



Anlage 2C

Checkliste des Profils für ein Überregionales Traumazentrum

Krankenhaus / Klinik:

Name der Abteilung:

Leiter der Abteilung:

Persönliche Zulassung zum Verletzten Artenverfahren (VAV)
Habilitation
Volle Weiterbildungsbefugnis Spezielle Unfallchirurgie bzw. SP Unfallchirurgie
Facharzt (FA) für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzqualifikation Spezielle
Unfallchirurgie bzw. FA Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
Ständiger Vertreter Facharzt (FA) für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatz-
qualifikation Spezielle Unfallchirurgie bzw. FA Chirurgie mit Schwerpunkt Un-
fallchirurgie

ja	nein
ja	nein
ja	nein
ja	nein
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 für Anästhesie

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

FA für Radiologie

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

FA für Neurochirurgie

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.)

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

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

OA Visceralchirurgie

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

OA Anästhesiologie

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

OA Neurochirurgie

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

OA Radiologie

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

2 x OP Pflegekräfte im Hintergrunddienst

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

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

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 oder 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
----	------

ausgewiesener Schockraum für Schwerverletzte mit einem Raumbedarf von 50m²

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

Möglichkeit zur simultanen Versorgung von 2 Schwerverletzten

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 3 OP-Säle sowie 2 Säle im Bereitschaftsdienst

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

II.3. Intensivstation

Dauerhafte Behandlung mindestens 2 Schwerverletzten

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

II.4. Rehabilitation

Physiotherapeutische Einheit

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

Ergotherapie

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

II.5. Apparative Ausstattung Notaufnahme / (Not-)Operationssaal

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
----	------

Cell-Saver / Retransfusionssyst.

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

II.6. Hubschrauberlandeplatz

Hubschrauberlandeplatz für 24h

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