte Pflegekraft mit einer strukturierten curricularen geriatriespezifischen Zusatzqualifizierung darstellt.
- 3.3. Geriatriische Fachkompetenz muss täglich für die Patient:innen zur Verfügung stehen. Vertretungen im Falle von Krankheit, Urlaub oder sonstigen Ausfällen sind zu gewährleisten und zu regeln.
- 3.4. Höchste Priorität hat die frühestmögliche Integration (früh-) rehabilitativer Aspekte bei der Behandlung des alten unfallverletzten Menschen. Vorzugsweise sollte bei entsprechender Indikation eine weitere geriatrische (früh)rehabilitative Behandlung eingeleitet werden.

4. Interdisziplinäre Kooperation

4.1. Für den geriatrischen Notfall (durch das Zentrum zu definieren) steht 24/7 geriatrische Fachkompetenz (auch telefonisch / telemedizinisch) zur Verfügung.

4.2. Screeninginstrumente

- 4.2.1. Die Erstidentifikation geriatrischer Patient:innen erfolgt im Rahmen der Aufnahme und in jedem Fall präoperativ mit einem geeigneten geriatrischen Screeninginstrument (z.B. ISAR) *und ist zu dokumentieren.*
- 4.2.2. Das Screening zur Detektion der geriatrische:n Patient:innen wird ergänzt durch die Erhebung eines Frailty-Scores (geeignet z.B.: CFS).
- 4.2.3. Ebenso erhält jede:r ATZ-Patient:in noch präoperativ ein Screening zur Delirgefährdung (z.B. NU-DESC, DOSS).
- 4.2.4. Die Ergebnisse dieser Screenings/Scores gehen in die perioperative Risikostratifizierung und das perioperative Risikomanagement der alterstraumatologische:n Patient:innen ein.

4.3. Geriatrische Evaluation

- 4.3.1. Die geriatrische Evaluation der alterstraumatologischen Patient:innen durch eine:n Fachärzt:in mit geriatrischer Fachkompetenz findet innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme statt. Diese berücksichtigt mindestens die Dimensionen:
 - Polypharmazie
 - Schmerz
 - Mangelernährung
 - Delir
- 4.3.2. Das Ergebnis ist zu dokumentieren.

4.4. Visite

4.4.1. **Vor Verlegung:**

Eine geriatrische Visite am Krankenbett in der unfallchirurgischen Behandlungseinheit / auf der interdisziplinären alterstraumatologischen Station findet regelhaft 2-mal in der Woche statt und ist in der Krankenakte zu dokumentieren. Die geriatrische Visite dient dabei auch der Reevaluation der alterstraumatologische:n Patient:innen.

4.4.2. **Nach Verlegung:**

4.4.2.1. ATZ mit **einem** Standort:

- Mit Verlegung der alterstraumatologische:n Patient:innen in eine bettenführende geriatrische Fachabteilung erhalten diese für 2 Wochen postoperativ ebenfalls 2-mal in der Woche eine unfallchirurgische Visite am Krankenbett.
- Anschließend findet nur noch bei besonderem Bedarf und/oder auf Anforderung des:der Geriater:in eine unfallchirurgische Visite statt.

4.4.2.2. ATZ über **mehrere Standorte/Verbundkooperation:**

- Die Verlegung erfolgt typischerweise zeitversetzt.
- Hier erhalten die alterstraumatologischen Patient:innen nach Verlegung in eine bettenführende geriatrische Fachabteilung an einen anderen Standort mindestens 1-mal in der Woche eine unfallchirurgische Visite am Krankenbett.
- Unfallchirurgische Expertise muss 24/7 zur Verfügung stehen (auch telefonisch / telemedizinisch möglich). Ein Notfallmanagement muss schriftlich vorgehalten werden.

4.5. Teamkonferenz

Ziel ist, dass jede:r Patient:in 1-mal wöchentlich interdisziplinär und multiprofessionell besprochen wird.

4.5.1. ATZ mit **einem** Standort:

- Jeder: Patient:in wird in eine wöchentlich stattfindende interdisziplinäre, multiprofessionelle (ggf. digitale) Teamkonferenz aufgenommen.
- Diese Teamkonferenz kann ggf. mit einer interdisziplinären und multiprofessionellen Visite kombiniert werden.
- An der Teamkonferenz nehmen regelhaft teil:
 - Unfallchirurg:in
 - Geriater:in
 - Physiotherapie
 - Pflegefachkraft
 - bei Bedarf: Entlassmanagement/Sozialdienst
- Diese Besprechung umfasst mindestens die Evaluation der Medikation (Polypharmazie), Kontrolle der Laborbefunde, Stand der Mobilisation und Besonderheiten.
- Bei der ersten Besprechung einer jeden Patientin/eines jeden Patienten wird zusätzlich die häusliche Versorgung und der Entlassplan mit eventueller Übernahme besprochen.
- Die Inhalte der Besprechung sind zu dokumentieren.

4.5.2. ATZ über **mehrere Standorte/Verbundkooperation:**

- Bei diesen ATZs ersetzt die interdisziplinäre, multiprofessionelle Visite die Teamkonferenz.
- Alle Kriterien einer Visite müssen hierbei vollumfänglich erfüllt werden.
- An dieser Visite nehmen teil:
 - Unfallchirurg:in
 - Geriater:in
 - Physiotherapie
 - Pflegefachkraft
- Diese Visite umfasst mindestens die Evaluation der Medikation (Polypharmazie), Kontrolle der Laborbefunde, Stand der Mobilisation und Besonderheiten.
- Bei der ersten Visite einer jeden Patientin/eines jeden Patienten wird zusätzlich die häusliche Versorgung und der Entlassplan mit eventueller Übernahme besprochen.
- Die Ergebnisse sind in der Patientenakte zu dokumentieren.

- 4.6. Für jede:n Patient:in ist die Indikation zur Durchführung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung zu überprüfen und bei gegebener Indikation zu veranlassen. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren.
- 4.7. Physiotherapeutische Maßnahmen erfolgen zur (postoperativen) frühzeitigen Mobilisation. Diese erfolgt mindestens bis auf die Bettkante oder in den Stand, falls möglich.
- 4.8. Folgende Maßnahmen sind zwingend in SOP zu regeln und müssen über mehrere Standorte interdisziplinär beschlossen werden:
- Prophylaxe, Diagnostik und Therapie des Delirs
 - Diagnostik und einleitende Therapie von Ernährungsdefiziten
 - Diagnostik und Therapie der Osteoporose
- Dieser sind besondere Beachtung zu schenken und folgen der aktuellen DVO-Leitlinie. Alterstraumatologische Gesichtspunkte sind dabei insbesondere zu beachten. Die entsprechende Entscheidungsfindung entlang der hinterlegten SOP muss nachvollziehbar dokumentiert sein.
- 4.9. Die schmerztherapeutischen Maßnahmen basieren auf interdisziplinär unfallchirurgischer, geriatrischer und anästhesiologischer Fachkompetenz. Auf eine entsprechende differenzierte und zugleich standardisierte Schmerztherapie (alterstraumatologisch adaptiertes Schmerzkonzent) wird an jeder Stelle des interdisziplinären Behandlungsprozesses zurückgegriffen.

5. Qualitätsmanagement

5.1. Managementsystem:

- Das ATZ muss ein Managementsystem aufbauen, dokumentieren, verwirklichen, aufrechterhalten und dessen Wirksamkeit ständig verbessern.

5.2. Handbuch:

- Die Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind in einem Handbuch zu dokumentieren.
- Das Handbuch kann ein eigenständiges Handbuch oder Teil eines Handbuchs des Krankenhauses bzw. der Klinik sein.
- Die Dokumente des Handbuchs sind gelenkt und werden regelmäßig, jedoch mindestens einmal innerhalb eines Zertifizierungszyklus, einer Revision unterzogen.

5.3. Qualitätspolitik, Qualitätsziele und Pflichtdokumente:

- Das ATZ verfügt über eine dokumentierte Qualitätspolitik (Leitbild, Philosophie), Qualitätsziele sowie die in diesem Kriterienkatalog festgelegten Pflichtdokumente.
- Es ist sichergestellt, dass die speziellen Anforderungen alterstraumatologischer Patient:innen ermittelt und erfüllt werden.
- Jedes ATZ verfügt über eine:n Zentrumskoordinator:in, 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.
- 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 ATZ jederzeit nachweisen und die Wirksamkeit der Umsetzung von Maßnahmen wird dokumentiert.

5.4. Ein interdisziplinärer und interprofessioneller Fort- und Weiterbildungsplan stellt in dokumentierter Art und Weise die Maßnahmen dar, die ergriffen werden, um die alterstraumatologische Kompetenz der Mitarbeitenden zu erhalten und zu steigern.

5.5. Ein ATZ wendet die nationalen Expertenstandards durchgängig an.

5.6. Ein ATZ erhebt Kennzahlen sowohl aus dem unfallchirurgischen als auch dem geriatrischen Behandlungsarm, die die Entwicklung des ATZ in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung widerspiegeln.

5.7. Das ATZ verpflichtet sich zur Teilnahme am AltersTraumaRegister mit einer mindestens 80%-igen Dokumentationsquote.