



SVLFG

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau



DGUV

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)

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

Stand 1. Juli 2023

Präambel

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben mit allen geeigneten Mitteln einen durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit 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 (Soziale Teilhabe) 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 Ärztinnen 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 SGB VII).

Die nachfolgenden Anforderungen und Pflichten definieren die von den Krankenhäusern auf ihrem

Campus zu erfüllenden Voraussetzungen zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Sie stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Verletzungsartenverzeichnis, welches die Zuweisung von Arbeitsunfallverletzten in Krankenhäuser der jeweiligen Verfahrensstufe nach Art und Schwere der Verletzung regelt.

Die vorzuhaltenden Fachdisziplinen, Kompetenzen und Ausstattungsmerkmale orientieren sich dabei folgerichtig an der entsprechenden Verfahrensstufe. Die Versorgung in Spezialzentren (z. B. Querschnittgelähmtenzentren, Schwer-Brandverletztenzentren) bleibt von dieser Zuweisung unberührt.

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 innerhalb der ersten vier Monate nach dem Unfall. Komplikationen nach Ziffer 11 (S) des Verletzungsartenverzeichnisses sind zu jedem Zeitpunkt als SAV-Verletzung zu behandeln.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die von ihnen beteiligten Ärzte und Ärztinnen und Krankenhäuser bekennen sich zu den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention und verpflichten sich zur 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 genannten besonderen Anforderungen und Pflichten erfüllt und

1.1 es in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus), Hochschulklinik oder BG Klinik 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 oder einer Durchgangsärztin geleitet wird,

1.4 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 Ärztliche Leitung (Durchgangsarzt oder Durchgangsärztin)

2.1.1 Der Leiter und die Leiterin der Abteilung (Chefarzt/Chefärztin oder Direktor/Direktorin) nach Ziffer 1.3 des Krankenhauses muss

2.1.2 gemäß den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII als Durchgangsarzt und Durchgangsärztin beteiligt sein,

2.1.3 nach Erwerb der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ mindestens drei Jahre in der Abteilung zur Behandlung Schwerst-Unfallverletzter eines am SAV beteiligten Krankenhauses vollschichtig unfallchirurgisch tätig gewesen sein.¹

2.1.4 Tätigkeitszeiten in der

- Handchirurgie,
- Kindertraumatologie,
- Neurochirurgie

können bis zur Dauer von sechs Monaten auf die drei Jahre angerechnet werden, wenn sie in einem am VAV oder SAV beteiligten Krankenhaus vollschichtig erbracht wurden.¹

2.1.5 über die volle Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen.

2.1.6 Sofern im Anschluss an die Tätigkeit nach Ziffer 2.1.3 die unfallchirurgische Tätigkeit länger als ein Jahr unterbrochen wurde, ist ein

¹ Werden diese Tätigkeiten in Teilzeit erbracht, muss die Teilzeitbeschäftigung mindestens die Hälfte der wöchentlichen

Arbeitszeit betragen. Die geforderten Tätigkeitszeiten verlängern sich in diesen Fällen entsprechend.

Nachweis über aktuelle unfallchirurgische Kenntnisse für die Versorgung von Schwerstverletzten zu führen.

2.1.7 Im Ausland ausgeübte Tätigkeiten können max. 24 Monate auf die Zeiten nach Ziffer 2.1.3 angerechnet werden, wenn sie vollschichtig in Einrichtungen erbracht wurden, deren Leistungsspektrum dem eines am SAV beteiligten Krankenhauses entsprechen.¹

2.2. Vertretung der Durchgangsärztin und des Durchgangsarztes

2.2.1 Neben dem Arzt oder der Ärztin nach Ziffer 2.1 müssen in dieser Abteilung in der Regel mindestens vier weitere Ärzte oder Ärztinnen mit Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ vollschichtig angestellt sein. Hiervon müssen mindestens drei Ärzte oder Ärztinnen als ständige Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt sein. Teilzeitbeschäftigungen werden entsprechend ihres Umfangs berücksichtigt.

2.2.2 Der Arzt oder die Ärztin nach Ziffer 2.1 oder deren Vertretung verfügen über Erfahrungen in der (operativen) Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und weisen diese durch einen entsprechenden Katalog nach. Dieser Nachweis kann auch durch Vorlage des Masterzertifikates Kindertraumatologie der DGU/SKT/DGKCH erfolgen.

2.3 Verfügbarkeit ärztlicher Kompetenzen

2.3.1 24-stündige Anwesenheit

Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen 24 Stunden anwesend sein:

- Facharzt oder Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Facharzt oder Fachärztin für Anästhesiologie
- Facharzt oder Fachärztin für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden.)
- Facharzt oder Fachärztin für Neurochirurgie (In der Neurochirurgie ist die 24-stündige Anwesenheit des Fachgebietes mindestens auf Niveau von Assistenten oder Assistentinnen in Weiterbildung sicherzustellen.)

2.3.2 24-stündige Verfügbarkeit

Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen im Tagdienst anwesend sein, außerhalb des Tagesdienstes mindestens in Rufbereitschaft, d. h. spätestens innerhalb von 30 Minuten, am Krankenhaus zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten verfügbar sein:

- Facharzt oder Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“
- Facharzt oder Fachärztin mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie
- Facharzt oder Fachärztin für Radiologie²

2.3.3 Verfügbarkeit weiterer Fachkompetenzen

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

- Facharzt oder Fachärztin für Augenheilkunde
- Facharzt oder Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Facharzt oder Fachärztin für Gefäßchirurgie

² Die Rufbereitschaft kann auch teleradiologisch sichergestellt werden. Bei Bedarf muss die Anwesenheit innerhalb von 30 Minuten gewährleistet sein.

- Facharzt oder Fachärztin für Herz- oder Thoraxchirurgie
- Facharzt oder Fachärztin für HNO
- Facharzt oder Fachärztin für Innere Medizin
- Facharzt oder Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Facharzt oder Fachärztin für Neurologie
- Facharzt oder Fachärztin für Plastische Chirurgie
- Facharzt oder Fachärztin für Urologie

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

2.4 Besondere Kompetenzen

2.4.1 Medizinische Versorgung von schweren Verletzungen

Eine Beteiligung am SAV setzt voraus, dass in der Versorgung ausgewählter schwerer Verletzungsarten, die für die medizinische Rehabilitation und die beruflich-soziale Teilhabe der betroffenen Arbeitsunfallverletzten und ihrer Unfallversicherungsträger Bedeutung besitzen, eine regelmäßige Übung und Erfahrung besteht. Diese regelmäßige Übung und Erfahrung ist durch Nachweis von Mindestfallzahlen zu belegen. Ausgewählte schwere Verletzungen stellen nach diesen Anforderungen Frakturen des Rumpfskeletts (Wirbelsäule und Becken), Frakturen/Verletzungen an den oberen und unteren Extremitäten, Weichgewebedefekte, Polytraumata sowie schwere Schädel-Hirnverletzungen dar. Die konkrete Definition der Verletzungsarten, der jeweiligen medizinischen Versorgung sowie die jeweiligen Mindestfallzahlen ergeben sich aus Anlage 1. Maßgebend ist das Kalenderjahr vor Antragstellung oder Rezertifizierung gem. Ziffer 4.2. Hilfsweise können mehrere Kalenderjahre in die Betrachtung mit einfließen.

2.4.2 Versorgung und Betreuung von Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung

Eine Beteiligung am SAV setzt voraus, dass in der stationären Versorgung und Betreuung von Arbeitsunfallverletzten im VAV und SAV eine regelmäßige Übung und Erfahrung besteht. Die regelmäßige Übung und Erfahrung betreffen u. a. die besonderen Heilverfahren, das spezifische Berichts- und Ordnungswesen sowie das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Eine regelmäßige Übung und Erfahrung nach diesen Anforderungen liegt vor, wenn in einem Fünf-Jahreszeitraum vor Antragstellung oder Rezertifizierung nach Ziffer 4.2 jährlich mindestens 100 Arbeitsunfallverletzungen im VAV oder SAV insgesamt vom Krankenhaus versorgt wurden. Dies gilt als erfüllt, wenn die Fallzahl 100 im Jahresdurchschnitt oder in den letzten drei Jahren des Fünf-Jahreszeitraums jeweils erreicht wurde.

2.4.3 Versorgung von Kindern

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 oder Fachärztinnen für Kinderchirurgie oder Pädiatrie
- pädiatrisch erfahrenen Anästhesisten oder Anästhesistinnen
- Kinder-Intensivmedizinern oder Kinder-Intensivmedizinerinnen oder pädiatrisch erfahrenen anästhesiologischen und unfallchirurgischen Intensivmedizinern oder Intensivmedizinerinnen
- pädiatrisch erfahrenen Radiologen oder Radiologinnen

Sofern die oben genannten Fachdisziplinen nicht vorgehalten werden, soll die Weiterbehandlung in einer auf Kinder spezialisierten Klinik sichergestellt werden.

2.5 Nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Weiterhin müssen für die Versorgung von Arbeitsunfallverletzten in ausreichender Zahl verfügbar sein:

- Pflegekräfte der Bereiche Orthopädie und Unfallchirurgie und Anästhesiologie (24-stündige Anwesenheit)
- Medizinisch-technische Assistenten oder Assistentinnen für Radiologie und Labortätigkeit (24-stündige Anwesenheit)
- Physio- und Ergotherapeuten oder Physio- und Ergotherapeutinnen

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.

2.6 Psychotraumatologische Kompetenz

Weiterhin müssen Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen, die am Psychotherapeutenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. beteiligt sind, entsprechend der fachlichen Dringlichkeit hinzugezogen werden können. Sofern keine Beteiligung am Psychotherapeutenverfahren besteht, ist die psychotraumatologische Kompetenz in geeigneter Weise sicherzustellen und nachzuweisen.

2.7 Notaufnahme

2.7.1 In der Notaufnahme ist eine tägliche 24-stündige Bereitschaft zur Versorgung von Unfallverletzungen erforderlich. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass die Versorgung

von Arbeitsunfallverletzten in der Notaufnahme in den Verantwortungsbereich der Durchgangsarztin oder des Durchgangsarztes fällt.

2.7.2 Mindestens ein Arzt oder eine Ärztin 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.

2.7.3 Räumliche und apparative Ausstattung der Notaufnahme

2.7.3.1 Patienten-Transport

Jeweils in räumlicher Nähe zur Notaufnahme:

- Luftfahrtrechtlich genehmigter Hubschrauberlandeplatz im 24-Stunden-Betrieb, von dem die verletzte Person ohne weitere Umlagerung und ohne Nutzung von Transportfahrzeugen direkt in den Schockraum verbracht werden kann.
- Überdachte Anfahrt für Rettungs- und Krankenwagen.

2.7.3.2 Schockraum

- Ein Schockraum zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei schwerverletzten Personen (Mindestgröße 50 m²) oder zwei getrennte Schockräume (Mindestgröße jeweils 25 m²).
- Entsprechende Ausstattung zur Versorgung von Schwerverletzten und Polytraumatisierten, die Ausgestaltung muss sich z. B. an ATLS-Kriterien orientieren.
- Für eine Ganzkörper-Computertomografie (Traumaspirale) geeignetes Gerät in unmittelbarer Nähe.

2.7.3.3 Weitere Versorgung

- Mindestens zwei Eingriffsräume zur Notfallversorgung, getrennt für Eingriffe bestimmter Kontaminationsgrade.
- Ausreichende Anzahl von Untersuchungs- und Behandlungsräumen.

2.7.3.4 Bildgebende Verfahren

- Röntgen-Bildverstärker
- Ultraschallgerät, Gefäßduppler

2.7.3.5 Sonstiges

- Fläche für Triage
- Isolierbereich für infektiöse Patienten und Patientinnen
- Blutdepot
- Notfalllabor

2.7.4 Radiologie

- Magnetresonanztomografie (MRT)
- Computertomografie (CT)
- Angiografiearbeitsplatz
- Interventionelle Radiologie
- Konventionelle Röntgenmöglichkeit

2.8 OP Abteilung

Grundsätzlich sind die jeweils aktuellen Empfehlungen der KRINKO zur "Prävention postoperativer Wundinfektionen" einzuhalten. Aufgrund der besonderen Aufgabenstellung in der Versorgung Schwerstunfallverletzter (z. B. lebensrettende Sofortoperationen, nicht planbare Notoperationen, aseptische Operationen mit besonders hohem Infektionsrisiko, Operationen bei septischen Komplikationen) ist eine Zonierung der Operationsabteilung erforderlich. Wegen des sehr heterogenen OP-Spektrums ist mindestens eine temporäre Abtrennbarkeit zur Isolierung für ein spezifisches OP-Spektrum (z. B. hochaseptische Gelenkoperationen, Operationen von Patienten und Patientinnen mit Problemkeimen) vorzuhalten.

2.8.1 Zu- und Abgang

- Für getrennte OP-Zonen (siehe Ziffer 2.8) sind jeweils die zugeordneten Personalschleusen so zu gestalten, dass die OP-Abteilung im Sinne einer Einwegeführung über einen abgeschlossenen reinen Bereich betreten und über einen unreinen Bereich verlassen werden kann.
- Für getrennte OP-Zonen (siehe Ziffer 2.8) sind jeweils zugeordnete Patientenschleusen mit baulich getrennten reinen und unreinen Bereich vorzuhalten.
- Der Aufwachraum ist hygienisch eindeutig entweder der OP-Abteilung oder dem übrigen Krankenhausbereich zuzuordnen.

2.8.2 OP-Räume

- 24-Stunden Vorhaltung von ausreichend OP-Räumen zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten
- Vorhaltung eines OP-Raums, der die Anwendung von digitaler Schnittbildtechnik in der OP-Abteilung ermöglicht (Hybrid-OP)

2.8.3 Sonstiges

- Temperiersysteme für Patienten und Patientinnen sowie für Infusionen und Blut
- Cell-Saver
- 3D-Röntgen-Bildverstärker
- OP-Mikroskop
- Fixateur-Externe-Systeme zur Notfallversorgung

Jederzeitige Vorhaltung des notwendigen Instrumentariums und Osteosynthesematerials für die Versorgung von akuten Verletzungen, insbesondere auch im Bereich des Rumpfskeletts und der Hand.

2.9 Intensivmedizinische Behandlung

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

- Facharzt oder Fachärztin 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 oder einer Fachärztin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin im Tagdienst und Anwesenheit innerhalb von 30 Minuten in Rufbereitschaft
- mindestens ein/eine Weiterbildungsassistent/Weiterbildungsassistentin im Schichtdienst für bis zu 12 Betten
- Pflegekräfte in ausreichender Anzahl, die aktuellen gesetzlichen Regelungen zu den Personaluntergrenzen sind mindestens zu erfüllen
- Vorhaltung von gesonderten Intensivpflegezimmern für keimbelastete Patienten und Patientinnen (Isolierzimmer)
- physiotherapeutische Behandlungen
- 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 (DI-VI).

2.10 Krankenhaushygiene

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

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

2.10.2 die Beratung des Krankenhauses durch einen Krankenhaushygieniker oder einer Krankenhaushygienikerin mit der Qualifikation als Facharzt oder Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Ab einer Größe von 400 Betten muss das Krankenhaus über einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker oder eine hauptamtliche Krankenhaushygienikerin verfügen,

2.10.3 die Berufung von mindestens einer/einem hygienebeauftragten Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, welche/welcher in Hygienefragen weisungsbefugt ist. Er oder Sie muss die erforderlichen Kenntnisse im Bereich der Infektionsprävention über eine Weiterbildung gemäß dem Rahmenplan des Robert-Koch-Institutes erworben haben.

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

2.10.5 Hygienische Prozesse müssen den anerkannten Anforderungen entsprechen.

2.11 Sonstige sächliche und räumliche Ausstattung

- Möglichkeiten für endoskopische Eingriffe
- Elektroenzephalografiegeräte (EEG)
- 24-Stunden dienstbereites Labor. Dies ist auch im Rahmen eines Kooperationsvertrages

mit Leistungserbringern außerhalb des Krankenhauses möglich, sofern keine zeitlichen Verzögerungen gegenüber einem hausinternen Labor eintreten.

- Zentrale Sterilgutversorgung mit getrennter Ein- und Ausgabe (auch im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit Leistungserbringern außerhalb des Krankenhauses möglich)

2.12 Rehabilitation/Teilhabe, Entlassung und Weiterbehandlung

2.12.1 Zur Unterstützung des Reha-Managements gemäß dem Handlungsleitfaden Reha-Management der DGUV (www.dguv.de) stellt das Krankenhaus sicher, dass dafür eine feste Koordinierungsstelle sowie ein Oberarzt oder eine Oberärztin der Orthopädie und Unfallchirurgie zur Verfügung stehen.

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

Es müssen dafür Personal, Räumlichkeiten und apparative Ausstattung für folgende Therapiebereiche zur Verfügung stehen:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Psychotherapie
- Schmerztherapie

2.12.3 Der Durchgangsarzt/die Durchgangsjärztin ist verantwortlich für:

- die Planung, Veranlassung und Überwachung der physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen während der stationären Akutbehandlung, die für die Erreichung der Rehabilitations- und Teilhabeziele erforderlich sind
- die nahtlose Planung und Verordnung der sich unmittelbar an die akutstationäre Phase anschließenden Therapie- und

Rehabilitations-Maßnahmen (insbesondere Physio- und Ergotherapie, EAP, BGSW, KSR)

- die nahtlose Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung. Dem weiterbehandelnden Arzt oder Ärztin sind die erforderlichen medizinischen Daten unverzüglich zur Verfügung zu stellen
- die frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem Unfallversicherungsträger vor Entlassung, sofern nach Ende der stationären Behandlung eine weitere pflegerische Versorgung erforderlich ist

3. Pflichten

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

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

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

3.4. Das Krankenhaus stellt auf Aufforderung dem Landesverband die Qualitätsberichte aus dem Traumaregister und die Protokolle zur Zertifizierung zum Traumanetzwerk zur Verfügung.

3.5 Krankenhausträger und Durchgangsarzt oder Durchgangsjärztin verpflichten sich ferner:

3.5.1 an Maßnahmen der DGUV zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken.

3.5.2 die DGUV – Qualitätsstandards zu beachten und umzusetzen.

3.5.3 mit den von den Landesverbänden der DGUV beteiligten Einrichtungen, insbesondere für Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW), Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR) sowie den BG Kliniken zusammenzuarbeiten.

3.5.4 den Landesverband der DGUV unverzüglich über alle die Beteiligung betreffenden Änderungen, z. B. personeller, organisatorischer oder baulicher Art, insbesondere das Ausscheiden des unter Ziffer 2.1 genannten Arztes/der genannten Ärztin, zu unterrichten,

3.5.5 das Reha-Management der Unfallversicherungsträger zu unterstützen. Diese Unterstützung erstreckt sich im Einzelfall auch auf die Verlegung der Arbeitsunfallverletzten in eine andere Einrichtung (§ 26 Abs. 5 SGB VII).

3.5.6 dem Landesverband der DGUV auf Verlangen Einsicht in die nach dem Infektionsschutzgesetz zu fertigenden Aufzeichnungen und in die Hygienepläne zu gewähren.

3.5.7 am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern teilzunehmen.

3.5.8 ärztliche Unterlagen und Aufnahmen bildgebender Diagnoseverfahren über Unfallverletzte mindestens 15 Jahre aufzubewahren.

3.5.9 die Behandlung von Arbeitsunfallverletzten vollständig zu dokumentieren und diese Dokumentation, insbesondere die Aufnahmen bildgebender Diagnoseverfahren, jederzeit dem Unfallversicherungsträger zur Verfügung zu stellen.

3.5.10 durch den Landesverband der DGUV jederzeit prüfen zu lassen, ob diese Anforderungen erfüllt sind.

3.5.11 sicher zu stellen, dass die Einhaltung dieser Anforderungen auch durch externe, in die Behandlung einbezogene Leistungserbringer gewährleistet wird.

3.6 Für die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern im SAV und den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern gelten über die Regelungen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hinaus grundsätzlich die folgenden Fristen:

- Eingang des Durchgangsarztberichtes im Schwerstverletzungsartenverfahren beim Unfallversicherungsträger spätestens drei Kalendertage nach Erstbehandlung.
- Durchführung von Heilverfahrenskontrollen einschließlich der Berichterstattung innerhalb von 10 Kalendertagen nach Anforderung durch den Unfallversicherungsträger.
- Bei planbaren stationären Behandlungsmaßnahmen, die durch den Unfallversicherungsträger eingeleitet werden, unverzügliche stationäre Aufnahme, spätestens innerhalb einer Woche. Gleiches gilt für ambulante Vorstellungen.
- Für die Gutachtenerstellung gelten grundsätzlich die Regelungen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger; bei komplexen Gutachten gilt ein Zeitziel von 8 Wochen nach Auftragseingang.

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 e.V. (DGUV), vertreten durch ihren jeweils regional zuständigen Landesverband, erfolgen. Sie kann an einem Standort eines Krankenhauses nicht an mehrere

verantwortlichen Ärzte oder Ärztinnen im Sinne der Ziffer 2.1 gebunden werden.

4.2 Die Beteiligung wird nach jeweils fünf Jahren überprüft. Der Fünf-Jahres Zeitraum beginnt mit dem auf die Beteiligung folgenden Kalenderjahr.

4.3 Die Beteiligung wird gekündigt:

4.3.1 wenn die personelle oder sächliche Ausstattung des Krankenhauses nicht mehr den unter Ziffer 2 genannten Anforderungen entspricht

4.3.2 bei wiederholter oder schwerwiegender Pflichtverletzung durch den Durchgangsarzt/die Durchgangsarztin oder den Krankenhausträger

4.3.3 wenn die Fallzahlen gem. Ziffer 2.4.1 oder 2.4.2 unterschritten werden. In diesen Fällen kann von einer Kündigung abgesehen werden, wenn sie zu einer Gefährdung der Versorgung von Arbeitsunfallverletzten in der Fläche führen würde.

4.3.4 nach Maßgabe des § 59 SGB X

4.4 Die Beteiligung endet mit Ablauf des Tages

4.4.1 an dem der Durchgangsarzt/die Durchgangsarztin ausscheidet oder

4.4.2 an dem das Krankenhaus oder die Abteilung zur Behandlung Schwerunfallverletzter geschlossen oder verlegt wird.

Herausgeber

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
Fax: 030 13001-9876
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

**SVLFG**Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau**DGUV**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

Anlage 1 zu den SAV Anforderungen

Mindestfallzahlen für ausgesuchte Verletzungsarten (Stand 01.07.2023)

Verletzungsart	ICD-10 / OPS / DRG	Mindestfallzahl
Traumatische Wirbelsäulenverletzungen	S12, S13.1, S13.2, S13.3, S14, S22.0, S22.1, S22.2, S23.1, S24, S32.0, S32.82 jeweils ausschließlich in Verbindung mit 5-83b	70
Traumatische Beckenringverletzungen	S32.1, S32.2, S32.3, S32.5, S32.7, S32.81, S32.89 jeweils ausschließlich in Verbindung mit 5-798, 5-799 S32.7 jeweils ausschließlich in Verbindung mit 5-79a.*e, 5-79a.*f, 5-79b.*e, 5-79b.*f	10
Acetabulumfrakturen	S32.4 ausschließlich in Verbindung mit 5-798, 5-799, 5-79a.*g, 5-79b.*g	10
Tibiakopffrakturen	S82.1 ausschließlich in Verbindung mit 5-790.*k, 5-793.*k, 5-794.*k	30
Fersenbeinfrakturen	S92.0 ausschließlich in Verbindung mit 5-797.*t	15
Handverletzungen mit der Notwendigkeit von Nerven- oder arteriellen Gefäßrekonstruktionen	S64, S65, S68 ausschließlich in Verbindung mit 5-860, 5-044.3 bis 5-049.3, 5-044.4 bis 5-049.4, 5-383.2, 5-388.2, 5-395.2, 5-396.2, 5-397.2	20
Weichgewebedefekt mit der Notwendigkeit von Rekonstruktionen mit mikrovaskulärer Anastomosierung	5-857.8, 5-858.5 bis 5-858.9, 5-905.0, 5-906, 5-907.1, 5-907.5, 5-924.3	15
Polytraumata	MDC 21A	40
Schwere Schädel-Hirn-Traumata	S02.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.8, S06.9 ausschließlich in Verbindung mit 5-01, 5-02, 5-16, 5-76	30

Zeichenerklärung:

Stern (*) bedeutet „Platzhalter“

Komma (,) bedeutet „und/oder“