

---

# Auditcheckliste

## atz - Alterstraumatologisches Zentrum

- beruhend auf Anforderungskatalog Version 1.1, Juni 2014 -



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

Getragen von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) sowie dem Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie)



BUNDESVERBAND  
GERIATRIE



Deutsche Gesellschaft  
für Geriatrie e.V.



[www.Alterstraumazentrum.de](http://www.Alterstraumazentrum.de)

Kontaktanschrift: Bundesverband Geriatrie  
Reinickendorfer Straße 61  
13347 Berlin

---

## Die wichtigsten Verfahrenseckpunkte im Überblick:

1. Die Zertifizierung eines Alterstraumatologischen Zentrums erfordert ein Grundzertifikat (ISO 9001, KTQ oder EFQM), auf welches das Zertifikat „atz - Alterstraumatologisches Zentrum“ als Add-On aufsetzt.

Bei der Erstzertifizierung des Alterstraumatologischen Zentrums wird eine 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 „atz - Alterstraumatologisches Zentrum“ ist strukturell und sprachlich an der ISO 9001 ausgerichtet. Dies sorgt für eine gute Einbindung in die bestehenden QM- und QS-Systeme sowie für 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. Re-Zertifizierungspflicht besteht nach drei Jahren.
6. Das Zertifizierungsverfahren ist kostenpflichtig.



**Inhaltsverzeichnis**

---

1. ATZ-Konzept (Handbuch) ..... 3

2. Qualitätsvoraussetzungen ..... 6

3. Personal ..... 6

4. Dienstleistungsrealisierung ..... 8

5. Verbesserung ..... 14

**Anhang**

- 1. Informationen zur ZERCUR GERIATRIE® (Basislehrgang und Fachweiterbildung Pflege)
- 2. Informationen zu Personalkennzahlen (Bundesverband Geriatrie)
- 3. Abkürzungsverzeichnis

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
<b>1. ATZ-Konzept (Handbuch)</b>					
1.	4.4.1	Definition der Kooperationspartner	Nennung der bettenführenden Chirurgie. Nennung der bettenführenden Geriatrie.		A I 1
2.	4.4.1	Standorte*	Ein Standort in unmittelbarer räumlicher Nähe. Um eine ausreichende Zusammenarbeit gewährleisten zu können, sollten getrennte Standorte in einem Fahrzeitradius von bis zu 30 Minuten liegen. Einrichtungsindividuelle Vereinbarungen im Rahmen der Sicherstellung von Ruf-/Bereitschaftsdienst sind ggf. zu berücksichtigen.		A I 2
3.	6.2	Darstellung der Kooperationsziele	Gemeinsame, messbare Ziele des atz sollten festgelegt sein.		A I 5 a
4.	5.1.1 4.4.2	Verpflichtung zur Einhaltung der Anforderung des AK	Schriftlich im QMH/Konzept.		A I 5 b
5.	8.1	GER: Pflegekonzept	Darstellung des Konzeptes zur aktivierend-therapeutischen Pflege.		A IV 5
6.	5.1.1 4.4.2	Sicherstellung des interdisziplinären Charakters	Detaillierte Darstellung der Organisation und der konkreten Realisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit.		A 1 5 c
7.	5.1.1	Zusammenarbeit mit weiteren Fachbereichen	Mindestens schriftliche Vereinbarung der Zusammenarbeit mit Anästhesie und Radiologie.		B I 1 a B I 1 b A I 5 e

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

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
8.	9.3 9.2	Verpflichtung zur kontinuierlichen Qualitätskontrolle	Mindestens jährliche Überprüfungen der Inhalte des AK durch interne Audits und eine Managementbewertung (spätestens im Rahmen der Re-Zertifizierung nachzuweisen). (s. a. Stichwort „Ergebnisreflexion“ s.15)		A I 5 f
9.	10	Verpflichtung zur Qualitätsverbesserung	Den Kooperationspartnern ist es überlassen, welche Qualitätssicherungsinstrumente sie nutzen, es müssen jedoch entsprechende Instrumente im Konzept niedergelegt sein und in der Praxis angewandt werden. Beispielhaft könnten Qualitätszirkel, die Auswertung und Umsetzung der Ergebnisse der jährlichen Selbstbewertung oder Rückmeldesysteme (Mitarbeiter-/Patientenbefragungen usw.) genutzt werden.		A I 5 f
10.	8.2.1	Gemeinsames Auftreten nach außen	Wenn PR-Konzepte, Flyer, Fortbildungsveranstaltungen etc. von Seiten des Alterstraumatologischen Zentrums vorhanden sind bzw. angeboten werden, dann muss sichergestellt sein, dass die beteiligten Fachbereiche der Geriatrie und Unfallchirurgie erkennbar sind (z. B. Benennung der Leitungen beider Fachbereiche).		A I 5 g

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
11.	7.2	<p>Kompetenz Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung</p> <p>Gemeinsames Fortbildungskonzept inkl. interdisziplinäre Personalqualifizierung</p>	<p>Die Kooperationspartner stellen sicher, dass für Personen, die unter ihrer Aufsicht Tätigkeiten verrichten, welche die Leistung des atz beeinflussen, die erforderliche Kompetenz bestimmt wird. Sie stellen sicher, dass die Mitarbeiter auf Grundlage angemessener Ausbildung, Schulung oder Erfahrung kompetent sind und leiten, wo zutreffend, Maßnahmen ein, um die benötigte Kompetenz zu erwerben, und die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen zu bewerten.</p> <p>Regelmäßige Teilnahme des eingesetzten Personals; inhaltliche Schwerpunkte auf Besonderheiten der Zusammenarbeit von Unfallchirurgie und Geriatrie; Berücksichtigung berufsgruppenübergreifender Aspekte; abgestimmte Fort- und Weiterbildungskonzepte. Fort- und Weiterbildungsplan; regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sind für alle Mitglieder des therapeutischen Teams in einer schriftlichen Planung niedergelegt.</p>		<p>B I 8 A I 5 h</p>
12.		<p>ggf. Hinweis auf Regelung zur Verrechnung von Aufwand und Erlös</p>	<p>Liegt ggf. eine Abrechnungsvereinbarung zwischen GER und UCH (z.B. auf Trägerebene in Kooperationsvereinbarung oder einrichtungsinterne Verrechnung) vor?</p>		<p>A I 5 i</p>

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
<b>2. Qualitätsvoraussetzungen</b>					
1.		<b>UCH</b> QM-System	QM-Zertifizierung der Einrichtung oder der Abteilung. Nachweis spätestens bis zur ersten Re-Zertifizierung. Nachweis der fachspezifischen Versorgungsqualität durch spezifisches internes QM-System .		A I 7 a A I 7 b
2.		<b>Geriatric</b> QM-System	QM-Zertifizierung der Einrichtung oder der Abteilung. Nachweis spätestens bis zur ersten Re-Zertifizierung. Nachweis der fachspezifischen Versorgungsqualität durch spezifisches internes QM-System .		A I 7 c A I 7 d
<b>3. Personal</b>					
1.	5.1.	Leitung atz	Mind. je ein Vertreter beider Versorgungseinheiten. Schriftliche Festlegungen zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgaben der Leitung</li> <li>• Gleichberechtigte Zusammenarbeit der Leistungsmitglieder</li> <li>• Zusammenarbeit mit weiteren Fachbereichen der beteiligten Einrichtungen</li> <li>• Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern</li> </ul>		A II 2 A II 3
2.	7.1.2	Qualifikation ÄL Unfallchirurgie	FA Orthopädie und Unfallchirurgie - Spezielle Unfallchirurgie (FA für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie). Weiterbildungsbefugnis im Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie sowie spezielle Unfallchirurgie		A III 1 A III 2

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
3.	7.1.2	Qualifikation ÄL Geriatrie	<p>Facharzt Innere Medizin/Geriatrie oder zusätzlich zu einer Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin die Bezeichnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schwerpunktbezeichnung Geriatrie</li> <li>– Zusatz-WB Geriatrie</li> <li>– Fakultative WB klinische Geriatrie</li> </ul> <p>Volle Weiterbildungsbefugnis für Zusatzbezeichnung /Schwerpunkt Geriatrie (eingeschränkte WB kann in Einzelfällen anerkannt werden). Die volle Weiterbildungsbefugnis muss von der ärztlichen Leitung der GER sichergestellt werden, d. h. der Gesamtumfang – ggf. anteilig durch mehrere Personen – der vorhandenen Weiterbildungsbefugnis muss der vollen Weiterbildungsbefugnis entsprechen.</p>		A IV 1
					A IV 2
4.	7.1.2	Personalmanagement	<p>Sicherstellung durch schriftliche Festlegungen zum Personalbedarf. Ein Konzept zur Personalbedarfsermittlung muss nachgewiesen werden. Dieses sollte die Personalanhaltszahlen des Bundesverbands Geriatrie berücksichtigen.</p> <p>Vor Ort sind die Stellenpläne zur Einschätzung der Relation Personal/belegte Betten (Geriatrie) und Personal/Fallzahl (UCH) einzusehen.</p>		B I 6
5.	7.1.2 7.2	Einarbeitung	Nachweisliche qualifizierte Einarbeitung zu Beginn der Tätigkeit im atz.		B I 7



Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
<b>4. Dienstleistungsrealisierung</b>					
1.	8.2	<b>UCH</b> schriftliche Behandlungs- vorgaben (SOPs, VA's, Beh.pfade o. ä.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frakturen des coxalen Femur</li> <li>• Frakturen des proximalen Humerus</li> <li>• Wirbelkörperfrakturen</li> <li>• periprothetische Frakturen</li> <li>• Beckenfrakturen</li> </ul>		AIII 3a AIII 3b AIII 3c AIII 3c AIII 3d AIII 3e A III 4 B II 1
2.	8.2	Wahl der operativen Versorgung	Berücksichtigung des Aspekts der frühestmöglichen Mobilisation mit geringstmöglicher Belastungseinschränkung.		B II 4
3.	8.5		Behandlung nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften.		A III 5

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
4.	7.1.2 7.2	<b>Geriatric</b>	<p>Erfüllung struktureller Voraussetzungen für komplexe geriatrische Behandlung</p> <p><u>1. Voraussetzungen für GFK:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FA mit Zusatzweiterbildung/ Schwerpunkt Geriatric</li> <li>• geriatric Team</li> <li>• Aufnahme-/Entlassment</li> <li>• Akt.-ther. Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal</li> <li>• mind. 1 Pflegefachkraft mit geriatricspezifischer Zusatzqualifikation (180-Std.; z. B. Zercur Geriatric FWB Pflege)</li> </ul> <p><u>2. Voraussetzungen für geriatric Rehabilitation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorlage Ergebnisbericht/ Qualitätssynopse QS-Reha-Verfahren</li> </ul> <p><u>3. Strukturelle Voraussetzungen:</u></p> <p>Erfüllt durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorliegen Qualitätssiegel Geriatric</li> <li>• Mitgliedschaft BV Geriatric</li> </ul> <p>Wenn nicht erfüllt, dann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang in die geriatric Versorgungseinheit ist mind. rollstuhlgeeignet</li> <li>• Verkehrsfläche der geriatric Versorgungseinheit ist so dimensioniert, dass diese dem hohen Anteil an Rollstuhlfahren und dem hohen Einsatz von Rollatoren gerecht wird</li> <li>• Bei getrennten Standorten ist die Struktur der geriatric Versorgungseinheit ggü. die anderen Strukturen der Einrichtung abgrenzbar</li> <li>• Bettzahl ist ausreichend zur Bildung eines eigenständigen Teams (i. d. R. 20 Betten)</li> </ul>		A IV 4

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrisches Team steht auch bzgl. der therapeutischen Berufe unter fachlicher Leitung sowie bedarfsgerechter Organisation der ärztlichen Leitung</li> <li>• Raum für Teambesprechungen vorhanden</li> <li>• Zusätzlicher Abstellraum für Hilfsmittel vorhanden</li> <li>• Der geriatrischen Versorgungseinheit zugeordnete Therapieräume sind vorhanden</li> <li>• Betten sind höhenverstellbar, rollbar, mit leicht montier- und absenkbaaren Bettgittern</li> <li>• Duschen/Bäder/patientengebundene Räume sind rollstuhlgeeignet</li> <li>• Tische und Stühle sind stabil und kippsicher</li> <li>• Nasszellen/WC verfügen über rutschhemmenden Bodenbelag, in den Boden eingelassenen Duschabfluss, Duschsitz - zugänglich von mind. zwei Seiten, Toiletten mit Haltegriffen</li> </ul>		
5.	8.5		Nachweis frühestmöglicher Integration (früh-)rehabilitativer Aspekte		A IV 3
6.	8.5		Behandlung nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften.		A IV 7

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
7.	8.5	Patienten-screening Zuordnung zum atz	<p>Geriatrisches Screening bei Aufnahme (spät. am ersten post-op. Tag); Screening nach Konsensusvorschlag der Fachgesellschaften; im Einzelfall anderes Instrument.</p> <p>Von den vorhandenen Screening-Instrumenten ist das Instrument ISAR (‘Identification of Seniors at Risk’) am besten evaluiert und scheint für die Anwendung in Deutschland geeignet. Es wird die Adaptation des ISAR-Instruments sowie dessen Anwendung dort empfohlen, wo nicht bereits andere Instrumente angewendet werden oder eine direkte Beurteilung über einen Geriater erfolgt.</p>		B II 2
8.	8.5	Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit	<p>Nachweis der Sicherstellung der kurzfristigen Verfügbarkeit der ärztl. Vertreter beider Fachrichtungen innerhalb von 2 Werktagen, innerhalb der jeweiligen Regelarbeitszeit.</p> <p>Bei Notfällen jederzeit. Dies ist separat im Rahmen eines Notfallkonzepts zu regeln.</p> <p>Mind. 2x/Woche pers. Anwesenheit des Geriaters in der Unfallchirurgie und des Unfallchirurgen in der Geriatrie.</p> <p>Notfallkonzept mit geriatric- und unfallchirurgischen Spezifikationen.</p>		<p>B I 3</p> <p>B I 4</p> <p>B I 5</p>
9.	7.4	Interdisziplinäre Teamkonferenzen (mind. 1x/Woche)	<p>Dokumentierter Nachweis der Durchführung und TN der geforderten Berufsgruppen (mind. je 1 Unfallchirurg, 1 Geriater, Pflege, KG/Physio., Sozialdienst).</p>		B II 10
10.	8.5	Behandlungsabläufe	<p>Planung der geriatrischen (früh-)rehabilitativen Behandlung - frühestmöglich perioperativ unfallchirurgisch-geriatriisch kooperativ.</p>		B II 8

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
11.	8.5	schriftliche Behandlungsvorgaben (SOPs, VA's o. ä.)	Definition der interdisz. Behandlung an den Schnittstellen zwischen den Fachbereichen sowie weiteren an der Versorgung Beteiligten.		B II 1 A IV 6
12.	8.5	Übernahme	Festlegung Übergang Behandlungsleitung an Geriatrie bei Verlegung in die Geriatrie oder Beginn der geriatrischen frühreha. Behandlung.		B II 9
13.	8.5		Einbindung Notaufnahme		B II 3a
14.	8.5		Einbindung Physiotherapie/Physikalische Therapie		B II 3b
15.	8.5		Einbindung Ergotherapie		B II 3c
16.	8.5		Einbindung Logopädie		B II 3d
17.	8.5		Einbindung (Neuro-)Psychologie		B II 3e
18.	8.5		Koordination der Hilfsmittelversorgung		B II 3f
19.	8.5		Koordination des strukturierten Entlassungsmanagements. Die Koordination der Hilfsmittelversorgung und die Koordination des strukturierten Entlassungs- und Weiterbehandlungsmanagements können einrichtungsabhängig unterschiedlich ausgestaltet sein. Bspw. können diese Aufgaben dem Sozialdienst übertragen sein.		B II 3g B II 11
20.	8.5		Spezielles Konzept Schmerztherapie und dessen Umsetzung.		B II 5
21.	8.5		Screening Delirrisiko bei Aufnahme, ggf. Diagnostik und Therapie	B II 6a	
22.	8.5		Screening Sturzrisiko bei Aufnahme, ggf. Diagnostik und Therapie	B II 6b	
23.	8.5		Screening Ernährungsstörung bei Aufnahme, ggf. Diagnostik und Therapie	B II 6c	

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
24.	8.5		Osteoporosediagnostik und ggf.medikamentöse Therapie		B II 6d
25.	8.5		Screening Dekubitusrisiko bei Aufnahme, ggf. Diagnostik und Therapie		B II 6e
26.	8.5		Diff. physiotherapeutische Maßnahmen (Frühmobilisation); bei Bedarf weitere Therapieangebote inkl. Bereitstellung von Hilfsmitteln.		B II 6f
27.	8.5		Sicherstellung der therapeutischen Aktivierung bereits in der frühen postoperativen Phase.		B II 7
28.	8.5	Entlassung	Schriftliche Vorgaben für ein kontinuierliches Entlassungsmanagement inkl. Hilfsmittelerprobung auf Basis des bei Aufnahme erhobenen Sozialassessments.		B II 11 B II 3g
29.	8.5		Vorhandensein relevanter Informationen am E-Tag (z. B. Entlassungsmedikation).		B II 12j
30.	8.5		Vorläufiger E-Brief am E-Tag; ausführlicher E-Bericht spätestens 10 Tage nach Entlassung.		B II 12k
31.		Kooperation Fortbildung	Fortbildungsangebote für Einweiser, Weiterbehandler und Institutionen.		B I 9
32.	8.5	Dokumentation	Beurteilung erfolgt anhand einer Aktenstichprobe in einem Umfang von mind. 2 Fällen über beide Fachbereiche.		
33.	8.5	Verlaufsdokumentation	Initiale Verletzungsdiagnose mit Fraktur- und WT-Klassifikation.		BII12a
34.	8.5		Unfallchirurgische Therapie		BII12b
35.	8.5		Risikoprofile und Nebendiagnosen		BII 12c
36.	8.5		Komplikationen und deren Behandlung		BII12d

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
37.	8.5		Beginn geriatrischer Behandlung mit Assessmentdaten.		B II 12e
38.	8.5		Dokumentation spezieller Risikobereiche (Schmerz, Delir, Sturz, Osteoporose, Dekubitus, Ernährung) und weiterer Probleme (Angst, Depression).		B II 12f
39.	8.5		Geplanter und erzielter Status der Reintegration, Klärung des weiteren Rehabedarfs.		BII 12g
40.	8.5		Entlassungsmodus und -ort		B II 12h
41.	8.5		Einbeziehung ambulanter Dienste.		BII 12 i
42.	8.5		Erfassung und Dokumentation geeigneter Outcome-Parameter. Sobald das Alterstraumaregister durch die Verfahrensträger implementiert wurde, sind die darin definierten Outcomeparameter zu erfassen. Bis dahin erfolgt eine einrichtungsindividuelle Dokumentation.		B II 12 l
<b>5. Verbesserung</b>					
1.	10.1	Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen	<p>Nachweis der Umsetzung durch internes QM-System oder separat. Die "Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie" des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) werden umgesetzt. Diese umfassen vier Stufen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aufklärung und Identifikation des Patienten</li> <li>2. Markierung des Eingriffsortes</li> <li>3. Identifikation des richtigen Patienten für den richtigen OP-Saal</li> <li>4. "Team-time-out"</li> </ol>		A I 7 b

Nr.	ISO	Stichwort	Erläuterung	Ergebnisse/Feststellung	AK
2.	10.1	Maßnahmen zur Vermeidung von Seitenverwechslungen	Nachweis der Umsetzung durch internes QM-System oder separat.		A I 7 b
3.	10.1	Hygienemaßnahmen/Konzept insb. MRSA	Nachweis der Umsetzung durch internes QM-System oder separat.		A I 7 b
4.	10.1	TN externe Qualitätssicherung	Es werden alle Maßnahmen als externe Qualitätssicherung anerkannt, die einrichtungsübergreifend durchgeführt werden und einen Vergleich gleichartiger Leistungen verschiedener Institutionen ermöglichen. Das Hauptziel externer Qualitätssicherung ist es, die medizinische, pflegerische bzw. therapeutische Leistung der Einrichtung vergleichbar zu machen. Die Teilnahme an einem System ist dabei ausreichend. Beispielhaft können benannt werden: QS-Reha, Gemidas Pro, GibDat, Kodas, Eva-Reha.		C 1
5.	10.1	<i>Datenweitergabe an atz-Register</i>	<i>Das Alterstraumaregister befindet sich im Aufbau.</i>		C 2
6.	10.1	Qualitätszirkel	QZ ist etabliert und findet unter Einbindung aller Beteiligten des atz regelmäßig statt.		C 4
7.	10.1	M&M-Konferenzen	Nachweislich dokumentiert; Nachweis durch Vorlage der Teilnehmerliste.		C 4
8.	9.3	Ergebnisreflexion	Jährliche interne Diskussion bzw. Reflexion der erzielten Ergebnisse (ggf. im Rahmen des Managementreviews); schriftlicher Nachweis der erfolgten Reflexion.		C 5



## Anhang

### **1. ZERCUR GERIATRIE®**

Seit 2005 hat der Bundesverband Geriatrie e. V. die Fort- und Weiterbildungsqualifizierung ZERCUR GERIATRIE® konzipiert. Dieses zertifizierte Curriculum Geriatrie gliedert sich wie folgt:

#### **ZERCUR GERIATRIE® - Basislehrgang**

Die Sicherung und Förderung der Qualität in der Versorgung der Patienten ist heute zu einem zentralen Element in der Gesundheitsversorgung geworden. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Qualifikation des Personals.

Aus diesem Grund hat der Bundesverband Geriatrie 2005 begonnen, eine zertifizierte Fortbildung für alle Mitglieder des therapeutischen Teams zu entwickeln.

Zielgruppe der Weiterbildung sind alle Mitglieder des therapeutischen Teams (Ärzte, Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Masseur, [Neuro-] Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Dipl.-Gerontologen).

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem therapeutischen Team stellt die Arbeit im Bereich der Geriatrie ganz besondere Anforderungen. Anforderungen, die in der Ausbildung bzw. beim Einsatz in anderen Indikationsbereichen nicht immer vermittelt werden. Aus diesem Grund steht der Teamgedanke im Mittelpunkt des Lehrgangs. Die Perspektiven der einzelnen Professionen werden besser verstanden und die Teamarbeit kann besser gestaltet werden, was anschließend direkt der Qualität von Behandlung und Pflege zugute kommt. Mit diesem konsequenten interdisziplinären Teamansatz setzt Zercur Geriatrie ein wichtiges Zeichen und bildet so die speziellen Anforderungen an das Personal in der Geriatrie in besonderem Maße ab.

Da der Lehrgang vom Bundesverband zertifiziert wird, muss die Durchführung vor Ort inhaltlich, organisatorisch und insbesondere qualitativ den bundesweiten Vorgaben entsprechen. Dazu wird die konkrete Umsetzung des vorgegebenen Ausbildungsplans kontrolliert. Zudem muss die Qualifikation der jeweils eingesetzten Dozenten nachgewiesen werden.

Die Inhalte der Kurse unterliegen einem regelmäßigen Evaluierungsprozess. So wurde 2013 das Curriculum neu überarbeitet. Themen, die in der geriatrischen Behandlung an Bedeutung gewonnen haben, wurden ergänzt, andere Inhalte gekürzt oder auch ganz gestrichen. Die bis Ende 2013 vorgeschriebene „Abschlussprüfung“ in Form einer Fallbeispielbearbeitung nach Ablauf des Kurses wurde ersetzt. Ab Januar 2014 können die Kursanbieter wählen zwischen einer Gruppenpräsentation oder einer Klausur.

#### **ZERCUR GERIATRIE® - Fachweiterbildung Pflege**

Nachdem das zertifizierte Curriculum Geriatrie (Zercur Geriatrie) in den letzten Jahren zu einem festen Bestandteil der Fortbildung in der Geriatrie geworden ist, wurde mit der Fachweiterbildung Pflege eine Fortsetzung dieser Basisqualifizierung eingeführt. Die Fachweiterbildung Pflege wurde vom Bundesverband Geriatrie e.V. in Kooperation mit dem Evangelischen Diakonieverein Zehlendorf e.V. entwickelt und zertifiziert. Die Fachweiterbildung findet – im Unterschied zur Basisqualifizierung – in spezifischer Form für die einzelnen Professionen des therapeutischen Teams statt. Gestartet wurde das Projekt Anfang 2010 als Fachweiterbildung im Bereich Pflege, weitere Professionen sollen folgen.

Die Weiterqualifizierung gliedert sich in drei Ausbildungsbereiche – einen Pflichtbereich, einen Wahlpflichtbereich (Zercur-Aufbaumodule) sowie einen Wahlbereich. Aus diesen drei Ausbildungsbereichen sind Kurse mit einem Umfang von mind. 520 Stunden zu absolvieren.

Die theoretische Ausbildung wird ergänzt durch den klaren Bezug zu praktischen Tätigkeiten innerhalb der Geriatrie. Dies spiegelt sich bspw. darin wider, dass eine Anmeldung zur Zercur Geriatrie-Fachweiterbildung Pflege (Weiterqualifizierung) erst dann erfolgen kann, wenn mind. eine 6-monatige Berufspraxis in der Geriatrie erworben wurde. Zudem wird für die Teilnahme an der Fachweiterbildung Pflege die Erlaubnis zum Führen der staatlich anerkannten Berufsbezeichnungen Krankenschwester/-pflegerIn, Gesundheits- und KrankenpflegerIn bzw. AltenpflegerIn vorausgesetzt.

Im Rahmen der Zercur Geriatrie-Fachweiterbildung Pflege erhalten alle angemeldeten Teilnehmer der Fachweiterbildung mit Erreichen von 180 UE (ohne Anrechnung der Berufspraxis) eine entsprechende Bescheinigung, dass eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation von mind. 180 Stunden absolviert wurde. Hierbei ist es unerheblich, in welchen Bereichen (Pflicht-, Wahlpflicht-, Wahlbereich) die Zusatzqualifikation erbracht wurde.

## 2. Personalkennzahlen in der Geriatrie

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

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

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

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

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

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

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

	Hauswirtschaft)	
<b>Therapeuten</b> Physiotherapie mit Physikalischer Therapie/ Ergotherapie/ Logopädie/(Neuro-) Psychologie	„Minimal-Standard“ OPS 8-550 OPS 8-550 = Reha! keine berufsgruppenbezogene Differenzierung keine Anhaltszahlen für „Non 8-550- DRGs“	<b>1 : 4,4</b> <b>(alle Berufsgruppen müssen vertreten sein)</b> <b>TK entsprechend</b>
<b>Sozialdienst</b>	Orientierung an OPS 9 – 401.0/.2	<b>1 : 40</b> <b>TK entsprechend</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

versorgungspolitischen Ausrichtung besser gerecht zu werden.

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

### **3. Abkürzungsverzeichnis**

AK	Anforderungskatalog
GER	Geriatric
GFK	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
M&M- Konferenzen	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
SOP	Standard Operating Procedure
UCH	Unfallchirurgie
VA	Verfahrensanweisung
WB	Weiterbildung