

DGUV · Landesverband Nordwest · Postfach 3740 · 30037 Hannover

An die
Damen und Herren
Durchgangsarzte

Ihr Zeichen
Ihre Nachricht vom
Unser Zeichen 411.33/099; 411.36 - LV2 ·
(bitte stets angeben)
Ansprechpartner/in Herr Ideker
Telefon 0511 987-2233

Datum 19.12.2012

Rundschreiben Nr. D 14/2012

Dok.: 411.32/009; 411.36

Neuordnung der stationären Heilverfahren ab 01.01.2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. hat eine Neuordnung der stationären Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung beschlossen. Die Neuordnung sieht vor, dass die akutstationären Heilverfahren in Zukunft dreistufig gegliedert werden. Neben der **durchgangsarztlichen Versorgung an Krankenhäusern (stationäres Durchgangsarztverfahren - DAV)** und dem **Verletzungsartenverfahren (VAV)** wird als neues Verfahren zur Versorgung von Schwerst- und Komplexfällen das **Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)** eingeführt. Gleichzeitig wurde das **Verletzungsartenverzeichnis** einschließlich Erläuterungen neu gefasst und nach Verletzungen für das VAV und SAV untergliedert.

Die neuen Anforderungen zur Beteiligung von Krankenhäusern an den - künftig drei - stationären Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung formulieren die Voraussetzungen der akutstationären Versorgung von Arbeitsunfallverletzungen in den verschiedenen Versorgungsstufen. Die Regelungen einschließlich des Verletzungsartenverzeichnisses werden zum 1. Januar 2013 in Kraft treten und im Rahmen von Übergangsregelungen (s. unten) sukzessive von den Landesverbänden der DGUV umgesetzt. **Die Strukturen für das neue SAV werden im Verlauf des Jahres 2013 aufgebaut, so dass dieses Verfahren und die damit verbundenen Verlegungen von Unfallverletzten erst ab 01.01.2014 Gültigkeit haben wird.**

Die Anforderungen lehnen sich in weiten Teilen an den Vorgaben und Qualitätsanforderungen des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und dem ebenfalls dreistufigen Traumanetzwerk an. Dies betrifft insbesondere die Anforderungen an die fachärztlichen Kompetenzen und Verfügbarkeiten sowie zu den Ausstattungsmerkmalen in der Notaufnahme, im OP-Bereich und in der Intensivstation. Mit Blick auf die Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung und die

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Spitzenverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften und der
Unfallversicherungsträger der öffent-
lichen Hand

Landesverband Nordwest

Hildesheimer Str. 309

30519 Hannover

Telefon 0511 987-2277

Fax 0511 987-2266

E-Mail lv-nordwest@dguv.de

Internet www.dguv.de/landesverbaende

Servicezeiten:

Mo. - Do. 08:00 - 17:00 Uhr

Fr. 08:00 - 15:00 Uhr

SEB Bank

Konto 1 014 846 000

BLZ 380 101 11

IK 120391515

Versorgungsaufträge in den jeweiligen Versorgungsstufen wurden einige Modifikationen und Erweiterungen vorgenommen.

Grundsätzliches

Die **akutstationäre Behandlung** umfasst im **stationären Durchgangsarztverfahren (DAV)** alle stationären Behandlungen, die aufgrund von Art und Schwere der Unfallverletzung (so weit diese nicht dem Verletzungsartenverzeichnis zuzuordnen ist- s. Anlage 4), notwendig sind, um diese möglichst zeitnah zu beseitigen, zu bessern, zu mildern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Davon abzugrenzen sind – ebenfalls außerhalb des Verletzungsartenverzeichnisses - zeitlich nachgelagerte planbare Eingriffe (z.B. spätere Metallentfernungen) oder ambulant durchführbare Operationen und stationsersetzende Eingriffe, die aus besonderen Gründen im Einzelfall einer stationären Behandlung bedürfen (vgl. Grundsätze Ambulantes Operieren in der Gesetzlichen Unfallversicherung vom 01.01.2011). **Im VAV und SAV gilt dagegen die akutstationäre Behandlung** als gegeben, wenn eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt. Die Verpflichtung zur Prüfung nach § 37 Abs. 2 des Vertrages/Unfallversicherungsträgers, ob die Versorgung der Verletzung im Einzelfall nicht ambulant erfolgen kann, entfällt dadurch nicht.

Liegt eine akutstationäre Behandlung entsprechend den o. g. Ausführungen vor, hat zukünftig eine **Überweisung des/der Unfallverletzten** in ein am DAV, VAV oder SAV beteiligtes Krankenhaus zu erfolgen (s. Ausführungen unten zum neuen Verletzungsartenverzeichnis). Des Weiteren gilt, dass nach Primärversorgung eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis im am VAV oder SAV beteiligten Krankenhaus, diese im weiteren Verlauf, d. h. auch nach erneutem Eintritt von Behandlungsbedürftigkeit dem VAV bzw. SAV zugordnet bleibt. Demzufolge sind auch eintretende **sekundäre und tertiäre Komplikationen** oder **notwendige Rekonstruktionseingriffe** bei Verletzungen nach dem Verletzungsartenverzeichnis weiterhin durch das am VAV bzw. am SAV beteiligte Krankenhaus durchzuführen.

Fachärzte der Fachrichtung Kinderchirurgie, die an kinderchirurgischen Abteilungen oder Kinderkliniken als Durchgangsarzt beteiligt sind, bleiben zunächst weiterhin auch zur stationären Behandlung von verletzten Kindern und Jugendlichen zugelassen, d. h. eine Überweisung in ein am DAV beteiligtes Krankenhaus ist nicht erforderlich. Dies gilt jedoch nicht für Kinder oder Jugendliche mit Verletzungen nach dem Verletzungsartenverzeichnis. In diesen Fällen bleibt die Verpflichtung zur Verlegung in ein am VAV, am VAV für Kinder oder am SAV beteiligtes Krankenhaus bestehen.

Handchirurgen, die zur handchirurgischen Versorgung Unfallverletzter nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger im Rahmen des Verletzungsartenverfahrens (Fälle der Ziff. 8 des Verletzungsartenverzeichnisses in der Fassung vom 01.05.2011) beteiligt sind, bleiben weiterhin daran beteiligt, d. h. akutstationäre Behandlung im oben genannten Sinne dürfen weiterhin durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind zukünftig schwere Handverletzungen, die in den Erläuterungen zum neuen Verletzungsartenverzeichnis unter Ziffer 8(S) aufgeführt sind. Diese Fälle sind ab 01.01.2014 in ein am SAV beteiligtes Krankenhaus zu überweisen.

Isolierte Verletzungen im **Fachgebiet Augenheilkunde oder HNO**, für die schon nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger keine Vorstellungspflicht zum Durchgangsarzt besteht, bleiben von den Neuregelungen der stationären Heilverfahren ausgenommen.

Die Vergütung der stationären Heilbehandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung richtet sich auf allen Versorgungsstufen grundsätzlich nach den Regeln des Krankenhausentgeltgesetzes.

Stationäres Durchgangsarztverfahren (DAV)

Für die stationäre Behandlung im Durchgangsarztverfahren wird es eine wesentliche Änderung geben. Künftig wird nicht mehr nur der Arzt als Durchgangsarzt an der stationären Versorgung von Arbeitsunfallverletzten beteiligt, sondern daneben auch ein Vertrag mit dem Krankenhausträger geschlossen, der die künftig auf dieser Ebene geltenden Anforderungen und Pflichten (**Anlage 1**) zum Gegenstand hat. So wird auch das Krankenhaus vertraglich in die neuen Heilverfahrensstrukturen eingebunden und jede akutstationäre Versorgung Arbeitsunfallverletzter mit klaren strukturellen Qualitätsanforderungen unterlegt, die in einem Beteiligungsverfahren der DGUV-Landesverbände überprüft werden.

Das neue stationäre Durchgangsarztverfahren (DAV) wird letztlich zur Folge haben, dass akutstationäre Versorgungen unterhalb der Stufe VAV/SAV spätestens nach Ablauf des Übergangszeitraumes von fünf Jahren ab 01.01.2018 nur noch an Krankenhäusern durchgeführt werden können, die an diesem oder am VAV-/SAV-Verfahren beteiligt sind. Findet innerhalb des Übergangszeitraumes **ein Wechsel des Durchgangsarztes** statt, z. B. im Rahmen eines Chefarztwechsels, ist vom Krankenhaus die Beteiligung am DAV zu beantragen. Diesem Antrag wird nur entsprochen, wenn die in der Anlage 1 aufgeführten Anforderungen erfüllt werden.

Verletzungsartenverfahren (VAV)

Im Bereich des Verletzungsartenverfahrens (VAV) wird es neben erweiterten Strukturanforderungen in Anlehnung an den Standard eines regionalen Traumazentrums neue Anforderungen im Bereich der Kindertraumatologie sowie im Bereich der Krankenhaushygiene geben (vgl. **Anlage 2**). So wird künftig gefordert, dass die im VAV verantwortlichen Ärzte über Erfahrungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfügen und dies über einen definierten Katalog nachweisen. Für den Bereich der Krankenhaushygiene wurden neben den bereits seit langem geltenden Standards zur Hygiene im OP-Bereich erstmals Anforderungen an die personelle und die organisatorische Ausstattung der Kliniken unter Verweis auf die entsprechenden Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) formuliert.

Kliniken, die mit Stichtag 31.12.2012 unbefristet am VAV beteiligt sind, bleiben für einen Übergangszeitraum von bis zu fünf Jahren auf der Grundlage der alten Anforderungen zur Behandlung von VAV-Verletzungen zugelassen. Ab Beginn des Jahres 2013 werden alle neuen Anträge auf Beteiligung am VAV, z. B. wegen Chefarztwechsel oder Auslaufen einer Befristung, nach den neuen Anforderungen geprüft. Bis Ende 2017 werden alle Kliniken auf der Grundlage der jetzt beschlossenen Regelungen überprüft worden und eine Entscheidung über die Zuordnung zu einer der drei Versorgungsstufen getroffen worden sein.

Krankenhäuser, die die neuen Anforderungen für das VAV nicht erfüllen, haben zukünftig die Möglichkeit am DAV beteiligt zu werden.

Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)

Im Bereich des neuen SAV gelten im Wesentlichen die im Weißbuch der DGU für überregionale Traumazentren geltenden Qualitätsanforderungen, wobei wiederum vor allem die Bereiche fachärztliche Kompetenz und Verfügbarkeit, Notaufnahme, OP-Bereich und Intensivstation geregelt wurden (vgl. **Anlage 3**). Darüber hinaus gelten auch auf dieser Ebene gesteigerte Anforderungen an die Versorgung schwer verletzter Kinder und Jugendlicher sowie im Bereich der Krankenhaushygiene. Im Hinblick auf die Schwere und die hohe Reha-Relevanz der künftigen SAV-Verletzungen werden zudem strukturelle Voraussetzungen für eine bereits in der Akutphase einsetzende Frührehabilitation sowie für eine enge Kooperation mit dem verantwortlichen Unfallversicherungsträger bei der Steuerung des Reha-Prozesses gefordert.

Die Landesverbände der DGUV werden ab Beginn des Jahres 2013 Anträge auf Beteiligung am SAV entgegennehmen und mit den Beteiligungsverfahren beginnen. Bis zum 31.12.2013 soll das neue SAV flächendeckend aufgebaut sein

Wiedereinführung einer Mindestfallzahl

Die Wiedereinführung einer jährlichen Mindestfallzahl von 75 Fällen im VAV (und SAV) in Ziffer 4.4.4 der Anforderungen soll die mit der Neuordnung angestrebte qualitätsorientierte Konzentration auf die in der Versorgung von schwer Arbeitsunfallverletzten besonders erfahrenen und qualifizierten Kliniken flankieren. In ländlichen und strukturschwachen Regionen wird es zur Gewährleistung einer bedarfs- und flächendeckenden Versorgung einheitliche Ausnahmen von der Mindestfallzahl geben, wobei vor allem die angemessene Erreichbarkeit einer VAV-Klinik für die Versicherten und ihre Angehörigen als Kriterium herangezogen wird. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Feststellung, dass durch die Neuordnung keine neuen „weißen Flecken“ auf der Versorgungslandkarte entstehen.

Wichtig erscheint dabei der Hinweis, dass auch Kliniken, die die Mindestfallzahl im VAV nicht erreichen, nicht von der Versorgung Arbeitsunfallverletzter ausgeschlossen werden. Dies gilt natürlich auch für Kliniken, bei denen möglicherweise der bisherige Status eines am Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhauses nach Ablauf der Übergangsfrist entfällt. Diese finden sich dann im stationären Durchgangsarztverfahren wieder. Dabei ist zu beachten, dass ein Teil der bislang dem Verletzungsartenverzeichnis zugewiesenen Fälle - dabei handelt es sich um mengenmäßig nicht unbedeutende Verletzungen (vgl. nachstehend) - zukünftig dem qualitativ aufgewerteten, stationären Durchgangsarztverfahren zugeordnet ist, wodurch sich die Auswirkungen eines Wegfalls der VAV-Zulassung für diese Kliniken relativieren.

Neues Verletzungsartenverzeichnis

Die Neuordnung der stationären Heilverfahren erforderte eine Neufassung des Verletzungsartenverzeichnisses und der Erläuterungen hierzu.

Das neue Verletzungsartenverzeichnis (vgl. **Anlage 4**) enthält im Vergleich zur vormaligen Fassung eine Reihe von Präzisierungen. Wo dies möglich war, konnten medizinische Klassifikationen in den Text der Erläuterungen aufgenommen werden.

Für einige Verletzungsarten ist eine Verschiebung in die einzelnen Versorgungsstufen vorgenommen worden. So sind einige leichtere, bisher VAV-pflichtige Verletzungen, nunmehr dem DAV zugeschrieben worden. Betroffen hiervon sind beispielsweise die distale Radius-

fraktur, bei der künftig nur noch die schwere Frakturform nach C3 der AO-Klassifikation in eine VAV-Klinik zu überweisen ist, sowie isolierte Verletzungen großer Sehnen.

Diejenigen schweren und komplexen Verletzungen, die ab dem Jahr 2014 in einem SAV-Haus vorzustellen sind, sind im Verzeichnis im Fettdruck kenntlich gemacht worden. Um eine bessere Identifikation und Zuordnung der einzelnen Verletzungen zu ermöglichen, sind die Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis mit Ordnungsziffern versehen worden.

Der Katalog wird ebenso wie die Anforderungen am 01.01.2013 in Kraft treten. Eine Ausnahme gilt insoweit, als die Verlegungsregeln ins SAV erst ab dem 1. Januar 2014 verbindlich werden. Da das SAV erst im Wege der Beteiligungsverfahren durch die Landesverbände aufgebaut werden muss, ist ein einjähriger Übergangszeitraum bis zum In-Kraft-Treten der im Verzeichnis vorgesehenen Verlegung in die SAV-Kliniken erforderlich.

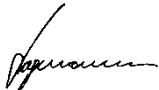
Zum weiteren Ablauf

Derzeit werden die notwendigen Änderungen im Berichtswesen (insbesondere die Aufnahme des SAV in den Durchgangsarztbericht und die Umsetzung in DALE-UV ab dem Jahr 2014) veranlasst und umgesetzt.

Nach dieser allgemeinen Information werden die Landesverbände mit den bereits jetzt an der Versorgung Arbeitsunfallverletzter beteiligten Krankenhäuser (mit D-Arzt oder VAV-Klinik) im Hinblick auf die individuellen Beteiligungsoptionen in Kontakt treten.

Wir möchten Sie bitten, die Kenntnisnahme dieses Rundschreibens nebst Anlagen durch Unterschrift auf der beigefügten Erklärung (Anlage 5**) gegenüber dem Landesverband zu bestätigen.**

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Hagemann
Geschäftsstellenleiter

Anlagen

Stationäres Durchgangsarztverfahren (DAV)

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am stationären Durchgangsarztverfahren (DAV)

in der Fassung vom 1. Januar 2013

Präambel

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben mit allen geeigneten Mitteln einen durch einen Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Sie haben darüber hinaus die Teilhabe ihrer Versicherten am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft zu sichern. Die Unfallversicherungsträger haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig einsetzende Heilbehandlung und besondere unfallmedizinische Behandlung gewährleistet wird. Sie können zu diesem Zwecke die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen und nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen (§ 34 Abs. 2 und 3 SGB VII).

Die nachfolgenden Anforderungen und Pflichten definieren die von den Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen zur Beteiligung am stationären Durchgangsarztverfahren (DAV). Sie sind wesentlicher Bestandteil einer umfassenden und kontinuierlichen Qualitätssicherung der Heilbehandlung und Rehabilitation nach Arbeitsunfällen. Sie werden ergänzt durch geeignete Maßnahmen zur Messung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Anforderungen formulieren die Voraussetzungen der akutstationären Versorgung von Arbeitsunfallverletzten im Rahmen des Durchgangsarztverfahrens. Die strukturellen Voraussetzungen für zeitlich nachgelagerte planbare Eingriffe (z.B. bei sekundären und tertiären Komplikationen und Rekonstruktionseingriffen oder die Tätigkeit von D-Ärzten mit Belegbetten) werden an dieser Stelle nicht geregelt.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die von Ihnen beteiligten Ärzte und Krankenhäuser bekennen sich zu den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention

und verpflichten sich zu einer umfassenden Inklusion von Menschen mit Behinderung einschließlich einer umfassenden Barrierefreiheit beim Zugang zu Leistungen der Heilbehandlung und Rehabilitation.

1. Allgemeines

An der stationären Behandlung Arbeitsunfallverletzter (Stationäres Durchgangsarztverfahren) kann ein Krankenhaus beteiligt werden, wenn es die nachfolgend unter Nr. 2. bis 4. genannten besonderen Anforderungen und Pflichten erfüllt und

1.1. es in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus) oder Hochschulklinik ist,

1.2. gewährleistet ist, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation gemäß den Vorgaben des SGB VII dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen,

1.3. die Abteilung zur Behandlung Unfallverletzter von einem Durchgangsarzt geleitet wird,

1.4. diese Abteilung über die unter Ziff. 2. genannten personellen und sächlichen Ausstattungen verfügt,

1.5. der Krankenhausträger sowie der Durchgangsarzt zur Übernahme der Pflichten nach Ziff. 3. bereit sind,

1.6. es der Rahmenvereinbarung zwischen der DGUV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung beigetreten ist.

2. Personelle und sächliche Ausstattung

2.1 Verantwortlicher Arzt

Der Chefarzt oder leitende Arzt der Abteilung nach Ziff. 1.3 des Krankenhauses muss gemäß den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII als Durchgangsarzt beteiligt sowie vollschichtig am Krankenhaus angestellt und tätig sein.

2.2 Ärztliche Mitarbeiter

Neben dem Arzt nach 2.1. muss ein Facharzt für Anästhesiologie am Standort des Krankenhauses vollschichtig tätig sein.

2.3 Verfügbarkeit ärztlicher Kompetenzen

2.3.1 Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen durchgehend mindestens in Rufbereitschaft, d.h. spätestens innerhalb von 20 Minuten, zur Behandlung Arbeitsunfallverletzter zur Verfügung stehen:

- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Facharzt für Anästhesiologie

In den genannten Disziplinen ist die 24-stündige Anwesenheit mit Vertretung des Fachgebietes mindestens auf dem Niveau eines Arztes in Weiterbildung sicherzustellen.

Ziffer 5.3 der Anforderungen zur Beteiligung von Ärzten am Durchgangsarztverfahren (unfallärztliche Bereitschaft des Durchgangsarztes) bleibt von dieser Regelung unberührt.

2.3.2 Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen jederzeit entsprechend der fachlichen Dringlichkeit kurzfristig zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten hinzugezogen werden können:

- Facharzt für Viszeralchirurgie oder Facharzt für allgemeine Chirurgie (WBO '93)

Sofern diese Disziplin nicht am Krankenhaus selbst vertreten ist, ist die kurzfristige Verfügbarkeit des Facharztes durch verbindliche Vereinbarungen sicherzustellen.

2.4 Nichtärztliche Mitarbeiter

Weiterhin müssen für die Versorgung Arbeitsunfallverletzter in ausreichender Zahl verfügbar sein:

- Pflegekräfte der Bereiche Chirurgie und Anästhesiologie
- Medizinisch-technisches Radiologiepersonal
- Physiotherapeuten

Um eine ordnungsgemäße und fristgerechte Abwicklung der Berichterstattung und Begutachtung sicherzustellen, müssen geeignete organisatorische Vorkehrungen getroffen werden und Schreibkräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

2.5 Notaufnahme

2.5.1 Erforderlich ist die 24-stündige Bereitschaft der Notaufnahme zur Versorgung Unfallverletzter. Ungeachtet der Organisation muss gewährleistet sein, dass die Versorgung von Arbeitsunfallverletzten in der Notaufnahme in den Zuständigkeitsbereich des D-Arztes fällt.

2.5.2 Es wird ein Schockraum in zweckentsprechender Größe (in der Regel mindestens 25 qm) und Ausstattung vorgehalten.

2.5.3 Zur notwendigen apparativen Ausstattung der Notaufnahme gehören:

- Labor
- Atemwegssicherung und Beatmung
- Pulsoxymetrie, Absauganlage
- EKG-Monitor
- Defibrillator
- Invasive Druckmessung
- Not-OP-Sets
- Notfallmedikamente
- Konventionelle Röntgenmöglichkeit
- Röntgen-Bildverstärker
- Computertomographie
- Angiographiearbeitsplatz
- Ultraschallgerät, Gefäßduppler
- Schienen- und Extensionssysteme
- Temperiersysteme für Patienten sowie für Infusionen und Blut

2.5.4 Weiterhin müssen vorhanden sein:

- Untersuchungs- und Behandlungsräume
- Besondere Eingriffsräume nur für die Ambulanz, getrennt für Eingriffe bestimmter Kontaminationsgrade
- Arzt- und Schreibzimmer

2.6 OP-Abteilung

2.6.1 Erforderlich ist die 24-stündige Bereitschaft zur Operation von Notfällen. Zur notwendigen apparativen Ausstattung der OP Abteilung gehören insbesondere:

- Temperiersysteme für Patienten sowie für Infusionen und Blut
- Cell-Saver
- Röntgen-Bildverstärker

2.6.2 Die hygienischen Anforderungen an die baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Gestaltung richten sich entsprechend der besonderen Aufgabenstellung nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und den auf seiner Grundlage entwickelten „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlung - S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000) in der jeweils geltenden Fassung.

2.7 Intensivmedizinische Behandlung

Es muss die Möglichkeit zur vorübergehenden intensivmedizinischen Behandlung von Unfallverletzten bestehen.

2.8 Rehabilitation und Weiterbehandlung

Der Durchgangsarzt ist verantwortlich für:

- die Planung, Veranlassung und Überwachung der physiotherapeutischen Maßnahmen während der stationären Akutbehandlung
- die nahtlose Planung, Verordnung und ggf. Überwachung der zeitgerecht anschließenden physiotherapeutischen Maßnahmen einschließlich der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)
- die nahtlose Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung. Dem weiterbehandelnden Arzt sind die erforderlichen ärztlichen Unterlagen unverzüglich zur Verfügung zu stellen

3. Pflichten

3.1 Krankenhausträger und Ärzte haben die Unfallversicherungsträger bei der Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen.

3.2 Der Durchgangsarzt und der Krankenhausträger verpflichten sich zur Anwendung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger in der jeweils gültigen Fassung; der Krankenhausträger hat den Durchgangsarzt bei der Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten zu unterstützen.

3.3 Die Pflichten des Durchgangsarztes richten sich im Übrigen nach den Anforderungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 34 SGB VII zur Beteiligung von Ärzten am Durchgangsarztverfahren in der jeweils geltenden Fassung.

3.4 Bei Vorliegen einer Verletzung, die nach dem als Anlage beigefügten Verletzungsartenverzeichnis der Behandlung im Verletzungsartenverfahren (VAV) oder Schwereverletzungsartenverfahren (SAV) vorbehalten ist, ist unverzüglich die Überweisung in ein an diesen Verfahren beteiligtes Krankenhaus zu veranlassen.

3.5 Krankenhausträger und Durchgangsarzt verpflichten sich ferner:

3.5.1 dem zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) auf Verlangen Einsicht in die nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz zu fertigenden Aufzeichnungen zu gewähren,

3.5.2 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger zur Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

3.5.3 am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern teilzunehmen,

3.5.4 ärztliche Unterlagen und Röntgenaufnahmen über Unfallverletzte mindestens 15 Jahre aufzubewahren,

3.5.5 über die Unfallverletzten vollständig Krankenblätter zu führen und Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen etc. jederzeit dem Unfallversicherungsträger zur Verfügung zu stellen,

3.5.6 durch den Landesverband der DGUV jederzeit prüfen zu lassen, ob diese Anforderungen noch erfüllt sind,

3.5.7 den Landesverband der DGUV unverzüglich über die Beteiligung betreffenden Änderungen, insbesondere das Ausscheiden des Durchgangsarztes, zu unterrichten,

3.5.8 sicherzustellen, dass die Einhaltung dieser Anforderungen auch durch externe, in die Behandlung einbezogene Leistungserbringer gewährleistet wird,

3.5.9 an Maßnahmen der Unfallversicherungsträger zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken.

4. Beteiligung

4.1 Die Beteiligung eines Krankenhauses am stationären Durchgangsarztverfahren kann auf Antrag des Krankenhausträgers durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß § 53 SGB X mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV), vertreten durch ihren jeweils zuständigen Landesverband, erfolgen. Sie kann an einem Standort eines Krankenhauses nicht an mehrere Durchgangsarzte gebunden werden.

4.2 Die Beteiligung endet bei:

4.2.1 Beendigung der Beteiligung des Durchgangsarztes,

4.2.2 Schließung/Verlegung des unter 1 genannten Krankenhauses oder Standortes des Krankenhauses oder der Abteilung.

4.3 Die Beteiligung wird nach jeweils 5 Jahren überprüft. Der 5-Jahres Zeitraum beginnt mit dem auf die Beteiligung folgenden Kalenderjahr.

4.4 Die Beteiligung wird gekündigt

4.4.1 wenn die personelle und sächliche Ausstattung des Krankenhauses nicht mehr den unter 2. genannten Anforderungen entspricht,

4.4.2 bei wiederholter oder schwerwiegender Pflichtverletzung durch den Durchgangsarzt oder den Krankenhausträger,

4.4.3 nach Maßgabe des § 59 SGB X.

Verletzungsartenverfahren (VAV)

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV)

in der Fassung vom 1. Januar 2013

Präambel

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben mit allen geeigneten Mitteln einen durch einen Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Sie haben darüber hinaus die Teilhabe ihrer Versicherten am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft zu sichern. Die Unfallversicherungsträger haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig einsetzende Heilbehandlung und besondere unfallmedizinische Behandlung gewährleistet wird. Sie können zu diesem Zwecke die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen und nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen (§ 34 Abs. 2 und 3 SGB VII).

Die nachfolgenden Anforderungen und Pflichten definieren die von den Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV). Sie stehen dabei in unmittelbarem Zusammenhang mit dem als Anlage 1 beigefügten Verletzungsartenverzeichnis, das die Zuständigkeiten der jeweiligen Versorgungsstufe für die Behandlung Arbeitsunfallverletzter nach Art und Schwere der Verletzung regelt. Die in den jeweiligen Verfahren vorzuhaltenden Fachdisziplinen, Kompetenzen und Ausstattungsmerkmale sind auf die den Krankenhäusern zugewiesenen, gestuften Versorgungsaufträge ausgerichtet. Sofern die Versorgung einer Verletzung die Einbeziehung einer nicht am Krankenhaus vorgehaltenen Kompetenz erfordert, wird die sachgerechte Heilbehandlung durch den im Verzeichnis vorgesehenen Verlegungspfad sichergestellt. Gleiches gilt für die erforderliche Verlegung in Spezialzentren (z.B. Querschnittgelähmtzentren, Schwer-Brandverletztzentren)

Die Anforderungen zur Beteiligung von Krankenhäusern am Verletzungsartenverfahren sind wesentlicher Bestandteil einer umfassenden und kontinuierlichen Qualitätssi-

cherung der Heilbehandlung und Rehabilitation nach Arbeitsunfällen. Sie werden ergänzt durch geeignete Maßnahmen zur Messung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Anforderungen formulieren die Voraussetzungen der akutstationären Versorgung von Arbeitsunfallverletzten. Die strukturellen Voraussetzungen für zeitlich nachgelagerte planbare Eingriffe (z.B. bei sekundären und tertiären Komplikationen und Rekonstruktionseingriffen oder die Tätigkeit von D-Ärzten mit Belegbetten) werden an dieser Stelle nicht geregelt.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die von Ihnen beteiligten Ärzte und Krankenhäuser bekennen sich zu den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention und verpflichten sich zu einer Inklusion von Menschen mit Behinderung einschließlich einer umfassenden Barrierefreiheit beim Zugang zu Leistungen der Heilbehandlung und Rehabilitation.

1. Allgemeines

An der stationären Behandlung Arbeitsunfallverletzter mit schweren Verletzungen gemäß dem Verletzungsartenverzeichnis (Verletzungsartenverfahren – VAV) kann ein Krankenhaus beteiligt werden, wenn es die nachfolgend unter Nr. 2. bis 4. genannten besonderen Anforderungen und Pflichten erfüllt und

1.1. es in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus), Hochschulklinik oder Berufsgenossenschaftliche(s) Klinik/Krankenhaus ist,

1.2. gewährleistet ist, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation gemäß den Vorgaben des SGB VII dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen,

1.3. die Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter von einem Durchgangsarzt geleitet wird,

1.4. diese Abteilung über die unter Ziff. 2. genannten personellen und sächlichen Ausstattungen verfügt,

1.5. der Krankenhausträger sowie der Durchgangsarzt zur Übernahme der Pflichten nach Ziff. 3. bereit sind und

1.6. es der Rahmenvereinbarung zwischen der DGUV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Versorgung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung beigetreten ist.

2. Personelle und sächliche Ausstattung

2.1 Verantwortlicher Arzt

Der Chefarzt oder leitende Arzt der Abteilung nach Ziff. 1.3 des Krankenhauses muss

2.1.1 gemäß den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII als Durchgangsarzt beteiligt sowie vollschichtig am Krankenhaus angestellt und tätig sein,

2.1.2 nach Erwerb der Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ oder der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ mindestens drei Jahre in der Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter eines am VAV oder SAV beteiligten Krankenhauses vollschichtig tätig gewesen sein. In dieser Zeit soll er fakultativ zusätzliche Fertigkeiten in

- Plastischer Chirurgie
- Physikalischer und Rehabilitativer Medizin
- Handchirurgie
- Notfallmedizin
- spezieller chirurgischer Intensivmedizin und
- Kindertraumatologie

erworben haben.

Tätigkeitszeiten in der

- Gefäßchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Thoraxchirurgie und
- Kinderchirurgie

können bis zur Dauer von einem Jahr auf die drei Jahre angerechnet werden, wenn sie in einem am VAV oder SAV beteiligten Krankenhaus erbracht wurden.

2.1.3 über die zweijährige Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt „Unfallchirurgie“ oder für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen.

2.1.4 einen Nachweis über noch vorhandene aktuelle unfallchirurgische Kenntnisse führen, sofern die unfallchirurgische Tätigkeit in der Behandlung Schwer-Unfallverletzter länger als drei Jahre unterbrochen war.

2.2 Ärztliche Mitarbeiter

2.2.1 Neben dem Arzt nach 2.1 müssen in dieser Abteilung in der Regel mindestens zwei weitere Ärzte mit Berechtigung zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung „Chirurgie“ oder „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und zum Führen der deutschen Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ angestellt sein. Hiervon muss mindestens ein Arzt als ständiger D-Arzt-Vertreter anerkannt sein.

2.2.2 Der Arzt nach 2.1 und sein/e ständige/r Vertreter/in verfügen über Erfahrungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und weisen diese durch den als Anlage 2 beigefügten Katalog nach.

2.2.3 Neben den Ärzten nach 2.1 und 2.2.1 müssen die folgenden Fachdisziplinen durch weitere Fachärzte vertreten sein, die am Standort des Krankenhauses vollschichtig tätig sind:

- Facharzt für Anästhesiologie
- Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (WBO '93)

2.3 Verfügbarkeit ärztlicher Kompetenzen

2.3.1 Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen durchgehend mindestens in Rufbereitschaft, d.h. spätestens innerhalb von 20 Minuten, am Krankenhaus zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten zur Verfügung stehen:

- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ oder Facharzt für Chirurgie mit der deutschen Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“.
- Facharzt für Anästhesiologie
- Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (WBO '93)

In den genannten Disziplinen ist die 24-stündige Anwesenheit mit Vertretung des Fachgebietes sicherzustellen.

Ziffer 5.3 der Anforderungen zur Beteiligung von Ärzten am Durchgangsarztverfahren (unfallärztliche Bereitschaft des Durchgangsarztes) bleibt von dieser Regelung unberührt.

2.3.2 Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen jederzeit, entsprechend der fachlichen Dringlichkeit kurzfristig zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten hinzugezogen werden können.

- Facharzt für Radiologie
- Facharzt für Neurochirurgie

Sofern eine der genannten Disziplinen nicht am Krankenhaus selbst vertreten ist, ist die kurzfristige Verfügbarkeit des Facharztes durch verbindliche Vereinbarungen sicherzustellen

2.4 Nichtärztliche Mitarbeiter

Weiterhin müssen für die Versorgung Arbeitsunfallverletzter in ausreichender Zahl verfügbar sein:

- Pflegekräfte der Bereiche Chirurgie und Anästhesiologie (24-stündige Anwesenheit)
- Pflegekräfte im Bereich Chirurgie mit spezifischer unfallchirurgischer Fortbildung (24-stündige Anwesenheit)
- Medizinisch-technische Assistenten für Radiologie und Labortätigkeit (24-stündige Anwesenheit)
- Physio- und Ergotherapeuten

Um eine ordnungsgemäße und fristgerechte Abwicklung der Berichterstattung und Begutachtung sicherzustellen, müssen geeignete organisatorische Vorkehrungen getroffen werden und Schreibkräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

2.5 Notaufnahme

2.5.1 Erforderlich ist die 24-stündige Bereitschaft der Notaufnahme zur Versorgung Unfallverletzter. Ungeachtet der Organisation muss gewährleistet sein, dass die Versorgung von Arbeitsunfallverletzten in der Notaufnahme unmittelbar nach dem Eintreffen des Verletzten in den Zuständigkeitsbereich des D-Arztbes falls.

2.5.2 Das Krankenhaus verfügt über einen Schockraum in zweckentsprechender Größe (in der Regel mindestens 30 qm) und Ausstattung

2.5.3 Zur notwendigen apparativen Ausstattung der Notaufnahme gehören:

- Labor
- Atemwegssicherung und Beatmung
- Pulsoxymetrie, Absauganlage
- EKG-Monitor
- Defibrillator
- Invasive Druckmessung
- Not-OP-Sets
- Notfallmedikamente
- Konventionelle Röntgenmöglichkeit
- Röntgen-Bildverstärker
- Computertomographie-Einrichtung in unmittelbarer Nähe zum Schockraum
- Angiographiearbeitsplatz
- Ultraschallgerät, Gefäßduppler
- Blutbank
- Schienen- und Extensionssysteme
- Temperiersysteme für Patienten sowie für Infusionen und Blut

2.5.4 Mindestens ein Arzt aus dem initialen Basisteam muss über eine qualifizierte Ausbildung im Schockraummanagement (z. B.: in Advanced Trauma Life Support (ATLS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. oder vergleichbare Ausbildung) verfügen.

2.5.5 Weiterhin müssen vorhanden sein:

- Hubschrauberlandemöglichkeit
- Untersuchungs- und Behandlungsräume,
- Besondere Eingriffsräume nur für die Ambulanz, getrennt für Eingriffe bestimmter Kontaminationsgrade,

- Arzt- und Schreibzimmer

2.6 OP-Abteilung

2.6.1 In Bezug auf die operativen Kapazitäten ist die 24-stündige Bereitschaft erforderlich. Das Krankenhaus verfügt über OP-Einheiten in zweckentsprechender Größe und Ausstattung. Zur notwendigen apparativen Ausstattung der OP-Abteilung gehören insbesondere:

- Temperiersysteme für Patienten sowie für Infusionen und Blut
- Cell-Saver
- Röntgen-Bildverstärker
- Vergrößerungshilfen
- Fixateur externe Systeme zur Notfallversorgung

Ausstattung und Funktionsabläufe müssen der besonderen Aufgabenstellung in der unfallchirurgischen Versorgung (z. B. lebensrettende Sofortoperationen, nicht planbare Notoperationen, aseptische Eingriffe mit besonders hohem Infektionsrisiko) entsprechen.

2.6.2 Zur Unterstützung der betrieblich-organisatorischen Abläufe ist durch eine adäquate räumliche Gliederung der Räume für Eingriffe nach Gr. I/II und Gr. III/IV (eigenständiger oder abtrennbarer OP-Bereich, z.B. für Eingriffe bei Patienten, welche mit multiresistenten Erregern besiedelt sind) ein hygienisch einwandfreies Arbeiten sicherzustellen. Eigenständigen OP-Räumen/OP-Abteilungen für Eingriffe nach Gr. III/IV müssen Personalschleuse und Patientenübergaberaum nach Ziff. 2 der RKI-Empfehlung, abtrennbaren OP-Räumen für Eingriffe nach Gr. III/IV müssen eine eigene Personalumkleide-möglichkeit und ein eigener Patientenübergaberaum zugeordnet sein.

2.6.3 Die hygienischen Anforderungen an die baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Gestaltung richten sich entsprechend der besonderen Aufgabenstellung nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und den auf seiner Grundlage entwickelten „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlung - S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000) in der jeweils geltenden Fassung.

2.7 Intensivmedizinische Behandlung

Am Krankenhaus muss eine intensivtherapeutische Betreuung Unfallverletzter jederzeit gewährleistet sein. Erforderlich ist daher die 24-stündige Vorhaltung entsprechender Intensivkapazität. Hierzu gehören insbesondere

- Facharzt mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation als ärztliche Stationsleitung
- Pflegekraft mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation als pflegerische Stationsleitung
- Durchgehende Verfügbarkeit eines Facharztes mit mindestens der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin im Regeldienst und Anwesenheit innerhalb von 20 Minuten in Rufbereitschaft
- Ein Weiterbildungsassistent im Schichtdienst für bis zu 12 Betten, zwei Weiterbildungsassistenten bei höherer Bettenzahl

- eine Pflegekraft für 2 Behandlungsplätze im Schichtdienst
- Physiotherapie
- Psychologische Betreuung

Der Flächenbedarf für die optimale Intensivpflege sowie die apparative Ausstattung der Intensivstation orientieren sich an den Vorgaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI)

2.8 Krankenhaushygiene

Das Krankenhaus erfüllt die notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Hierzu gehören:

2.8.1 die Einrichtung einer Hygienekommission unter Beteiligung der ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung, der Verwaltungsleitung sowie aller mit dem Hygienemanagement beauftragten Bereiche und Berufsgruppen,

2.8.2 die Sicherstellung der Beratung des Krankenhauses durch einen Krankenhaushygieniker mit der Qualifikation als Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.

2.8.3 die Berufung von mindestens einem hygienebeauftragten Arzt, der auf seinem Gebiet über die Facharztqualifikation verfügt und weisungsbefugt ist sowie die erforderlichen Kenntnisse im Bereich der Infektionsprävention über eine Weiterbildung gemäß dem Rahmenplan des RKI erworben hat.

2.8.4 Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention (Hygienefachkräfte) in angemessener Zahl in Anlehnung an die Richtzahlen der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen.

2.9 Sonstige sächliche und räumliche Ausstattung

Am Krankenhaus müssen weiterhin vorhanden sein:

- Überdachte Krankenwagenanfahrt
- Zentrale Sterilgutversorgung mit getrennter Ein- und Ausgabe (auch im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit Leistungserbringern außerhalb des Krankenhauses)
- Endoskopiegeräte
- Elektroencephalografiegeräte
- 24-stündig dienstbereites Labor
- Magnetresonanztomographie (MRT)

2.10 Rehabilitation/Teilhabe und Weiterbehandlung

Der Durchgangsarzt ist verantwortlich für

- die Planung, Veranlassung und Überwachung der physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen während der stationären Akutbehandlung, die für die zügige Erreichung der Rehabilitations- und Teilhabeziele erforderlich sind; für diese Übungsbehandlungen müssen ausgebildete Therapeuten in genügender Zahl zur Verfügung stehen.

- für die nahtlose Planung, Verordnung und Überwachung der zeitgerecht an die akutstationäre Behandlung anschließenden Behandlungen erforderlichen Maßnahmen zur therapeutischen Behandlung und Rehabilitation (insbesondere Physio- und Ergotherapie, EAP und BGSW).
- die nahtlose Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung. Dem weiterbehandelnden Arzt sind die erforderlichen ärztlichen Unterlagen unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

3. Pflichten

3.1 Krankenhausträger und Ärzte haben die Unfallversicherungsträger bei der Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen.

3.2 Der Durchgangsarzt und der Krankenhausträger verpflichten sich zur Anwendung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger in der jeweils gültigen Fassung; der Krankenhausträger hat den Durchgangsarzt bei der Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten zu unterstützen.

3.3 Die Pflichten des Durchgangsarztes richten sich im Übrigen nach den Anforderungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 34 SGB VII zur Beteiligung von Ärzten am Durchgangsarztverfahren in der jeweils geltenden Fassung.

3.4 Bei Vorliegen einer Verletzung, die nach dem als Anlage 1 beigefügten Verletzungsartenverzeichnis der Behandlung im Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) vorbehalten ist, ist unverzüglich die Überweisung in ein am SAV beteiligtes Krankenhaus zu veranlassen.

3.5 Das Krankenhaus sollte sich an den regionalen Traumanetzwerken der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e.V. beteiligen.

3.6 Krankenhausträger und Durchgangsarzt verpflichten sich ferner:

3.6.1 mit den von den Unfallversicherungsträgern beteiligten Einrichtungen für Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) und Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) zusammenzuarbeiten,

3.6.2 den zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) unverzüglich über alle die Beteiligung betreffenden Änderungen, z. B. personeller, organisatorischer oder baulicher Art, insbesondere das Ausscheiden des unter 2.1 genannten Arztes, zu unterrichten,

3.6.3 in jeder Phase das Reha-Management und den Besuchsdienst der Unfallversicherungsträger zu unterstützen,

3.6.4 für den Bereich des VAV geltende Heilverfahrens- und Rehabilitationsstandards der DGUV zu beachten und umzusetzen,

3.6.5 dem zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) auf Verlangen Einsicht in die nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz zu fertigen Aufzeichnungen zu gewähren,

3.6.6 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger zur Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

3.6.7 am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern teilzunehmen,

3.6.8 ärztliche Unterlagen und Röntgenaufnahmen über Unfallverletzte mindestens 15 Jahre aufzubewahren,

3.6.9 über die Unfallverletzten vollständig Krankenblätter zu führen und Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen etc. jederzeit dem Unfallversicherungsträger zur Verfügung zu stellen,

3.6.10 durch den Landesverband der DGUV jederzeit prüfen zu lassen, ob diese Anforderungen noch erfüllt sind,

3.6.11 sicherzustellen, dass die Einhaltung dieser Anforderungen auch durch externe, in die Behandlung einbezogene Leistungserbringer gewährleistet wird,

3.6.12 an Maßnahmen der Unfallversicherungsträger zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken.

4. Beteiligung

4.1 Die Beteiligung eines Krankenhauses am Verletzungsartenverfahren kann auf Antrag des Krankenhaus-trägers durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß § 53 SGB X mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), vertreten durch ihren jeweils zuständigen Landesverband, erfolgen. Sie kann an einem Standort eines VAV-Krankenhauses nicht an mehrere verantwortliche Durchgangsarzte im Sinne von 2.1 gebunden werden.

4.2 Die Beteiligung endet bei:

4.2.1 Ausscheiden des Durchgangsarztes oder

4.2.2 Schließung oder Verlegung des Krankenhauses, Standorts des Krankenhauses oder der Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter.

4.3 Die Beteiligung wird nach jeweils 5 Jahren überprüft. Der 5-Jahres Zeitraum beginnt mit dem auf die Beteiligung folgenden Kalenderjahr.

4.4 Die Beteiligung wird gekündigt

4.4.1 wenn die personelle und sächliche Ausstattung des Krankenhauses nicht mehr den unter 2. genannten Anforderungen entspricht,

4.4.2 bei wiederholter oder schwerwiegender Pflichtverletzung durch den Durchgangsarzt oder den Krankenhaus-träger,

4.4.3 nach Maßgabe des § 59 SGB X oder

4.4.4 wenn in dem 5-Jahreszeitraum nach 4.3 jährlich weniger als 75 Arbeitsunfälle im Verletzungsartenverfahren von dem Krankenhaus versorgt wurden. Die Fallzahl von 75 gilt als erreicht, wenn sie im Jahresdurchschnitt oder in den letzten drei Jahren des Fünf-Jahres-Zeitraumes jeweils erreicht wurde. Von einer Kündigung

kann abgesehen werden, wenn diese zu einer Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche führen kann.

Katalog der Versorgungen von Kindern und Jugendlichen nach Ziffer 2.2.2 der VAV-Anforderungen

Art der Versorgung	Geforderte Anzahl* für VAV
Operative Behandlungen von Gefäß-, Nerven-, Sehnenverletzung	10
Operative Frakturversorgung Oberarm und Ellenbogen	20
Operative Frakturversorgung Unterarm und Hand	20
Operative Frakturversorgung Schenkelhals und Oberschenkel	10
Operative Frakturversorgung Knie und Unterschenkel	20
Operative Frakturversorgung Sprunggelenk und Fuß	10
Operative oder konservative Versorgung pathologischer Frakturen	5
Komplexe Wundversorgung, Amputationen, Infektionen	15
Schwerverletztenversorgung ISS \geq 16	5
Konservative. Frakturversorgung obere Extremität	40
Konservative Frakturversorgung untere Extremität	20

Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)

in der Fassung vom 1. Januar 2013

Präambel

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben mit allen geeigneten Mitteln einen durch einen Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Sie haben darüber hinaus die Teilhabe ihrer Versicherten am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft zu sichern. Die Unfallversicherungsträger haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig einsetzende Heilbehandlung und besondere unfallmedizinische Behandlung gewährleistet wird. Sie können zu diesem Zwecke die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen und nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen (§ 34 Abs. 2 und 3 SGB VII).

Die nachfolgenden Anforderungen und Pflichten definieren die von den Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Sie stehen dabei in unmittelbarem Zusammenhang mit dem als Anlage 1 beigefügten Verletzungsartenverzeichnis, das die Zuständigkeiten der jeweiligen Versorgungsstufe für die Behandlung Arbeitsunfallverletzter nach Art und Schwere der Verletzung regelt. Die in den jeweiligen Verfahren vorzuhaltenden Fachdisziplinen, Kompetenzen und Ausstattungsmerkmale sind auf die den Krankenhäusern zugewiesenen, gestuften Versorgungsaufträge ausgerichtet. Sofern die Versorgung einer Verletzung die Einbeziehung einer nicht am Krankenhaus vorgehaltenen Kompetenz erfordert, wird die sachgerechte Heilbehandlung durch den im Verzeichnis vorgesehenen Verlegungspfad sichergestellt. Gleiches gilt für die erforderliche Verlegung in Spezialzentren (z.B. Querschnittgelähmtenzentren, Schwer-Brandverletztenzentren)

Die Anforderungen zur Beteiligung von Krankenhäusern am Schwerstverletzungsartenverfahren sind wesentlicher

Bestandteil einer umfassenden und kontinuierlichen Qualitätssicherung der Heilbehandlung und Rehabilitation nach Arbeitsunfällen. Sie werden ergänzt durch geeignete Maßnahmen zur Messung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Anforderungen formulieren die Voraussetzungen der akutstationären Versorgung von Arbeitsunfallverletzungen. Die strukturellen Voraussetzungen für zeitlich nachgelagerte planbare Eingriffe (z.B. bei sekundären und tertiären Komplikationen und Rekonstruktionseingriffen oder die Tätigkeit von D-Ärzten mit Belegbetten) werden an dieser Stelle nicht geregelt.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die von Ihnen beteiligten Ärzte und Krankenhäuser bekennen sich zu den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention und verpflichten sich zu einer Inklusion von Menschen mit Behinderung einschließlich einer umfassenden Barrierefreiheit beim Zugang zu Leistungen der Heilbehandlung und Rehabilitation.

1. Allgemeines

An der stationären Behandlung Arbeitsunfallverletzter mit besonders schweren Verletzungen gemäß dem Verletzungsartenverzeichnis (Schwerstverletzungsartenverfahren – SAV) kann ein Krankenhaus beteiligt werden, wenn es die nachfolgend unter Nr. 2. bis 4. genannten besonderen Anforderungen und Pflichten erfüllt und

1.1. es in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus), Hochschulklinik oder Berufsgenossenschaftliche(s) Klinik/Krankenhaus ist,

1.2. gewährleistet ist, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation gemäß den Vorgaben des SGB VII dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen,

1.3. die Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter von einem Durchgangsarzt geleitet wird,

1.4. diese Abteilung über die unter Ziff. 2. genannten personellen und sächlichen Ausstattungen verfügt,

1.5. der Krankenhausträger sowie der Durchgangsarzt zur Übernahme der Pflichten nach Ziff. 3. bereit sind und

1.6. es der Rahmenvereinbarung zwischen der DGUV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Versorgung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung beigetreten ist.

2. Personelle und sächliche Ausstattung

2.1 Verantwortlicher Arzt

Der Chefarzt oder leitende Arzt der Abteilung nach Ziff. 1.3 des Krankenhauses muss

2.1.1 gemäß den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII als Durchgangsarzt beteiligt sowie vollschichtig am Krankenhaus angestellt und tätig sein,

2.1.2 nach Erwerb der Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ oder der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ mindestens drei Jahre in der Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter eines am SAV beteiligten Krankenhauses vollschichtig tätig gewesen sein. In dieser Zeit soll er fakultativ zusätzliche Fertigkeiten in

- Plastischer Chirurgie
- Physikalischer und Rehabilitativer Medizin
- Handchirurgie
- Notfallmedizin
- spezieller chirurgischer Intensivmedizin und
- Kindertraumatologie

erworben haben.

Tätigkeitszeiten in der

- Gefäßchirurgie,
- Viszeralchirurgie,
- Thoraxchirurgie und
- Kinderchirurgie

können bis zur Dauer von einem Jahr auf die drei Jahre angerechnet werden, wenn sie in einem am VAV oder SAV beteiligten Krankenhaus erbracht wurden,

2.1.3 über die volle Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt „Unfallchirurgie“ oder für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen.

2.1.4 einen Nachweis über noch vorhandene aktuelle unfallchirurgische Kenntnisse führen, sofern die unfallchirurgische Tätigkeit in der Behandlung Schwer-Unfallverletzter länger als drei Jahre unterbrochen war.

2.2 Ärztliche Mitarbeiter

2.2.1 Neben dem Arzt nach 2.1 müssen in dieser Abteilung in der Regel mindestens drei weitere Ärzte mit Berechtigung zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung „Chirurgie“ oder „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und zum Führen der deutschen Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ angestellt sein. Hiervon muss mindestens ein Arzt als ständiger D-Arzt-Vertreter anerkannt sein.

2.2.2 Der Arzt nach 2.1 und sein/e ständige/r Vertreter/in verfügen über Erfahrungen in der operativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und weisen diese durch den als Anlage 2 beigefügten OP-Katalog nach.

2.2.3 Neben den Ärzten nach 2.1 und 2.2.1 müssen die folgenden Fachdisziplinen durch weitere Fachärzte vertreten sein, die am Standort des Krankenhauses vollschichtig tätig sind:

- Facharzt für Anästhesiologie
- Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (WBO '93)
- Facharzt für Neurochirurgie
- Facharzt für Radiologie
- Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie

2.3 Verfügbarkeit ärztlicher Kompetenzen

2.3.1 Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen durchgehend mindestens in Rufbereitschaft, d.h. spätestens innerhalb von 20 Minuten, am Krankenhaus zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten zur Verfügung stehen:

- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ oder Facharzt für Chirurgie mit der deutschen Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“.
- Facharzt für Anästhesiologie
- Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (WBO '93),
- Facharzt für Neurochirurgie,
- Facharzt für Radiologie.

In den genannten Disziplinen ist die 24-stündige Anwesenheit des Fachgebietes sicherzustellen.

Ziffer 5.3 der Anforderungen zur Beteiligung von Ärzten am Durchgangsarztverfahren (unfallärztliche Bereitschaft des Durchgangsarztes) bleibt von dieser Regelung unberührt.

2.3.2 Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen jederzeit, entsprechend der fachlichen Dringlichkeit kurzfristig zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten hinzugezogen werden können.

- Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie
- Facharzt für Gefäßchirurgie
- Facharzt für Herz- und Thoraxchirurgie
- Facharzt für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie
- Facharzt für HNO
- Facharzt für Augenheilkunde
- Facharzt für Urologie

- Facharzt für Plastische Chirurgie
- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Facharzt für Innere Medizin

Sofern eine der genannten Kompetenzen nicht am Krankenhaus selbst vertreten ist (Mindestanforderung in 2.2.3), ist die 24-stündige Verfügbarkeit durch verbindliche Kooperationen sicherzustellen

2.3.3 Eine besondere Kompetenz zur Behandlung von Frakturen und Instabilitäten des Rumpfskeletts muss nachgewiesen werden und jederzeit entsprechend der fachlichen Dringlichkeit kurzfristig verfügbar sein. Von einer solchen Kompetenz kann ausgegangen werden, wenn im Jahr mindestens 250 operative Eingriffe an Wirbelsäule und Becken in der Akutphase, der frühen sekundären Operationsphase oder zur Rekonstruktion in einer späteren Phase durchgeführt werden. Sofern die genannte Kompetenz nicht am Krankenhaus selbst vertreten ist, ist die 24-stündige Verfügbarkeit durch verbindliche Kooperationen mit einer externen Abteilung sicherzustellen.

2.3.4 Eine besondere kindertraumatologische Kompetenz muss nachgewiesen werden und jederzeit entsprechend der fachlichen Dringlichkeit kurzfristig verfügbar sein. Neben der Kompetenz nach 2.2.2 erfordert dies die Möglichkeit zur kurzfristigen Hinzuziehung von:

- Fachärzten für Kinderchirurgie oder Pädiatrie
- pädiatrisch erfahrenen Anästhesisten
- Kinder-Intensivmedizinern oder pädiatrisch erfahrenen anästhesiologischen/unfallchirurgischen Intensivmedizinern
- pädiatrisch erfahrenen Radiologen

Sofern eine der genannten Kompetenzen nicht am Krankenhaus selbst vertreten ist, ist die 24-stündige Verfügbarkeit durch verbindliche Kooperationen sicherzustellen.

2.4 Nichtärztliche Mitarbeiter

Weiterhin müssen für die Versorgung Arbeitsunfallverletzter in ausreichender Zahl verfügbar sein:

- Pflegekräfte der Bereiche Chirurgie und Anästhesiologie (24-stündige Anwesenheit)
- Pflegekräfte im Bereich Chirurgie mit spezifischer unfallchirurgischer Fortbildung (24-stündige Anwesenheit)
- Medizinisch-technische Assistenten für Radiologie und Labortätigkeit (24-stündige Anwesenheit)
- Physio- und Ergotherapeuten

Um eine ordnungsgemäße und fristgerechte Abwicklung der Berichterstattung und Begutachtung sicherzustellen, müssen geeignete organisatorische Vorkehrungen getroffen werden und Schreibkräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

2.5 Psychotraumatologische Kompetenz

Weiterhin müssen ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Teilnahme am Psychotherapeutenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. entsprechend der fachlichen Dringlichkeit hinzugezogen werden können.

Sofern die psychotraumatologische Kompetenz nicht am Krankenhaus selbst vertreten ist, ist die Verfügbarkeit durch verbindliche Kooperationen sicherzustellen

2.6 Notaufnahme

2.6.1 Erforderlich ist die 24-stündige Bereitschaft der Notaufnahme zur Versorgung Unfallverletzter. Ungeachtet der Organisation muss gewährleistet sein, dass die Versorgung von Arbeitsunfallverletzten in der Notaufnahme unmittelbar nach dem Eintreffen des Verletzten in den Zuständigkeitsbereich des D-Arzt es fällt.

2.6.2 Das Krankenhaus verfügt als Teil der Notaufnahme über einen Schockraum zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten mit einer Grundfläche von in der Regel mindestens 50 qm oder zwei einzeln nutzbare Schockräume von in der Regel jeweils mindestens 25 qm.

Es muss rund um die Uhr eine personelle Ausstattung vorgehalten werden, die geeignet ist, alle Arten von Verletzungen auf höchstem Niveau als Notfall und im weiteren Verlauf definitiv versorgen zu können. Das Schockraum-Team erfordert als Basisteam initial die für die Versorgung der entsprechenden Verletzung erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter nach Ziffer 2.2, 2.3.1 und 2.4. Es muss ggf. um die Ärzte nach 2.3.2 erweitert werden können.

2.6.3. Mindestens ein Arzt aus dem initialen Basisteam muss über eine qualifizierte Ausbildung im Schockraummanagement (z. B.: in Advanced Trauma Life Support (ATLS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. oder vergleichbare Ausbildung) verfügen. Die Hälfte der im Schockraum eingesetzten Ärzte soll über eine entsprechende Qualifikation verfügen.

2.6.4 Zur notwendigen apparativen Ausstattung der Notaufnahme gehören:

- Labor;
- Atemwegssicherung und Beatmung,
- Pulsoxymetrie, Absauganlage,
- EKG-Monitor,
- Defibrillator,
- Invasive Druckmessung,
- Not-OP-Sets,
- Notfallmedikamente,
- Konventionelle Röntgenmöglichkeit,
- Röntgen-Bildverstärker,
- Computertomographie-Einrichtung in unmittelbarer Nähe zum Schockraum,
- Angiographiearbeitsplatz,
- Interventionelle Radiologie,
- Ultraschallgerät, Gefäßdoppler,
- Blutbank,
- Schienen- und Extensionssysteme,
- Temperiersysteme für Patienten sowie für Infusionen und Blut.

2.6.5 Weiterhin müssen vorhanden sein:

- Hubschrauberlandeplatz im 24-Stunden-Betrieb in räumlicher Nähe zum Schockraum.
- Untersuchungs- und Behandlungsräume,

- Besondere Eingriffsräume nur für die Ambulanz, getrennt für Eingriffe bestimmter Kontaminationsgrade,
- Arzt- und Schreibzimmer

2.7 OP-Abteilung

2.7.1 In Bezug auf die operativen Kapazitäten ist die 24-stündige Bereitschaft erforderlich. Das Krankenhaus verfügt über OP-Einheiten in zweckentsprechender Größe und Ausstattung. Es sind OP-Säle zur gleichzeitigen Versorgung von zwei Schwerverletzten vorzuhalten.

Zur notwendigen apparativen Ausstattung der OP-Abteilung gehören insbesondere:

- Temperiersysteme für Patienten sowie für Infusionen und Blut
- Cell-Saver
- Röntgen-Bildverstärker
- Vergrößerungshilfen
- Fixateur externe Systeme zur Notfallversorgung

2.7.2 Ausstattung und Funktionsabläufe müssen der besonderen Aufgabenstellung in der unfallchirurgischen Versorgung (z. B. lebensrettende Sofortoperationen, nicht planbare Notoperationen, aseptische Eingriffe mit besonders hohem Infektionsrisiko, Eingriffe bei septischen Komplikationen) entsprechen.

2.7.3 Zur Unterstützung der betrieblich-organisatorischen Abläufe ist durch eine adäquate räumliche Gliederung der Räume für Eingriffe nach Gr. I/II und Gr. III/IV (eigenständiger oder abtrennbarer OP-Bereich, z.B. für Eingriffe bei Patienten, welche mit multiresistenten Erregern besiedelt sind) ein hygienisch einwandfreies Arbeiten sicherzustellen. Eigenständigen OP-Räumen/OP-Abteilungen für Eingriffe nach Gr. III/IV müssen Personalschleuse und Patientenübergaberaum nach Ziff. 2 der „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlung - S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000) zugeordnet sein. Abtrennbaren OP-Räumen für Eingriffe nach Gr. III/IV müssen eine eigene Personalumkleidemöglichkeit und ein eigener Patientenübergaberaum zugeordnet sein.

2.7.4 Die hygienischen Anforderungen an die baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Gestaltung richten sich entsprechend der besonderen Aufgabenstellung nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und den auf seiner Grundlage entwickelten „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlung - S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000) in der jeweils geltenden Fassung.

2.8 Intensivmedizinische Behandlung

Am Krankenhaus muss eine intensivtherapeutische Betreuung Schwerverletzter jederzeit gewährleistet sein. Erforderlich ist daher die 24-stündige Vorhaltung entsprechender Intensivkapazität. Hierzu gehören insbesondere:

- Facharzt mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin mit hauptamtlicher Tätigkeit als Stationsleitung

- Pflegekraft mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation als pflegerische Stationsleitung;
- Durchgehende Verfügbarkeit eines Facharztes mit mindestens der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin im Regeldienst und Anwesenheit innerhalb von 20 Minuten in Rufbereitschaft
- Ein Weiterbildungsassistent im Schichtdienst für bis zu 12 Betten; zwei Weiterbildungsassistenten bei höherer Bettenzahl
- Eine Pflegekraft für 2 Behandlungsplätze im Schichtdienst; eine Pflegekraft für einen Behandlungsplatz bei besonderen Situationen
- Physiotherapie
- Psychologische Betreuung

Der Flächenbedarf für die optimale Intensivpflege sowie die apparative Ausstattung der Intensivstation orientieren sich an den Vorgaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI)

2.9 Krankenhaushygiene

Das Krankenhaus erfüllt die notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Hierzu gehören insbesondere

2.9.1 die Einrichtung einer Hygienekommission unter Beteiligung der ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung, der Verwaltungsleitung sowie aller mit dem Hygienemanagement beauftragten Bereiche und Berufsgruppen,

2.9.2 die Sicherstellung der Beratung des Krankenhauses durch einen Krankenhaushygieniker mit der Qualifikation als Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Ab einer Größe von 400 Betten soll das Krankenhaus über einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker verfügen,

2.9.3 die Berufung von mindestens einem hygienebeauftragten Arzt, der auf seinem Gebiet über die Facharztqualifikation verfügt und weisungsbefugt ist sowie die erforderlichen Kenntnisse im Bereich der Infektionsprävention über eine Weiterbildung gemäß dem Rahmenplan des Robert-Koch-Institutes erworben hat.

2.9.4 Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention (Hygienefachkräfte) in angemessener Zahl in Anlehnung an die Richtzahlen der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen.

2.10 Sonstige sächliche und räumliche Ausstattung

Am Krankenhaus müssen weiterhin vorhanden sein:

- Überdachte Krankenwagenanfahrt
- Zentrale Sterilgutversorgung mit getrennter Ein- und Ausgabe (auch im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit Leistungserbringern außerhalb des Krankenhauses)
- Angiografie
- Endoskopiegeräte
- Elektroencephalografiegeräte

- 24-stündig dienstbereites Labor
- Magnetresonanztomographie (MRT)

2.11 Rehabilitation/Teilhabe und Weiterbehandlung

2.11.1 Zur Durchführung des Reha-Managements gemäß dem Handlungsleitfaden Reha-Management der DGUV ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt eine Reha-Planung gemeinsam mit den Versicherten und dem zuständigen Unfallversicherungsträger vorzunehmen. Diese ist entsprechend der Vereinbarung von den Beteiligten umzusetzen. Über Abweichungen und Verzögerungen der Reha-Planung informieren sich die Beteiligten unverzüglich, damit eine umfassende Anpassung erfolgen kann.

Für die Durchführung des Reha-Managements benennt das Krankenhaus einen festen, kurzfristig verfügbaren Ansprechpartner (mindestens weisungsbefugter Oberarzt der Unfallchirurgie). Dieser muss in der Lage sein, die nötigen Kompetenzen und Leistungen der unterschiedlichen Fachbereiche der SAV-Klinik unmittelbar zu gewährleisten.

2.11.2 Das Krankenhaus muss sofort einsetzende und bereits die Akutphase begleitende Maßnahmen der Physiotherapie, der physikalischen Therapie und der der Ergotherapie gewährleisten.

Dies setzt den Einsatz von Akut-Rehabilitationsteams unter Leitung eines Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie bzw. mit mindestens dreijähriger Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin voraus.

Das Rehabilitationsteam bildet die folgenden Therapiebereiche ab:

- Physiotherapie/Krankengymnastik
- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Psychotherapie
- Schmerztherapie

Dafür müssen Räumlichkeiten, apparative Ausstattung sowie ausgebildete Therapeuten in genügender Zahl zur Verfügung stehen.

2.11.3 Der Durchgangsarzt ist verantwortlich für:

- die Planung, Veranlassung und Überwachung der physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen während der stationären Akutbehandlung, die für die zügige Erreichung der Rehabilitations- und Teilhabeziele erforderlich sind; für diese Übungsbehandlungen müssen ausgebildete Therapeuten in genügender Zahl zur Verfügung stehen,
- für die nahtlose Planung, Verordnung und Überwachung der zeitgerecht an die akutstationäre Behandlung anschließenden Behandlungen erforderlichen Maßnahmen zur therapeutischen Behandlung und Rehabilitation (insbesondere Physio- und Ergotherapie, EAP und BGSW),
- die nahtlose Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung. Dem weiterbehandelnden Arzt sind die erforderlichen ärztlichen Unterlagen unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

2.11.4 In Zusammenarbeit mit von der DGUV oder den Unfallversicherungsträgern vertraglich eingebundenen Leistungserbringern von Hilfsmittelversorgungen stellt das Krankenhaus sicher, dass die Versorgung in der Regel innerhalb von zwei Arbeitstagen erfolgt. Bei der Versorgung mit orthopädischen Schuhen hat die Versorgung in der Regel innerhalb von 7 Arbeitstagen zu erfolgen.

2.11.5 Ist die Entlassung absehbar, nimmt das Krankenhaus zur Abstimmung von Art, Durchführung und Einrichtung der weiterführenden Rehabilitation Kontakt mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger auf. Die Planung der weiterführenden Rehabilitation richtet sich nach dem Handlungsleitfaden Reha-Management der DGUV.

3. Pflichten

3.1 Krankenhausträger und Ärzte haben die Unfallversicherungsträger bei der Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen.

3.2 Der Durchgangsarzt und der Krankenhausträger verpflichten sich zur Anwendung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger in der jeweils gültigen Fassung; der Krankenhausträger hat den Durchgangsarzt bei der Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten zu unterstützen.

3.3 Die Pflichten des Durchgangsarztes richten sich im Übrigen nach den Anforderungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 34 SGB VII zur Beteiligung von Ärzten am Durchgangsarztverfahren in der jeweils geltenden Fassung.

3.5 Das Krankenhaus sollte sich an den regionalen Traumanetzwerken der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e.V. beteiligen.

3.6 Krankenhausträger und Durchgangsarzt verpflichten sich ferner:

3.6.1 an den von den Landesverbänden der DGUV an den BG-Kliniken eingerichteten Qualitätszirkeln teilzunehmen,

3.6.2 für die Bereiche des VAV und des SAV geltende Heilverfahrens- und Rehabilitationsstandards der DGUV zu beachten und umzusetzen,

3.6.3 den Datensatz entsprechend § 21 KHEntgG an die DGUV zu liefern,

3.6.4 mit den von den Unfallversicherungsträgern beteiligten Einrichtungen für Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) und Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) zusammenzuarbeiten,

3.6.5 den zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) unverzüglich über alle die Beteiligung betreffenden Änderungen, z. B. personeller, organisatorischer oder baulicher Art, insbesondere das Ausscheiden des unter 2.1 genannten Arztes, zu unterrichten,

3.6.6 in jeder Phase das Reha-Management und den Besuchsdienst der Unfallversicherungsträger zu unterstützen

3.6.7 für den Bereich des SAV geltende Heilverfahrens- und Rehabilitationsstandards der DGUV zu beachten und umzusetzen.

3.6.8 dem zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) auf Verlangen Einsicht in die nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz zu fertigenden Aufzeichnungen zu gewähren,

3.6.9 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger zur Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

3.6.10 am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern teilzunehmen,

3.6.11 ärztliche Unterlagen und Röntgenaufnahmen über Unfallverletzte mindestens 15 Jahre aufzubewahren,

3.6.12 über die Unfallverletzten vollständig Krankenblätter zu führen und Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen etc. jederzeit dem Unfallversicherungsträger zur Verfügung zu stellen,

3.6.13 durch den Landesverband der DGUV jederzeit prüfen zu lassen, ob diese Anforderungen noch erfüllt sind,

3.6.14 sicherzustellen, dass die Einhaltung dieser Anforderungen auch durch externe, in die Behandlung einbezogene Leistungserbringer gewährleistet wird,

3.6.15 an Maßnahmen der Unfallversicherungsträger zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken.

3.7 Für die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern im SAV und den UV-Trägern gelten über die Regelungen des Arztervertrags hinaus grundsätzlich die folgenden Fristen:

- Eingang des Durchgangsarztberichtes beim Unfallversicherungsträger spätestens drei Werktage nach Erstbehandlung.
- Eingang des Entlassungsberichts beim Unfallversicherungsträger spätestens 3 Werktage nach der Entlassung aus stationärer Behandlung.
- Durchführung von Heilverfahrenskontrollen einschließlich der Berichterstattung innerhalb von 10 Kalendertagen nach Anforderung durch den UV-Träger.
- Bei planbaren stationären Behandlungsmaßnahmen, die durch den UV-Träger eingeleitet werden, unverzügliche stationäre Aufnahme, spätestens innerhalb einer Woche. Gleiches gilt für ambulante Vorstellungen.
- Für die Gutachtenerstellung gelten grundsätzlich die Regelungen des Arztervertrags; bei komplexen Gutachten gilt ein Zeitziel von 8 Wochen nach Auftragsingang.

Das Krankenhaus dokumentiert die Einhaltung dieser Zeitziele.

4. Beteiligung

4.1 Die Beteiligung eines Krankenhauses am SAV kann auf Antrag des Krankenhausträgers durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß § 53 SGB X mit der Deutschen

Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), vertreten durch ihren jeweils zuständigen Landesverband, erfolgen. Sie kann an einem Standort eines Krankenhauses nicht an mehrere verantwortliche Ärzte im Sinne von 2.1 gebunden werden.

4.2 Die Beteiligung endet bei:

4.2.1 Ausscheiden des Durchgangsarztes oder

4.2.2 Schließung oder Verlegung des Krankenhauses, des Standorts des Krankenhauses oder der Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter.

4.3 Die Beteiligung wird nach jeweils 5 Jahren überprüft. Der 5-Jahres Zeitraum beginnt mit dem auf die Beteiligung folgenden Kalenderjahr.

4.4 Die Beteiligung wird gekündigt

4.4.1 wenn die personelle und sächliche Ausstattung des Krankenhauses nicht mehr den unter 2. genannten Anforderungen entspricht,

4.4.2 bei wiederholter oder schwerwiegender Pflichtverletzung durch den Durchgangsarzt oder den Krankenhausträger,

4.4.3 nach Maßgabe des § 59 SGB X oder,

4.4.4. wenn in dem 5-Jahreszeitraum nach 4.3 jährlich weniger als 75 Arbeitsunfälle im Verletzungsartenverfahren oder Schwerstverletzungsartenverfahren insgesamt von dem Krankenhaus versorgt wurden. Die Fallzahl von 75 gilt als erreicht, wenn sie im Jahresdurchschnitt oder in den letzten drei Jahren des Fünf-Jahres-Zeitraumes jeweils erreicht wurde. Von einer Kündigung kann abgesehen werden, wenn diese zu einer Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche führen kann.

Katalog der Versorgungen von Kindern und Jugendlichen nach Ziffer 2.2.2 der SAV-Anforderungen

Art der Versorgung	Geforderte Anzahl* für VAV
Operative Behandlungen von Gefäß-, Nerven-, Sehnenverletzung	10
Operative Frakturversorgung Oberarm und Ellenbogen	20
Operative Frakturversorgung Unterarm und Hand	20
Operative Frakturversorgung Schenkelhals und Oberschenkel	10
Operative Frakturversorgung Knie und Unterschenkel	20
Operative Frakturversorgung Sprunggelenk und Fuß	10
Operative oder konservative Versorgung pathologischer Frakturen	5
Komplexe Wundversorgung, Amputationen, Infektionen	15
Schwerverletztenversorgung ISS \geq 16	5
Konservative. Frakturversorgung obere Extremität	40
Konservative Frakturversorgung untere Extremität	20

Verletzungsartenverzeichnis

Verletzungsartenverzeichnis mit Erläuterungen unter Einschluss des Schwerstverletzungsartenverfahrens in der Fassung vom 1. Januar 2013

1	Ausgedehnte oder tiefgehende Verletzungen der Haut und des Weichteilmantels, Amputationsverletzungen, Muskelkompressionssyndrome, thermische und chemische Schädigungen
2	Verletzungen der großen Gefäße
3	Verletzungen der großen Nervenbahnen einschl. Wirbelsäulenverletzungen mit neurologischer Symptomatik
4	Offene oder gedeckte mittelschwere und schwere Schädel-Hirnverletzungen (ab SHT Grad II)
5	Brustkorb- und Bauch-Verletzungen mit operationsbedürftiger Organbeteiligung einschl. Nieren und Harnwege
6	Komplexe Brüche der großen Röhrenknochen, insbesondere mehrfache, offene und verschobene Frakturen
7	Schwere Verletzungen großer Gelenke, insbesondere bei Rekonstruktionsbedürftigkeit; im Kindesalter zusätzlich operationsbedürftige Frakturen mit Beteiligung der Wachstumsfuge und operationsbedürftige gelenknahe Frakturen.
8	Schwere Verletzungen der Hand
9	Brüche des Gesichtsschädels und des Rumpfskeletts mit Operationsbedürftigkeit bei Verschiebung und Instabilität
10	Mehrfachverletzungen mit schwerer Ausprägung; besondere Verletzungskonstellationen bei Kindern

Die nachfolgenden ergänzenden Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis geben zusätzliche Hinweise für die Zuordnung bestimmter Verletzungsarten:

Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis unter Einschluss Schwerstverletzungsartenverfahren

(in der Fassung vom 01. 01.2013)

Die folgenden Ausführungen sollen die 10 Punkte des Verletzungsartenverzeichnisses erläutern und eingrenzen. Naturgemäß kann nicht jede denkbare und individuelle Verletzungskonstellation aufgeführt werden. Für seltene und komplexe Situationen gilt der aufgezeigte Rahmen somit sinngemäß. **In Fettdruck sowie mit Klammerzusatz (S) gekennzeichnete Konstellationen sind Krankenhäusern mit Zulassungen zum Schwerstverletzungsartenverfahren vorbehalten.** Die Behandlung einer vital bedrohlichen (z. B. Milzzerreiung) oder hoch dringlich zu versorgenden (z. B. Muskelkompressionssyndrom) Verletzung hat selbstverständlich Vorrang vor den Regelungen für Zuweisungen und Verlegungen im Verletzungsartenverfahren. In diesen Fällen und entsprechend bei Konstellationen des Schwerstverletzungsartenverfahrens erfolgt die Verlegung in ein beteiligtes Krankenhaus zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

In Zweifelsfällen, ob eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, und insbesondere bei abzuklärender Operationsnotwendigkeit hat grundsätzlich die Vorstellung in einem am Verletzungsartenverfahren bzw. am Schwerstverletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhaus zu erfolgen.

Als große Gelenke im Sinne dieses Katalogs gelten an der oberen Extremität Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk (bezüglich Hand siehe Punkt 8), an der unteren Extremität Hft-, Knie-, oberes und unteres Sprunggelenk sowie die angrenzenden Gelenkreihen der Fußwurzel (Chopart- und Lisfranc-Gelenk).

Als schwere Verletzungen gelten Brüche mehrerer Röhrenknochen an einer Extremität, prinzipiell alle Brüche mit Gelenkverwerfung sowie Verletzungen von Kapseln und Bändern mit Instabilität bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit. **Als sehr schwere Verletzungen gelten alle Brüche mit starker Verschiebung, komplexen Bruchformen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung (z.B. nach Gustillo Grad III für offene oder Tscherne Grad III für geschlossene Weichteilschäden) oder bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung oder bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln einschließlich des Kompartmentsyndroms im Verlauf.**

1. 1.1(V) Alle Amputationsverletzungen, auch der Großzehe, ausgenommen Zehenendgliedknochen.
1.1(S) Vorgenannte Amputationsverletzungen bei gegebener oder abzuklärender Replantationsmglichkeit und bei Notwendigkeit prothetischer Versorgung, bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung oder bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln im Verlauf.
- 1.2(V) Muskelkompressionssyndrome in allen Lokalisationen mit klinischer Symptomatik und gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.
1.2(S) bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung, bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln im Verlauf.
- 1.3(S) Thermische und chemische Schädigungen einschließlich Stromverletzungen mit einer Ausdehnung über 15 % der Körperoberfläche (2.-gradig), 3.-gradige Schädigungen über 10 % (beachte abweichende Berechnung der brandverletzten Körperoberfläche bei Kindern).**
- 1.4(S) Alle Brandverletzten mit zusätzlichem Inhalationstrauma, zusätzlichen relevanten Verletzungen, mit Schock, elektrischen Verletzungen, oder Beteiligung von Händen, Füßen, Gesicht oder Anogenitalregion. Alle brandverletzten Patienten mit relevanten Vorerkrankungen wie z.B. schwerwiegende Vorerkrankungen kardialer oder pulmonaler Genese, Störungen des Sehens, Verständigungsprobleme, oder Alter über 60 Jahre, oder Kinder unter 8 Jahren.**

- 1.5(V) Schwere Weichteilverletzungen mit zu erwartenden Hautverlusten. Ausgedehnte offene und geschlossene Weichteilabhebungen (Decollement) mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen.
- 1.5(S) Vorgenannte Weichteilverletzungen bei gegebener bzw. abzuklärender Notwendigkeit einer Lappenplastik oder bei tiefgehenden, ausgedehnten oder fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung oder bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln einschl. des Kompartmentsyndroms im Verlauf.**
2. 2(V) Durchtrennungen, Zerreißen und andere akute traumatische Verschlüsse der großen Gefäße des Körperstammes, der Transportarterien an den Extremitäten einschließlich Unterschenkel und Unterarm (bezüglich Hand siehe Punkt 8) sowie der großen Begleitvenen proximal von Ellenbogen- und Kniegelenk.
- 2(S) Vorgenannte Gefäßverletzungen in Kombination mit komplexen Knochen-Gelenk-Verletzungen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung (Vorrang der Notfallindikation siehe Präambel) oder bei tiefgehenden, ausgedehnten oder fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung oder bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln im Verlauf.**
3. **3.1(S) Verletzungen des Rückenmarks, der Nervenwurzeln oder der großen Nervengeflechte des Armes oder des Beines**
- 3.2(V) Verletzungen der Stammnerven des Ober- und Unterarmes (Nervus radialis, Nervus medianus, Nervus ulnaris) oder des Beines (Nervus ischiadicus, Nervus femoralis) einschließlich des Unterschenkels (Nervus peroneus, Nervus tibialis).
4. 4.1(V) Gedeckte Schädel-Hirn-Verletzungen mit mittelschwerer Ausprägung klinisch ab SHT Grad II (GCS<13), alle traumatisch bedingten strukturellen Veränderungen und Blutungen in bildgebenden Verfahren
- 4.2(S) Alle offenen Verletzungen mit Hirnbeteiligung, alle schweren Schädel-Hirn-Traumen mit substantieller oder diffus-axonaler Hirnverletzung oder intrakranieller Blutung oder wesentlicher Verschlechterung im Verlauf**
5. 5.1(V) Alle operationsbedürftigen Verletzungen des Brustkorbes einschließlich Brustkorbdrainagen. Alle Verletzungen mit Organbeteiligung und ausgedehnten oder transfusionsbedürftigen Blutungen. Alle Verletzungen mit Behinderung der Atemmechanik und des Gasaustausches mit drohender oder gegebener Beatmungsnötigkeit. Alle stumpfen Herzverletzungen (z.B. Kontusion, Perikarderguss).
- 5.1(S) Verläufe mit gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit bei Organverletzung oder septischen Verläufen z.B. mit Verschlechterung der Beatmungssituation**
- 5.2(V) Bauchverletzungen mit gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit, bei transfusionsbedürftigem Blutverlust, Verletzungen der Hohlorgane und Parenchymverletzungen von Leber, Milz oder Nieren.
- 5.2(S) Verläufe mit Bauchfellentzündung oder ausgeprägten Störungen der Darmmotilität.**
6. 6.1 (V) Im Kindesalter alle verschobenen Schaftbrüche an Oberarm, Unterarm (insbesondere Monteggia-Frakturen), Oberschenkel, Unterschenkel (auch isolierte Brüche von Schienbein und Wadenbein).
- 6.1 (S) Vorgenannte Schaftbrüche im Kindesalter bei begleitenden Gefäß- oder Nervenverletzungen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung.**

6.2(V) Brüche des Schlüsselbeines bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit bei starker Verschiebung und komplexen Bruchformen oder schwerer Weichteilverletzung.

6.3(V) Brüche des Oberarmes als Mehrteilebruch entsprechend Typ C der AO-Klassifikation, Etagenfrakturen oder mit Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

6.3(S) Vorgenannte Brüche des Oberarmes bei begleitenden Gefäß- oder Nervenverletzungen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung.

6.4(V) Brüche des Unterarmes (Elle und Speiche kombiniert oder einzeln) bei starker Verschiebung, Mehrteilebruch entsprechend Typ C der AO-Klassifikation, Etagenbruch oder mit Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

6.4(S) Vorgenannte Brüche des Unterarmes bei begleitender Gefäß- / Nervenverletzung oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung.

6.5(V) Brüche des Oberschenkels bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

6.5(S) Vorgenannte Brüche des Oberschenkels bei begleitenden Gefäß-/Nervenverletzungen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung.

6.6(V) Brüche des Unterschenkels (Schienbein isoliert oder in Verbindung mit dem Wadenbein) bei starker Verschiebung, Mehrteilebruch entsprechend Typ C der AO-Klassifikation, Etagenbruch oder mit Gelenkbeteiligung bei gegebener abzuklärender Operationsbedürftigkeit

6.6(S) Vorgenannte Brüche des Unterschenkels bei begleitenden Gefäß-/Nervenverletzungen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung.

6.7(V) Brüche mehrerer Röhrenknochen an einer Extremität bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

6.7(S) Vorgenannte Brüche mehrerer Röhrenknochen bei starker Verschiebung und komplexen Bruchformen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung oder bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung oder bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln einschließlich des Kompartmentsyndroms, auch im Verlauf.

7. 7.1(V) Verletzungen bei Kindern bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit: Gelenkverrenkungen, insbesondere mit begleitenden Brüchen oder Abrissen wie Ellenbogenverrenkung mit Abriss der Oberarm-Epikondylen; Brüche mit Gelenkbeteiligung und offenen Wachstumsfugen sowie potentieller Störung des Wachstums entsprechend Aitken Typ II und Typ III (AO E 3 und E 4), wie Brüchen der Oberarmkondylen; Ellenbogenbrüchen, Ausrissen der Interkondylenhöcker des Schienbeines am Kniegelenk, körperferne Schienbeinbrüche einschl. Übergangsbrüche, Innen- und Außenknöchelbrüche; Brüche der Metaphyse mit besonderem Risikopotential, insbesondere verschobene körpernahe Oberarmbrüche, verschobene distale (suprakondyläre) Oberarmbrüche, verschobene Radiushalsbrüche, Brüche des Oberschenkelhalses, verschobene körperferne Oberschenkelbrüche, körpernahe Unterschenkelbrüche;

7.1(S) Vorgenannte Verletzungen bei Kindern bei stark verschobenen Brüchen mit schwieriger Reposition oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung.

7.2(S) Verrenkungen des Brustbein-Schlüsselbein-Gelenkes bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

7.3(V) Verrenkungen und Brüche des Schultergelenkes bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.

7.4(S) Brüche des Schulterblattes mit und ohne Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit .

7.5(V) Verrenkungsbrüche des Schultergelenkes, mehrfragmentäre verschobene Brüche des Oberarmkopfes bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.

7.5(S) Vorgenannte Verrenkungsbrüche des Schultergelenkes oder vorgenannte Brüche des Oberarmkopfes bei gegebener oder abzuklärender Indikation zum primären Gelenkersatz.

7.6(V) Brüche und Verrenkungen des Ellenbogengelenkes bei gegebener oder abzuklärender Operationsindikation.

7.6(S) Vorgenannte Brüche und Verrenkungen des Ellenbogengelenkes bei Kombinationsverletzungen oder gegebener oder abzuklärender Indikation zum primären Gelenkersatz.

7.7(V) Körperferne Speichenbrüche bei starker Verschiebung und Gelenkbeteiligung entsprechend Typ C3.

7.8(V) Gelenkbetreffende Brüche des körperfernen Oberschenkels bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

7.8(S) Vorgenannte gelenkbetreffende Brüche des körperfernen Oberschenkels bei Komplex- und Mehrfragmentverletzungen entsprechend C3 nach AO-Klassifikation.

7.9(V) Instabilitäten des Kniegelenkes bei vorderer Kreuzbandverletzung in Kombination mit Verletzung eines Seitenbandes oder eines Meniskus oder des Knorpels, auch bei Instabilitäten des Kniegelenks bei Seitenbandverletzung in Kombination mit Verletzung der Menisken oder des Knorpels; bei Kindern alle Kreuzbandverletzungen und knöchernen Ausrisse mit Verschiebung.

7.10(S) Verletzungen des hinteren Kreuzbandes.

7.11(V) Brüche des körpernahen Unterschenkels mit Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit

7.11(S) Vorgenannte Brüche des körpernahen Unterschenkels mit Gelenkbeteiligung bei Verrenkungsbrüchen mit starker Verschiebung und mehreren Fragmenten (entsprechend Typ C3 nach AO-Klassifikation).

7.12(V) Brüche der Kniescheibe bei bestehender oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit; rekonstruktionsbedürftige Knorpel-Knochen-Abbrüche bei Kindern.

7.13(V) Brüche des körperfernen Schienbeines mit Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

7.13(S) Vorgenannte Brüche des körperfernen Schienbeines mit Gelenkbeteiligung bei starker Verschiebung und Mehrteilebrüchen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung.

7.14(V) Brüche und/oder Verrenkungen der Knöchelgabel bei Komplettriss des Zwischenknochenbandes (Typ Weber C), verschobenem Abriss des Volkmann'schen Dreiecks, Komplettriss des Deltabandes oder Bruch des Innenknöchels.

7.15(S) Komplexe Brüche und Verletzungen des oberen Sprunggelenkes bei starker Verschiebung oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung.

7.16(V) Brüche oder Verrenkungen des Sprungbeines, des Fersenbeines, der Fußwurzel einschl. instabiler Verletzungen der Lisfranc-Gelenkreihe bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit

7.16(S) Vorgenannte Brüche oder Verrenkungen des Sprungbeines, des Fersenbeines, der Fußwurzel einschließlich Verletzungen der Lisfranc-Gelenkreihe bei starker Verschiebung oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung.

8. 8.1(S) Amputationsverletzungen (ausgenommen Fingerendglied) einschließlich Endgliedverletzungen des Daumens.

8.2(V) Stark verschobene oder gelenkbeteiligende oder mehrfache Brüche der Mittelhandknochen oder der Langfinger, am ersten Mittelhandknochen in jeder Form.

8.3(V) Unverschobene Brüche der Handwurzelknochen oder isolierte Bandverletzungen bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit

8.3(S) Verschobene Brüche der Handwurzel mit oder ohne Bandverletzungen mit offensichtlicher oder fraglicher Instabilität.

8.4(S) Verletzungen der Stammnerven (Nervus medianus, Nervus ulnaris, Ramus profundus, Nervus radialis) und von funktionell bedeutsamen Fingernerven (z. B. in der Greifzone des Daumens oder des Zeigefingers sowie der Außenseite des Kleinfingers) - auch am Unterarm.

8.5(S) Gefäßverletzungen im Bereich der Hand mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen, auch bei fraglicher Operationsbedürftigkeit - auch am Unterarm.

8.6(V) Beugesehnenverletzungen und Verletzungen mehrerer Strecksehnen - auch am Unterarm.

8.7 (S) Alle unter 8. vorgenannten Verletzungen bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung oder bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln einschließlich des Kompartmentsyndroms im Verlauf.

9. 9.1(V) Geschlossene und offene Brüche des Hirn- und Gesichtsschädels bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

9.1(S) Vorgenannte geschlossene und offene Brüche des Hirn- und Gesichtsschädels bei starker Verschiebung, hoher Komplexität oder schwerem Weichteilschaden.

9.2(V) Wirbelbrüche mit Fehlstellung oder Instabilität bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit (AO Typen A2.3, A3, B und C).

9.2(S) Vorgenannte Wirbelbrüche bei begleitenden neurologischen Ausfällen und Notwendigkeit der Rekonstruktion der vorderen Säule an BWS / LWS. Verletzungen der oberen Halswirbelsäule (Segmente C0-C2 / C3) mit Fehlstellung oder Instabilität bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

9.3(V) Beckenringbrüche mit Fehlstellung oder Instabilität (entsprechend AO-Typen B und C) bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit.

9.3(S) Vorgenannte Beckenringbrüche bei starker Verschiebung und Rekonstruktionsnotwendigkeit des hinteren Beckenringes.

9.4(V) Brüche oder Verrenkungsverletzungen des Hüftgelenkes.

9.4(S) Vorgenannte Brüche und Verrenkungsverletzungen des Hüftgelenkes bei Ein- oder Zweipfeilverletzungen der Hüftpfanne.

9.5(S) Alle unter 9. genannten Verletzungen bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung oder bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln einschließlich des Kompartmentsyndroms im Verlauf.

10. 10.1(V) Polytrauma und weitere schwere Verletzungen mit mäßiger Ausprägung (Injury severity score zwischen 16 und 24).

10.1(S) Polytrauma und weitere schwere Verletzungen mit schwerer Ausprägung (Injury severity score ab 25, bei Kindern ab Injury severity score 16).

Verläufe mit Sepsis und Organversagen insbesondere bei Indikation zu Organersatzverfahren.

10.2(S) Mehrfachverletzungen der Extremitäten als Kettenverletzung an einer Extremität oder paari-ge Verletzung an den unteren oder oberen Extremitäten, auch rehabilitationseinschränkende Kombi-nationen von Verletzungen an unterer und oberer Extremität, bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung, bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln im Verlauf.

10.3(S) Verletzungskombination oder – konstellation bei Kindern, die eine besondere kindertrauma-tologische Kompetenz erfordern wie:

Kopfverletzung mit Schädel-Hirn-Trauma II. oder III. Grades, Impressionsfraktur, neurologische Symp-tomatik,

Organverletzungen wie Thoraxtrauma mit Lungenkontusion, Abdominaltrauma mit Organverletzung, Beckenfraktur oder Frakturen von zwei langen Röhrenknochen der unteren Extremität

Intensivtherapie über 24 Stunden oder

Komplikationen im Verlauf wie unter 10.1(S) und 10.2(S).

10.4(S) Kombinationen von Verletzungsformen mit vorbestehenden Erkrankungen oder Störungen, die den Heilungsverlauf oder die Rehabilitation nachhaltig beeinflussen wie z.B. schwerwiegende Vorerkrankungen kardialer oder pulmonaler Genese, Störungen des Sehens, Verständigungsproble-me.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - DGUV
Landesverband Nordwest
Postfach 37 40
30037 Hannover

Fax: 0511/987 2266

Erklärung zu Rundschreiben D 14/2012 – Neuordnung stationäre Heilverfahren

Ich bestätige hiermit, das o. g. Rundschreiben nebst Anlagen zur Kenntnis genommen zu haben.

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Arztstempel