



24.1.2007

Anlage 2B

Checkliste des Profils für ein Regionales Traumazentrum

Krankenhaus / Klinik:

Name der Abteilung:

Leiter der Abteilung:

Persönliche Zulassung zum Verletzten Artenverfahren (VAV)	ja	nein
Weiterbildungsbefugnis Spezielle Unfallchirurgie bzw. Schwerpunkt Unfallchirurgie	ja	nein
Facharzt (FA) für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzqualifikation Spezielle Unfallchirurgie bzw. FA Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie	ja	nein
Ständiger Vertreter Facharzt (FA) für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzqualifikation Spezielle Unfallchirurgie bzw. FA Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie	ja	nein

I. Personelle Anforderungen

I.1. Basisteam zur Schwerverletztenversorgung (Schockraum; 24 h Bereitschaft)

Facharzt (FA) für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie bzw. Facharzt Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie	ja	nein
--	----	------

Weiterbildungsassistent (WBA) Orthopädie/Unfallchirurgie oder Visceralchirurgie oder Allgemeine Chirurgie	ja	nein
---	----	------

FA oder WBA Radiologie	ja	nein
------------------------	----	------

FA Anästhesie bzw. Weiterbildungsassistent mit FA-Status	ja	nein
--	----	------

2 x Pflegekräfte Chirurgie	ja	nein
----------------------------	----	------

Pflegekraft Anästhesie	ja	nein
------------------------	----	------

MTRA	ja	nein
------	----	------

Transportdienst	ja	nein
-----------------	----	------

I.2. Hintergrunddienst (Anwesenheit in 20 – 30 Min.)

FA/Oberarzt (OA) Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie bzw. Facharzt Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie

ja	nein
----	------

FA/OA Visceralchirurgie oder Allgemeine Chirurgie (falls als FA nicht initial anwesend)

ja	nein
----	------

FA /OA Anästhesie (falls als FA nicht initial anwesend)

ja	nein
----	------

FA/OA Radiologie

ja	nein
----	------

2 x OP Pflegekräfte im Hintergrunddienst

ja	nein
----	------

Ständige Verfügbarkeit (in ca. 20-30 Min.) verletzungsrelevanter weiterer Fachabteilungen

Neurochirurgie oder Neurotraumatologischer Dienst

ja	nein
----	------

Gefäßchirurgie

ja	nein
----	------

Thoraxchirurgie*

ja	nein
----	------

MKG*

ja	nein
----	------

HNO*

ja	nein
----	------

Augenheilkunde*

ja	nein
----	------

Urologie*

ja	nein
----	------

Gynäkologie*

ja	nein
----	------

Plastische Chirurgie*

ja	nein
----	------

Kinderchirurgie*

ja	nein
----	------

Pädiatrie*

ja	nein
----	------

*fakultativ

Beteiligung an der präklinischen Notfallrettung

RTH

ja	nein
----	------

NAW

ja	nein
----	------

NEF

ja	nein
----	------

II. Räumliche und apparative Anforderungen

II.1. Räumliche Ausstattung der Notaufnahme und des Schockraums

24 h Bereitschaft einer chirurgischen Notaufnahme

ja	nein
----	------

räumliche, apparative und personelle Ausstattung entsprechend Verletztenartenverfahren der gesetzlichen Versicherungsträger

ja	nein
----	------

Schockraum mit:

Notfall-OP in der Nähe

ja	nein
----	------

CT in Schockraumnähe mit 24 h Verfügbarkeit (bzw. in Neuplanung berücksichtigt)

ja	nein
----	------

II.2. Operationsabteilung

Im Tagesbetrieb 2 OP-Säle sowie 1 Saal im Bereitschaftsdienst

ja	nein
----	------

II.3. Intensivstation

Dauerhafte Behandlung mindestens eines Schwerverletzten

ja	nein
----	------

II.4. Rehabilitation

Physiotherapeutische Einheit

ja	nein
----	------

Ergotherapie

ja	nein
----	------

II.5. Apparative Ausstattung Schockraum und OP

Blutbank

ja	nein
----	------

Mikrobiologie

ja	nein
----	------

Atemwegssicherung/Beatmung

ja	nein
----	------

Pulsoxymetrie, Absaugung

ja	nein
----	------

EKG Monitor

ja	nein
----	------

Defibrillator

ja	nein
----	------

Invasive Druckmessung

ja	nein
----	------

Not-OP-Sets:

Laparotomie

ja	nein
----	------

Ext. Beckenstabilisierung

ja	nein
----	------

Fixateur externe

--	--

Kraniotomie

ja	nein
----	------

Tracheotomie

ja	nein
----	------

Thorakotomie

ja	nein
----	------

Thoraxdrainage

ja	nein
----	------

Endoskopie

ja	nein
----	------

Notfallmedikamente

ja	nein
----	------

Bildgebung:

Sonographie

ja	nein
----	------

Doppler

ja	nein
----	------

Röntgen konventionell

ja	nein
----	------

CT

ja	nein
----	------

Angiographie

ja	nein
----	------

Bildverstärker

ja	nein
----	------

MRT

ja	nein
----	------

Temperiersystem:

für Patienten

ja	nein
----	------

für Infusionen und Blut

ja	nein
----	------

Vergrößerungshilfen:

OP Mikroskop

ja	nein
----	------

Cell-Saver / Retransfusionssysteme

ja	nein
----	------

II.6. Hubschrauberlandeplatz

Hubschrauberlandeplatz
(- 24h*)
- Tagesbetrieb

ja	nein
ja	nein

III Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Teilnahme Traumaregister DGU seit:

Teilnahme ATLS Kurs oder ähnlichen zertifizierten Maßnahmen

ja	nein
----	------

Zahl der Mitarbeiter mit ATLS Kurs o.ä.

Klinische Forschung; Teilnahme an Studien

ja	nein
----	------

MUSTER

BEISPIEL

MUSTER