

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 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.

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

3.5 Krankenhausträger und Durchgangsarzt verpflichten sich ferner:

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

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

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

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

3.5.5 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,

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

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

3.5.8 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,

3.5.9 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger zur Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

3.5.10 am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern teilzunehmen,

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

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

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

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

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

3.6 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.