

Kommentierung zum Verletzungsartenverzeichnis

Vorwort

Diese Kommentierung zum Verletzungsartenverzeichnis richtet sich insbesondere an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Unfallsachbearbeitung und im Reha-Management tätig sind. Sie basiert auf Fragen aus der Praxis und soll die Zuordnung von Verletzungen zum Verletzungsartenverzeichnis erleichtern und damit die Heilverfahrenssteuerung unterstützen.

Des Weiteren soll die Kommentierung zum Verletzungsartenverzeichnis zukünftig ergänzt und weiter präzisiert werden. Dazu sind Hinweise und Anregungen aus der Unfallsachbearbeitung und dem Reha-Management willkommen. Diese bitten wir an folgende Kontaktadresse zu übermitteln: [Kommentierung-VAV@dguv.de](mailto:VAV@dguv.de).

Konkrete Kritik an einem Krankenhaus, einem Arzt oder einer Ärztin sowie Auslegungsfragen zu einem konkreten Fall sind dagegen weiterhin an den für den Leistungserbringer zuständigen Landesverband zu richten.

Die Ausarbeitung der vorliegenden Kommentierung erfolgte durch

Christian Frosch, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Roman Hartkamp, Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft

Thomas Ideker, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., Landesverband Nordwest

Martin Kögler, Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik

Dr. Franz Metzger, Beratungsarzt der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe

Andreas Schuhmann, Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover, Landesunfallkasse Niedersachsen

Prof. Dr. Michael Wich, BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin

Marion Wittwer, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., Hauptabteilung Versicherung und Leistungen

Gerald Ziche, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., Landesverband Nordost.

Grundsätzliches

Die Steuerung des Heilverfahrens ist eine der wichtigsten Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie hat zum Ziel, frühzeitig mit allen geeigneten Mitteln die körperliche und geistige Gesundheit der Unfallverletzten wiederherzustellen und damit deren Teilhabe am Arbeitsleben und soziale Teilhabe zu fördern. Die Sicherstellung von Heilbehandlungsmaßnahmen und deren Überprüfung nach definierten Qualitätsanforderungen beinhaltet ebenso die bestmögliche Versorgung akuter Verletzungen, wie die Versorgung aufkommender Komplikationen.

Das mehrstufige ambulante und stationäre Versorgungssystem, welches die DGUV über Jahrzehnte entwickelt und gemeinsam mit den Leistungserbringern aufgebaut hat, bedarf eines besonderen Steuerungsinstrumentes, das sich in dem ebenfalls weiter spezifizierten und aktualisierten Verletzungsartenverzeichnis wiederfindet. Die unterschiedlichen strukturellen Qualitätsanforderungen und verschiedenen Stufen der stationären Versorgung werden nur dann wirksam, wenn die jeweilige versicherte Person auch in die für ihre Verletzung angemessene Versorgungsstufe gesteuert wird.

Genau aus diesem Grunde fordern die vertraglichen Vereinbarungen die ärztlichen Vertragspartnerinnen und Vertragspartner auf, die versicherte Person gemäß deren Verletzung unter Hinzuziehung des Verletzungsartenverzeichnisses als Steuerungsinstrument in die entsprechende nächste geeignete und beteiligte Klinik zu verlegen, wenn die eigene Einrichtung für die vorhandene Verletzungsschwere keine Beteiligung aufweist.

Vor einer am Verletzungsartenverzeichnis orientierten Verlegung in eine beteiligte Klinik der höheren Versorgungsstufe steht natürlich die uneingeschränkte Notwendigkeit der medizinischen Erstversorgung einer schwerverletzten Person. Die Sicherstellung der Vitalparameter, die leitliniengerechte Initialdiagnostik und die notwendige Erstversorgung sind von diesem Verlegungsprimat ausgenommen. Sobald die verletzte Person allerdings aus ärztlicher Sicht transportfähig ist oder eine Notfallbehandlung (z. B. Behandlung einer vital bedrohlichen oder hochdringlich zu versorgenden Situation) nicht mehr erforderlich ist, sieht das Verletzungsartenverfahren eine umgehende Verlegung in die geeignete Klinik der höheren Versorgungsstufe vor. In den Fällen, in denen die Verlegung aus besonderen Gründen nicht möglich ist, ist der zuständige Unfallversicherungsträger unverzüglich zu informieren.

Die Einhaltung dieser Maßgaben ist also in erster Linie eine Vorgabe an die Seite der ärztlichen Vertragspartnerinnen und Vertragspartner. Diese haben von sich aus die Verfahrensregelungen zu beachten und umzusetzen.

Unabhängig davon prüfen die Unfallversicherungsträger zeitnah die Einhaltung der Regeln des Verletzungsarten- und Schwerstverletzungsartenverfahrens sowie die Korrektheit der Zuordnung der Verletzungsmuster durch die Durchgangsarztin oder den Durchgangsarzt. Um die Qualität der Heilverfahren zu sichern, ist es unabdingbar, den für die Vertragspartner zuständigen Landesverband der DGUV umfassend und vollständig über festgestellte Verstöße zu informieren.

Bei Auffälligkeiten und Verstößen gegen das Verlegungsgebot bestehen entsprechend der Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Vertrag [Ärzte/Unfallversicherungsträger mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung \(KBV\)](#) Sanktionsmöglichkeiten im Sinne einer Kürzung bei der Vergütung. Unbenommen bleiben dabei ggf. mögliche Binnen-Regressansprüche aufgrund fehlerhafter Diagnostik oder Heilbehandlungsmaßnahmen der Durchgangsarztin oder des Durchgangsarztes.

Vordringlichste Aufgabe dieses Verfahrens ist es, die flächendeckende hohe Qualität der Versorgung sicher zu stellen. Das Ziel ist nicht die Identifizierung möglichst vieler Grenzfälle durch die UV-Träger, sondern das Einfordern der Einhaltung der vertraglichen Maßgaben. Das Verletzungsartenverzeichnis und die Einhaltung der damit verbundenen Vorgaben ist ein wesentliches Element der Qualitätssicherung, dies muss dabei immer im Vordergrund stehen.

Die Sanktionierung des einzelnen Fehlverhaltens mittels der - dann gerechtfertigten und gebotenen - Anpassung der Honorierung für den betreffenden Einzelfall stellt lediglich die finale Konsequenz am Ende des Prozesses dar.

In der folgenden Tabelle ist jeweils der Teil der Ziffer, auf den sich der Kommentar bezieht, farblich gekennzeichnet.

Ziffer	Verletzungsartenverzeichnis	Kommentar
Erläuterungen	<p>Die folgenden Ausführungen sollen die elf Ziffern 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. Die Behandlung von in Fettdruck sowie mit Klammerzusatz (S) gekennzeichneten Konstellationen ist Krankenhäusern mit Zulassung zum Schwerstverletzungsartenverfahren vorbehalten.</p> <p>Die Behandlung einer vital bedrohlichen Verletzung (z. B. Milzzerreiung) oder einer hoch dringlich zu versorgenden Verletzung (z.B. Muskelkompressionssyndrom) hat selbstverständlich Vorrang vor den Regelungen der Vorstellungspflicht im Verletzungsartenverfahren (VAV) und im Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). In diesen Fällen erfolgt die Verlegung in ein zugelassenes Krankenhaus zum frühestmöglichen Zeitpunkt.</p> <p>Bei Ziffer 8 bezieht sich der Klammervermerk (S) insbesondere auch auf die Kliniken, die für das Schwerstverletzungsartenverfahren Hand (SAV Hand) zugelassen sind.</p> <p>Das Verletzungsartenverzeichnis bezieht sich mit den Ziffern 1 bis 10 prinzipiell auf die Akutphase nach dem Unfall, die mit einem Zeitraum von 4 Monaten ab Unfalltag festgelegt ist.</p> <p>In Ziffer 11 werden Komplikationen beschrieben, die sowohl innerhalb der ersten vier Monate nach dem Unfall als auch später im Behandlungsverlauf auftreten können. Treten Komplikationen nach Ziffer 11 auf, sind diese zu jedem Zeitpunkt als SAV-Verletzungen zu behandeln.</p> <p>In Zweifelsfällen, ob eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, insbesondere auch bei abzuklärender Operationsnotwendigkeit, hat grundsätzlich die Vorstellung in einem am Verletzungsartenverfahren (VAV) bzw. am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligten Krankenhaus zu erfolgen. Sind bei einer verletzten Person sowohl Ziffern nach VAV als auch nach SAV zutreffend, so erfolgt die Zuordnung immer in das SAV.</p>	<p>Auch Verdachtsdiagnosen sind Zweifelsfälle und erfordern eine Vorstellung in einem entsprechend beteiligten Krankenhaus.</p>

<p>Zur Übersichtlichkeit sind in den folgenden Ziffern einzelne Fallkonstellationen mit Spiegelstrichen aufgeführt. In diesen Fällen reicht es aus, wenn eine der mit Spiegelstrich aufgeführten Bedingungen erfüllt ist. Es müssen nicht alle aufgeführten Bedingungen bzw. Fallkonstellationen nebeneinander erfüllt werden.</p> <p>Alle schweren und unter 1(V) und 1(S) genannten hochgradigen Weichteilschädigungen (z. B. nach Gustilo Grad II / III für offene Weichteilschädigungen oder nach Tscherne Grad III für geschlossene Weichteilschäden oder Verbrennungswunden) sind fotografisch akut und im Verlauf zu dokumentieren.</p> <p>Altersgrenzen mit Angabe in Jahren haben aufgrund der großen biologischen Variabilität in der Traumatologie neben klinischen Befunden (z.B. abgeschlossenes Knochenwachstum, biologisches Alter) lediglich eine hinweisende Bedeutung. Im Folgenden gelten Kinder im Sinn dieser Anforderungen als Personen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres.</p>	<p>Als hochgradiger Weichteilschaden <u>bei einem Bruch</u> entsprechend der Zuordnung nach den Ziffern 2 bis 9 wird</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein offener Weichteilschaden Grad II und III nach Gustilo - ein geschlossener Weichteilschaden Grad III nach Tscherne <p>angesehen.</p> <p>Als hochgradiger Weichteilschaden <u>ohne Vorliegen eines Bruches</u> (siehe insbesondere Ziffer 1 des VAV) werden ausgedehnte oder tiefgreifende thermische oder chemische Schädigungen, ausgedehnte offene oder geschlossene Weichteilabhebungen sowie der Weichteiluntergang (Nekrose) von Haut, Faszien oder Muskeln (auch im Verlauf) angesehen.</p> <p>Diese sind durch die beteiligte Klinik fotografisch akut und im Verlauf zu dokumentieren und können in Zweifelsfällen angefordert werden.</p>
--	---

1	Ausgedehnte oder tiefgehende Verletzungen der Haut und des Weichteilmantels; Amputationsverletzungen; Muskelkompressionssyndrome (Kompartmentsyndrome); thermische oder chemische Schädigungen	
1.1 (V)	Alle Amputationsverletzungen (total oder subtotal), auch der Großzehe, ausgenommen Zehenendglieder (Hand siehe Ziffer 8).	
1.1 (S)	<p>Vorgenannte Amputationsverletzungen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – gegebener oder abzuklärender Replantationsmöglichkeit – operativer Stumpfkorrektur im Verlauf – tiefgehenden, ausgedehnten oder fortschreitenden Entzündungen – Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien oder Muskeln im Verlauf. 	Bei den operativen Stumpfkorrekturen ist auch die Ziffer 11, z.B. 11.2 und 11.3 letzter Spiegelstrich zu beachten.
1.2 (V)	Muskelkompressionssyndrome (Kompartmentsyndrome) in allen Lokalisationen bei <ul style="list-style-type: none"> – gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit – engmaschiger Überwachung. 	
1.2 (S)	<p>Vorgenannte Muskelkompressionssyndrome (Kompartmentsyndrome) bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – tiefgehenden, ausgedehnten oder fortschreitenden Entzündungen – Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien oder Muskeln im Verlauf. 	
1.3 (S)	Thermische Schädigungen einschließlich Stromverletzungen oder chemische Schädigungen 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)	<p>Alle thermischen Schädigungen einschließlich Stromverletzungen und alle chemischen Schädigungen in Kombination mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inhalationstrauma – relevanten Verletzungen entsprechend VAV – Schock – Beteiligung von Händen, Füßen, Gesicht oder Anogenitalregion. <p>Alle Verletzten mit ausgedehnten oder tiefgreifenden Verätzungen (z.B. Flusssäure) insbesondere an Gesicht, Händen oder Füßen.</p>	<p>Schädigungen ab Grad 2 b sind dem SAV zuzuordnen.</p> <p>In der Aufzählung im 4. Spiegelstrich ist auch eine nur einseitige Schädigung von einer Hand, einem Fuß oder dem Gesicht zu verstehen. Dies gilt auch für die tiefgreifende Verätzung.</p>
1.5 (V)	<p>Ausgedehnte offene oder geschlossene Weichteilabhebungen (Decollement) mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen.</p>	
1.5 (S)	<p>Vorgenannte Weichteilverletzungen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – gegebener bzw. abzuklärender Notwendigkeit einer Lappenplastik – tiefgehenden, ausgedehnten oder fortschreitenden Entzündungen <p>Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien oder Muskeln im Verlauf.</p>	
2	Verletzungen der großen Gefäße	
2.1 (V)	<p>Durchtrennungen, Zerreißen oder andere akute traumatische Schädigungen insbesondere mit Verschlüssen der großen Gefäße des Körperstammes, der Transportarterien an einer Extremität einschließlich des Unterschenkels (Hand und Unterarm siehe Ziffer 8) sowie der großen Begleitvenen proximal von Ellenbogen- oder Kniegelenk.</p>	<p>Mit den genannten Gefäßverletzungen sind Verletzungen gemeint, die einer operativen (auch interventionellen) Behandlung des Gefäßes bedürfen.</p>

2.2 (S)	<p>Vorgenannte Gefäßverletzungen in Kombination mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Knochen-, Gelenk-Verletzungen – hochgradiger Weichteilschädigung (Vorrang der Notfallindikation, siehe Erläuterungen) – tiefgehenden, ausgedehnten oder fortschreitenden Entzündungen – Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien oder Muskeln im Verlauf. 	
3	<p>Verletzungen der großen Nervenbahnen einschließlich Wirbelsäulenverletzungen mit neurologischer Symptomatik</p>	
3.1 (S)	<p>Verletzungen des Rückenmarks.</p>	
3.2 (S)	<p>Verletzungen der Nervenwurzeln oder der großen Nervenplechte des Armes oder des Beines mit entsprechendem Funktionsausfall.</p>	<p>Hierunter sind im Regelfall Verletzungen zu zählen, die Lähmungserscheinungen bewirken, die eine weitere spezifische neurologische Diagnostik oder eine neurochirurgische Abklärung erforderlich machen. Die leichte Schädigung ohne Lähmungserscheinungen ist nicht darunter zu fassen.</p>
3.3 (S)	<p>Rekonstruktionsbedürftige Verletzungen der Stammnerven</p> <ul style="list-style-type: none"> – des Armes (Nervus radialis, Nervus medianus, Nervus ulnaris), siehe auch Ziffer 8 – des Beines (Nervus ischiadicus, Nervus femoralis) einschließlich des Unterschenkels (Nervus peroneus, Nervus tibialis). 	

4.	Offene oder gedeckte mittelschwere oder schwere Schädel-Hirnverletzungen (ab SHT Grad II)	<p>Erläuterungen zur Unterteilung von SHT-Verletzungen siehe auch https://uv-net.dguv.de/workflows/workflows-zu-leistungen/workflow-schaedel-hirn-trauma-(sht)/haupt-workflow-sht/index.jsp.</p> <p>Informationen zu dem Versorgungsablauf bei Schädel-Hirn-Verletzungen und zu den Anforderungen an die medizinische und rehabilitative Behandlung der Betroffenen werden in den Qualitätsstandards der gesetzlichen Unfallversicherung zu Schädel-Hirn-Verletzungen beschrieben.</p>
4.1 (V)	<p>Gedeckte Schädel-Hirn-Verletzungen mit mittelschwerer Ausprägung klinisch ab SHT Grad II (GCS<13), alle traumatisch bedingten strukturellen Veränderungen oder Blutungen in bildgebenden Verfahren.</p>	<p>Auch neurologisch geringfügig auffällige oder unauffällige Personen (GCS > 12) mit traumatisch bedingten strukturellen Schäden oder Blutungen sind hierunter zu fassen.</p> <p>Gedeckte mittelschwere Schädel-Hirn-Verletzungen mit einer wesentlichen Verschlechterung gelten als schwere Schädel-Hirn-Verletzungen und sollten der Ziffer 4.2 (S) zugeordnet werden.</p> <p>Wenn aber die mittelschwere SH-Verletzung mit einer der genannten Verschlimmerungen nicht einem SAV-Krankenhaus zugeführt wurde, kann dies nicht zu Ungunsten des Krankenhauses bzw. der D-Ärztin oder des D-Arztes ausgelegt werden, da nach dem aktuell gültigen Verletzungsartenverzeichnis korrekt gehandelt wurde. In der nächsten Fassung des Verletzungsartenverzeichnisses wird der Text korrigiert.</p>

4.2 (S)	<p>Alle offenen Verletzungen mit Hirnbeteiligung, alle schweren Schädel-Hirn-Verletzungen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - substantiell lokalisierter Hirnverletzung - diffus-axonaler Hirnverletzung - intrakranieller Blutung - wesentlicher Verschlechterung im Verlauf. <p>Brüche des Gehirnschädels bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.</p>	<p>Eine „schwere Schädel-Hirn-Verletzung“ liegt ab einem GCS < 9 vor.</p> <p>Als eine wesentliche Verschlechterung im Verlauf können zum Beispiel der Verlust der Ansprechbarkeit, Zeichen eines steigenden Hirndrucks, Vigilanz-Verlust, Krampfanfall oder Beatmungsnotwendigkeit angesehen werden, es sei denn, diese sind nicht durch die Unfallverletzung bedingt.</p>
5	<p>Schwere Brustkorb- oder Bauch-Verletzungen einschließlich Verletzungen der Nieren oder Harnwege</p>	
5.1 (V)	<p>Alle Verletzungen des Brustkorbs mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - ausgedehnter Organbeteiligung der Lunge - transfusionsbedürftigen Blutungen - Behinderung der Atemmechanik und des Gasaustausches mit drohender oder gegebener Beatmungsnotwendigkeit - Notwendigkeit zur Einlage einer Brustkorbdrainage - stumpfen Herzverletzungen (z. B. Kontusion, Perikarderguss). 	

5.1 (S)	Alle Verletzungen des Brustkorbs bei <ul style="list-style-type: none"> - gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit - septischen Verläufen z. B. mit Verschlechterung der Beatmungssituation. 	
5.2 (V)	Bauchverletzungen mit gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit bei <ul style="list-style-type: none"> – transfusionsbedürftigen Blutungen – Verletzungen der Hohlorgane – Verletzung der parenchymatösen Organe. 	
6.	Komplexe Brüche der großen Röhrenknochen, insbesondere mehrfache oder offene Brüche	Bei den unter Ziffer 6 genannten Brüchen handelt es sich in der Regel um Schaftfrakturen, die im Bereich der mittleren 3/5 (siehe Ziffer 7) lokalisiert sind.
6.1 (V)	Im Kindesalter alle Schaftbrüche an Oberarm, Unterarm (Elle und Speiche kombiniert oder einzeln, insbesondere Monteggia-Frakturen), Oberschenkel, Unterschenkel (auch isolierte Brüche von Schienbein oder Wadenbein) bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	
6.1 (S)	Vorgenannte Schaftbrüche im Kindesalter bei <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	
6.2 (V)	Brüche des Schlüsselbeines bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit mit <ul style="list-style-type: none"> – komplexer Bruchform entsprechend Typ C der AO-Klassifikation – endständiger körpernaher oder körperferner Lokalisation. 	Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aomedical.org/
6.2 (S)	Brüche des Schlüsselbeins bei <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	

6.3 (V)	Brüche des Oberarmes bei <ul style="list-style-type: none"> – Mehrteilebruch entsprechend Typ C der AO-Klassifikation – Etagenfrakturen bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit 	Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aeducation.org/
6.3 (S)	Brüche des Oberarmes bei <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	
6.4 (V)	Brüche des Unterarmes (Elle und Speiche kombiniert oder einzeln) bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit bei <ul style="list-style-type: none"> – Mehrteilebruch entsprechend Typ C der AO-Klassifikation – Etagenbruch – Gelenkbeteiligung insbesondere Monteggia, Galeazzi oder Essex-Lopresti (siehe auch Ziffer 7). 	Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aeducation.org/
6.4 (S)	Brüche des Unterarmes bei <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzungen – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	
6.5 (V)	Hüftgelenknahe Brüche des Oberschenkels.	Die Leitlinie/Richtlinie des GBA, die eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme vorsieht, ist kein Grund für eine Ausnahme von der Verlegungspflicht. Posttraumatische Arthrosen, die einer endoprothetischen Versorgung bedürfen und Revisionseingriffe an Endoprothesen fallen unter Ziffer 11.3 (S), erster oder achter Spiegelstrich.

6.5 (S)	<p>Hüftgelenknahe Brüche des Oberschenkels bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gelenkbeteiligung (z.B. Pipkin-Fraktur) – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	<p>Die Leitlinie/Richtlinie des GBA, die eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme vorsieht, ist kein Grund für eine Ausnahme von der Verlegungspflicht.</p> <p>Posttraumatische Arthrosen, die einer endoprothetischen Versorgung bedürfen und Revisionseingriffe an Endoprothesen fallen unter Ziffer 11.3 (S), erster oder achter Spiegelstrich.</p>
6.6 (V)	<p>Brüche des Oberschenkelschafts bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.</p>	
6.6 (S)	<p>Brüche des Oberschenkelschafts bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung – Kombination mit Gelenkfrakturen hüftgelenknah (siehe auch Ziffer 6.5 (V) und 6.5 (S)) oder das Kniegelenk betreffend (siehe auch Ziffer 7.8 (V) und 7.8 (S)). 	
6.7 (V)	<p>Brüche des Unterschenkels (Schienbein isoliert oder in Verbindung mit dem Wadenbein) bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mehrteilebruch entsprechend Typ C der AO-Klassifikation – Etagenbruch – Gelenkbeteiligung (siehe auch Ziffer 7). 	<p>Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aoeducation.org/</p>
6.7 (S)	<p>Brüche des Unterschenkels bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	

6.8 (V)	Brüche mehrerer Röhrenknochen an einer Extremität bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	Gemeint sind Brüche an ein und derselben Extremität. Beispiel: Bruch Oberarmknochen rechts und Mittelhandknochen rechts mit gegebener oder abzuklärender OP-Notwendigkeit eines dieser Brüche. Siehe auch Ziffer 6.4 (V)
6.8 (S)	Vorgenannte Brüche mehrerer Röhrenknochen bei <ul style="list-style-type: none"> – komplexen Bruchformen entsprechend Typ C der AO-Klassifikation – hochgradiger Weichteilschädigung – Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien oder Muskeln – Muskelkompressionssyndromen (Kompartmentsyndromen). 	Der Begriff „Komplexe Bruchformen" setzt voraus, dass mindestens zwei Brüche nach Typ C vorliegen. Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aeducation.org/
7	Schwere Verletzungen großer Gelenke	Bei den unter Ziffer 7 genannten Frakturen handelt es sich um gelenknahe Brüche oder Gelenkbrüche, die das körpernahe oder körperferne Fünftel des Knochens betreffen. Ist der Bruch im Bereich der dazwischenliegenden drei Fünftel lokalisiert, wird dieser in der Regel dem Kapitel 6 zugeordnet.

7.1 (V)	<p>Verletzungen der Gelenke bei Kindern als Verrenkung oder gelenkbetreffende Brüche mit potentieller Störung des Wachstums entsprechend Aitken Typ II und Typ III (Typ E3 und E4 der AO-Klassifikation), bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> – Brüche der Oberarmkondylen – Ellenbogenverrenkung mit Abriss der Oberarm-Epikondylen – Ellenbogenbrüche – traumatische Verrenkungen der Kniescheibe – Kreuzbandverletzungen und knöcherne Ausrisse der Interkondylenhöcker – körperferne Schienbeinbrüche einschl. Übergangsbrüche <p>– Innen- und Außenknöchelbrüche</p> <ul style="list-style-type: none"> – Brüche der Metaphysen, z.B. körpernahe Oberarmbrüche, distale (suprakondyläre) Oberarmbrüche, Radiushalsbrüche, Brüche des Oberschenkelhalses, körperferne Oberschenkelbrüche, körpernahe Unterschenkelbrüche. 	<p>Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Kinder finden Sie hier: https://classification.aomedical.org/</p> <p>Mit körperfernen Schienbeinbrüchen ist ein körperferner Schienbeinbruch mit Gelenkbeteiligung gemeint.</p> <p>Beim Spiegelstrich „Innen- und Außenknöchelbrüche“ müssen beide Bruchformen gleichzeitig vorliegen, damit eine VAV-Verletzung vorliegt.</p> <p>Zu den Brüchen der Metaphysen gehört auch ein Innenknöchelbruch im Bereich der Metaphyse oder ein Außenknöchelbruch im Bereich der Metaphyse. Das bedeutet praktisch, dass sowohl der isolierte Innen-, wie auch der isolierte Außenknöchelbruch im Bereich der Metaphyse unter Ziffer 7.1 fallen.</p>
7.1 (S)	<p>Vorgenannte Verletzungen bei Kindern mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	<p>Mit Gefäßverletzungen sind Verletzungen gemeint, die einer operativen (oder interventionellen) Behandlung des Gefäßes bedürfen.</p>
7.2 (S)	<p>Verrenkungen des Brustbein-Schlüsselbein-Gelenkes bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.</p>	

7.3 (V)	Verrenkungen oder Brüche des Schultergelenkes bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	
7.4 (S)	Brüche des Schulterblatts bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	
7.5 (V)	<p>Verrenkungen oder Verrenkungsbrüche des Schultergelenkes, mehrfragmentäre Brüche des Oberarmkopfes bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit, insbesondere bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – traumatischer Ruptur der Rotatorenmanschette – instabilen Verletzungsformen mit Abriss der Gelenkklippe – knöchernen Begleitverletzungen (Hill-Sachs-Läsion, Bankart-Läsion). 	<p>Der einfache Riss der Rotatorenmanschette ohne Verrenkung und ohne Verrenkungsbruch ist dem DAV zuzuordnen, unabhängig von einer möglichen Operationsnotwendigkeit.</p> <p>Die drei Spiegelstriche beziehen sich auf Fälle, in denen eine Verrenkung oder ein Verrenkungsbruch des Schultergelenks vorliegt.</p>
7.5 (S)	<p>Verrenkungsbrüche des Schultergelenkes oder Brüche des Oberarmkopfes bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung – gegebener oder abzuklärender Indikation zum Gelenkersatz. 	<p>Alte Verletzungen der Rotatorenmanschette, bei der eine Schulter-TEP indiziert ist, sind der Ziffer 11.3 (schmerzhafte und funktionsbehindernde Gelenkveränderungen) zugeordnet.</p>
7.6 (V)	Brüche oder Verrenkungen des Ellenbogengelenkes bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	

7.6 (S)	<p>Brüche oder Verrenkungen des Ellenbogengelenkes bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung – gegebener oder abzuklärender Indikation zum Gelenkersatz. 	<p>Wenn die versicherte Person vor der OP zu einem möglichen Gelenkersatz aufgeklärt wurde, liegt eine „fragliche Indikation zum Gelenkersatz“ vor und es handelt sich um einen SAV-Fall. Bei durchgeführtem Gelenkersatz kann der Aufklärungsbogen dazu Hinweise geben. Unter dem letzten Spiegelstrich ist auch die Radiuskopfprothese zuzuordnen.</p>
7.7 (V)	<p>Körperferne Speichenbrüche bei starker Verschiebung um Schaftbreite oder Gelenkbeteiligung entsprechend Typ C3 der AO-Klassifikation.</p>	<p>Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aoeducation.org/</p>
7.8 (V)	<p>Gelenkbetreffende Brüche des körperfernen Oberschenkels bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.</p>	<p>Hierunter sind Knochenbrüche zu verstehen, bei denen das Kniegelenk betroffen ist.</p>
7.8 (S)	<p>Gelenkbetreffende Brüche des körperfernen Oberschenkels bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Typ B3 oder C3 der AO-Klassifikation – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	<p>Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aoeducation.org/</p> <p>Für die spezielle Frage des Gelenkersatzes gilt Folgendes: Die Indikation für einen Kniegelenkersatz in der Akutbehandlung ist extrem selten und nur beim älteren Menschen mit nicht mehr rekonstruierbarem Schienbeinkopf- oder kniegelenknahem Oberschenkelbruch indiziert, diese sind dann wieder zum großen Teil hier oder unter 7.11 (S) einzuordnen.</p>

7.9 (V)	Instabilitäten des Kniegelenks bei Verletzungen des vorderen Kreuzbands (Subluxation), in Kombination mit <ul style="list-style-type: none"> – Seitenbandverletzung – Knorpelverletzung – Meniskusverletzung. 	
7.10 (S)	Verletzungen des hinteren Kreuzbands, Kniegelenksverrenkungen mit Rupturen von mehreren Bandstrukturen oder knöchernen Begleitverletzungen.	Eine Kniegelenksverrenkung mit isoliertem knöchernem Ausriss des vorderen Kreuzbandes ist nicht 7.10 (S) zuzuordnen. Eine Kniegelenksverrenkung mit Rupturen von mehreren Bandstrukturen, z.B. Ruptur des Kreuz- und Innenbandes, fällt unter diese Ziffer.
7.11 (V)	Brüche des körpernahen Unterschenkels mit Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	Hierunter sind Schienbeinkopfbrüche mit Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit zu verstehen.
7.11 (S)	Brüche des körpernahen Unterschenkels mit Gelenkbeteiligung bei <ul style="list-style-type: none"> – Typ B3 und C der AO-Klassifikation – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aoeducation.org/ Für die spezielle Frage des Gelenkersatzes gilt Folgendes: Die Indikation für einen Kniegelenkersatz in der Akutbehandlung ist extrem selten und nur beim älteren Menschen mit nicht mehr rekonstruierbarem Schienbeinkopf- oder kniegelenknahem Oberschenkelbruch indiziert, diese sind dann wieder zum großen Teil unter 7.8 (S) oder hier einzuordnen.

7.12 (V)	Brüche der Kniescheibe. Traumatische Verrenkung der Kniescheibe mit Knorpel-Knochen-Abbrüchen bei bestehender oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	
7.13 (V)	Brüche des körperfernen Schienbeines mit Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	
7.13 (S)	Brüche des körperfernen Schienbeines mit Gelenkbeteiligung bei <ul style="list-style-type: none"> – Typ C der AO-Klassifikation – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aoeducation.org/
7.14 (V)	Brüche des Außenknöchels/Wadenbeins oder Verrenkungen der Knöchelgabel bei <ul style="list-style-type: none"> – Riss des Zwischenknochenbandes (Typ Weber C, Typ B3 und C der AO-Klassifikation) – verschobenem Abriss des Volkmann'schen Dreiecks – Riss des Deltabandes – Bruch des Innenknöchels. 	Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aoeducation.org/ Der 1. Spiegelstrich beschreibt auch die isolierte Syndesmosen-Verletzung. Wie generell, reicht es auch hier aus, wenn eine der mit Spiegelstrich aufgeführten Bedingungen erfüllt ist, damit die Ziffer anzuwenden ist.
7.14 (S)	Brüche des Außenknöchels/Wadenbeins oder Verrenkungen der Knöchelgabel bei <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	

7.15 (V)	Brüche oder Verrenkungen am Fuß bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit <ul style="list-style-type: none"> – des Sprungbeins – des Fersenbeins – der Fußwurzel einschließlich instabiler Verletzungen der Lisfranc-Gelenkreihe. 	
7.15 (S)	Vorgenannte Verletzungen bei <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradigem Weichteilschaden – Fersenbeinfraktur mit komplexer Bruchform (Sanders III/IV). Sprungbeinfraktur mit komplexer Bruchform (Hawkins II bis IV).	
8	Schwere Verletzungen der Hand	
8.1 (S)	Amputationsverletzungen (auch Avulsionen) einschließlich des Daumenendglieds, ausgenommen singuläre Endgliedamputationen D2 bis D5.	
8.2 (V)	Alle Brüche des ersten Mittelhandknochens. Brüche der Langfinger oder der Mittelhandknochen 2-5 mit <ul style="list-style-type: none"> – Gelenkbeteiligung – Betroffenheit mehrerer Strahlen – schwere Weichteilverletzungen entsprechend 1.5 (V). 	Initial war vorgesehen, alle Brüche des Daumenstrahles hier mit einzubeziehen, d.h. auch ein Bruch eines Daumengliedes sollte hier dazu zählen. Auszunehmen sind Frakturen der Fingerendglieder ohne Gelenkbeteiligung (typische Nagelkranzfraktur). Wenn aber der Bruch eines Daumengliedes nicht einem VAV-Krankenhaus zugeführt wurde, kann dies nicht zu Ungunsten des Krankenhauses bzw. der D-Ärztin oder des D-Arztes ausgelegt werden, da nach dem aktuell gültigen Verletzungsartenverzeichnis korrekt gehandelt wurde. In der nächsten Fassung des Verletzungsartenverzeichnisses wird der Text korrigiert.

8.3 (V)	Brüche einzelner Handwurzelknochen bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	
8.3 (S)	Verletzungen der Handwurzel bei <ul style="list-style-type: none"> – Brüchen mehrerer Handwurzelknochen – singulären oder mehrfachen Bandverletzungen – Verrenkungen – Verrenkungsbrüchen. 	
8.4 (S)	Verletzungen der Stammnerven und der funktionell bedeutsamen Nerven <ul style="list-style-type: none"> – Nervus medianus – Nervus ulnaris – Ramus profundus – Nervus radialis – Fingernerven z. B. in der Greifzone des Daumens, des Zeigefingers oder der Außenseite des Kleinfingers. 	<p>Gemeint sind die Fingernerven N1 bis N4 und N10. Die Fingernerven N1 und N2 bezeichnen die Hauptnervenstränge des Daumens an der Speichen- und Ellenseite. Die Fingernerven N3 und N4 bezeichnen die Hauptnervenstränge des Zeigefingers an der Speichen- und Ellenseite. Der Fingernerv N10 ist der Fingernervenstrang des Kleinfingers in Verlängerung des Kleinfingerballens. Die Verletzung von nur einem der genannten „Fingernerven“ reicht aus.</p> <p>Amputationsverletzungen singulärer Fingerendglieder sind nicht nach 8.4/ 8.5/ 8.6 dem SAV zuzuordnen.</p>
8.5 (S)	Gefäßverletzungen an Fingern, Hand oder Unterarm mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen, auch bei abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	<p>Unter akuten oder drohenden Ernährungsstörungen ist zu verstehen, wenn 2 arterielle Gefäße eines Fingers betroffen sind oder eine klinische manifeste Ernährungsstörung (fehlender Kapillarpuls) vorliegt.</p> <p>Amputationsverletzungen singulärer Fingerendglieder sind nicht nach 8.4/8.5/8.6 dem SAV zuzuordnen.</p>

8.6 (V)	Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm): – einer oder mehrerer Beugesehnen außerhalb (proximal) der Zonen I-III – mehrerer Strecksehnen.	
8.6 (S)	Beugesehnenverletzungen in den Zonen I-III	Es reicht die Verletzung von nur einer Beugesehne in den Zonen I-III aus. Amputationsverletzungen singulärer Fingerendglieder sind nicht nach 8.4/8.5/8.6 dem SAV zuzuordnen.
8.7 (S)	Alle Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm) bei – tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen (siehe auch Ziffer 11) – Hochdruckeinspritzverletzungen.	Hier liegt ein redaktionelles Versehen vor. Richtig muss es heißen: Alle Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm) bei tiefgehenden oder ausgedehnten oder fortschreitenden Entzündungen. Eine Erläuterung der Begrifflichkeit „Entzündung mit ihren Ausprägungen“ siehe Kommentar unter Ziffer 11.1 (S)!
9	Komplexe Brüche des Gesichtsschädels und des Rumpfskeletts	
9.1 (V)	Brüche des Gesichtsschädels bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.	
9.1 (S)	Vorgenannte Brüche des Gesichtsschädels bei – starker Verschiebung (z.B. Okklusionsstörung) – hoher Komplexität (z.B. beidseitige Kieferfraktur, panfaziale Fraktur) – hochgradiger Weichteilschädigung (z.B. Verletzung des Tränenkanals, Verletzungen mehrerer Gesichtsanteile, Amputationen von Gesichtsanteilen).	Ein abgerissenes Ohr gilt als Amputation von Gesichtsanteilen.
9.2 (V)	Wirbelbrüche mit Fehlstellung oder Instabilität bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit (Typ A2, A3, A4, B und C der neuen AO-Klassifikation).	Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aoeducation.org/

9.2 (S)	<p>Wirbelbrüche bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – neurologischen Ausfällen – Notwendigkeit der Rekonstruktion der vorderen Säule an unterer HWS (C3-C7), BWS, LWS. <p>Verletzungen der oberen Halswirbelsäule (Segmente C0-C2/C3) bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.</p>	
9.3 (V)	<p>Beckenringbrüche mit Fehlstellung oder Instabilität bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.</p>	
9.3 (S)	<p>Beckenringbrüche bei hoher Instabilität (insbesondere Typ B3 und C der AO-Klassifikation) bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rekonstruktionsnotwendigkeit des hinteren Beckenrings <ul style="list-style-type: none"> – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – Organverletzung – hochgradiger Weichteilverletzung. 	<p>Erläuterungen und Poster zu der AO-Klassifikation für Erwachsene und Kinder finden Sie hier: https://classification.aoeducation.org/</p> <p>Hinweiszeichen für eine hohe Instabilität ist die Rekonstruktionsnotwendigkeit des hinteren Beckenringes durch Osteosynthesen.</p> <p>Das Os sacrum (Kreuzbein) sowie die beiden Ilio-sakralfugen zählen zum hinteren Beckenring.</p>
9.4 (V)	<p>Brüche der Hüftpfanne oder Verrenkungen des Hüftgelenks bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.</p>	

9.4 (S)	<p>Vorgenannte Verletzungen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rekonstruktionsnotwendigkeit der Hüftpfanne infolge von Ein- oder Zweipfeilerbrüchen – Kombination mit Beckenringverletzungen – Gefäßverletzung – Nervenverletzung – hochgradiger Weichteilschädigung. 	
10	<p>Mehrfachverletzungen mit schwerer Ausprägung; besondere Verletzungskonstellationen bei Kindern</p>	<p>Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei Polytrauma finden Sie hier: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-019l_S3_Polytrauma_Schwerverletzten-Behandlung_2017-08.pdf</p>
10.1 (V)	<p>Schwere Verletzungen und Verletzungskombinationen (Polytrauma) mit einem Injury Severity Score (ISS) zwischen 16 und 24.</p>	
10.1 (S)	<p>Schwerste Verletzungen und Verletzungskombinationen (Polytrauma)</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Erwachsenen mit ISS ab 25 – bei Kindern mit ISS ab 16. <p>Verläufe mit Sepsis oder Organversagen insbesondere bei Indikation zu Organersatzverfahren (siehe auch Ziffer 11).</p>	<p>Ein ISS (Injury Severity Score) ab 25 liegt i.d.R. vor, wenn in mindestens 3 Körperregionen ernste Verletzungen vorliegen. Wenn in diesen Fällen im D-Bericht der ISS nicht angegeben ist, empfiehlt es sich, den ISS bei dem D-Arzt bzw. der D-Ärztin zu erfragen.</p>
10.2 (S)	<p>Kombinationsverletzungen oder Verletzungskonstellationen, die z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – zwei oder mehr Extremitäten mit Ausprägung entsprechend VAV betreffen – keine Belastungsfähigkeit simultan beider unterer Extremitäten zulassen – im weiteren Verlauf einen erheblich erhöhten Rehabilitationsaufwand erwarten lassen. 	<p>Die simultane Belastungsunfähigkeit beider unterer Extremitäten ist gegeben, wenn beide untere Extremitäten entlastet werden müssen (Rollstuhl-Mobilisation).</p>

<p>10.3 (S)</p>	<p>Verletzungskombination oder –konstellation bei Kindern, die eine besondere kindertraumatologische Kompetenz erfordern wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kopfverletzung mit Schädel-Hirn-Trauma II. oder III. Grades oder Impressionsfraktur – Organverletzung wie Thoraxtrauma mit Lungenkontusion – Abdominaltrauma mit Organverletzung – Instabile Beckenfraktur – Frakturen von zwei langen Röhrenknochen der unteren Extremität – Intensivtherapie über 24 Stunden. 	<p>Bei Organverletzungen ist das Thoraxtrauma mit Lungenkontusion nur als Beispiel anzusehen. Hierzu sind auch andere Verletzungen zu zählen, wie z.B. die Herzkontusion.</p> <p>Unter Intensivtherapie über 24 Stunden ist eine Behandlung auf der Intensivstation oder IMC gemeint. Dort müssen eine intensivmedizinische Therapie und Monitoring erfolgen. Eine reine Überwachung auf IMC reicht nicht aus.</p>
<p>10.4 (S)</p>	<p>Kombinationen von Verletzungsformen (Ausprägung entsprechend VAV) mit bestehenden Erkrankungen oder Störungen, die den Heilverlauf oder die Rehabilitation erheblich beeinflussen wie z. B. schwerwiegende Vorerkrankungen kardialer oder pulmonaler Genese, Störungen des Sehens.</p>	

11	Komplikationen	
11.1 (S)	<p>Infektionen /Infektiöse Komplikationen wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – systemische Infektionen, Sepsis oder Organversagen vor allem bei Indikation zu Organersatzverfahren – tiefgehende oder ausgedehnte oder fortschreitende postoperative Infektionen sowohl nach offenen wie auch nach geschlossenen Verletzungen, auch bei Verdacht – tiefgehende oder ausgedehnte oder fortschreitende postoperative Infektionen des Implantats, auch bei Verdacht – tiefgehende oder ausgedehnte oder fortschreitende postoperative Infektionen bei Osteitis, auch bei Verdacht – tiefgehende oder ausgedehnte Infektionen an der Hand (siehe auch 8.7 (S)) <ul style="list-style-type: none"> – neu auftretende oder weitergehende Infektionen nach Verletzungen der Ziffern 1 bis 10 bei Nachweis von multiresistenten Keimen (z. B. MRE, MRSA, MRGN). 	<p>Erläuterung zu den Begrifflichkeiten „Infektionen“ und „Entzündungen“ haben im Zusammenhang des VAV den gleichen Stellenwert. Infektion bezeichnet das Eindringen von Krankheitserregern (Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten) in einen menschlichen Organismus sowie ihre Ansiedlung und Vermehrung. Entzündung ist die Abwehrreaktion des Organismus auf innere oder äußere Reize (z.B. Mikroorganismen, Druck, Fremdkörper, Strahlung).</p> <p>Tiefgehend: von einer tiefgehenden Infektion oder Entzündung ist auszugehen, wenn tiefer gelegene Körperbereiche betroffen sind. Dies ist der Fall, wenn die Unterhautgrenze (Subcutis) überschritten wird (z. B. bei der Fasziitis oder einer Infektion und entzündlichen Veränderung von Muskelanteilen).</p> <p>Ausgedehnt: eine Infektion ist als ausgedehnt anzusehen, wenn sie die anatomische Region der primären Entstehung überschreitet (z.B. Finger -> Hohlhand, Lymphangitis als sichtbarer roter Streifen am Unterarm bei einer Infektion nach einer Schnittverletzung an der Hand).</p> <p>Fortschreitend: von einer fortschreitenden Infektion ist auszugehen, wenn es innerhalb von Stunden bis Tagen (mit und ohne Therapie) zu einer klinischen Verschlechterung (zunehmende Funktionseinschränkung) und / oder zu einem Anstieg der laborchemischen Entzündungsparameter (z.B. Leukozyten, CRP, etc.) kommt.</p> <p>Bei dem Nachweis von multiresistenten Keimen geht es nicht um die Besiedlung, sondern um die aufgetretene Infektion.</p>

<p>11.2 (S)</p>	<p>Defektheilung des Weichteilmantels mit instabiler Narbenbildung, Funktionsbehinderungen oder gestörter Ästhetik nach Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien oder Muskeln (z. B. nach Kompartmentsyndromen).</p>	<p>Eine instabile Narbe ist eine Narbe, die immer wieder aufbricht oder die schlecht abheilt oder die aus leicht verletzlichem Gewebe besteht. Voraussetzung dafür ist die Defektheilung des Weichteilmantels.</p> <p>Die Funktionsbehinderungen müssen erheblich sein und die berufliche/schulische oder soziale Teilhabe beeinträchtigen. Mit einer gestörten Ästhetik ist eine entstellende Ästhetik gemeint.</p>
<p>11.3 (S)</p>	<p>Notwendigkeit ausgedehnter und aufwändiger Revisionseingriffe z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerzhaften oder funktionsbehindernden Fehlstellungen oder Instabilitäten – unzureichender Osteosynthese – notwendiger Knochenaufbau nach Osteitis – posttraumatisch aufgetretenen oder iatrogenen Gefäß- oder Nervenläsionen – Knochenheilungsstörung oder Pseudarthrosenbildung – Knickbildung der Wirbelsäule insbesondere bei neurologischen Ausfällen – Fehlheilung oder Deformitäten des Beckenrings – schmerzhaften oder funktionsbehindernden Gelenkveränderungen – Wiederherstellungseingriffen für die Funktionsfähigkeit der Hand wie Nerven-transplantation, Sehnentransfer. 	<p>Mit Revisionseingriff ist die Notwendigkeit einer operativen Korrektur einer zuvor erfolgten konservativen oder operativen Behandlung gemeint; diese müssen zudem ausgedehnt und aufwändig sein. Beispiele hierfür wären:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endoprothetik • Erforderliche Versorgung mit körpereigenen oder körperfremden Transplantationen, z.B. auch Lappenplastiken, Nerven-transplantationen, Sehnen-interponate, Bandplastiken • Behandlung von Infekt-Situationen • die Versorgung von periprothetischen und Peri-implantat-Frakturen • Postoperative Achs-Korrekturen. <p>Eine Steuerung dieser manchmal schon lange zurückliegenden Arbeitsunfälle gelingt nur, wenn der Unfallversicherungsträger auch eine Handhabe dazu hat, und diese wurde durch die Ziffer 11 geschaffen.</p>

11.4 (S)	<p>Verletzungs-Folgezustände beim Kind wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gelenkeinstellung insbesondere am Ellenbogen – Fehlstellungen oder Wachstumsstörungen nach Schädigungen der Wachstumsfugen – Beinlängendifferenzen nach Frakturen an den unteren Extremitäten. 	
11.5 (S)	<p>Spezielle Komplikationen und Unfallfolgen wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Chronische Schmerzsyndrome mit der Notwendigkeit einer besonderen (z. B. schmerzmedizinischen oder handchirurgischen) Behandlung oder bei der Notwendigkeit zur Abklärung – Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) – Phantomschmerzen nach Amputationen – Schmerzen nach Nervenverletzungen. 	<p>Der letzte Spiegelstrich (Schmerzen nach Nervenverletzungen) bezeichnet eine im Wesentlichen inhaltsgleiche Definition wie die vorherigen Spiegelstriche (CRPS und Phantomschmerz nach Amputation) und bezieht sich auf eine chronische Schmerzsituation, die über 4 Monate hinausgeht.</p>

komm **mit** mensch

Sicher. Gesund. Miteinander.



Herausgegeben von

**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Glinkastraße 40

10117 Berlin

Tel.: 030 13001-0 (Zentrale)

Fax: 030 13001-9876

E-Mail: info@dguv.de

Internet: www.dguv.de