Neue Heilverfahren I – Anforderungen an die Durchgangsarzte

Das stationäre Durchgangsarztverfahren

Gemäß § 34 SGB VII können die Unfallversicherungsträger besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen, die sich an der Art und der Schwere des Gesundheitsschadens orientieren. Mit der Überarbeitung des VAV und der Einführung des SAV war es folgerichtig, auch mit denjenigen Krankenhäusern vertragliche Vereinbarungen zu treffen, die nicht zum VAV oder SAV zugelassen werden können.

Rahmenvereinbarung mit der DKG

An der stationären Behandlung Arbeitsunfallverletzter (stationäres DAV) kann ein Krankenhaus beteiligt werden, wenn

Abkürzungsverzeichnis	
AC	Akromioklavikular
AO	Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen
D-Arzt	Durchgangsarzt
DAV	Durchgangsarztverfahren
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EAP	Erweiterte ambulante Physiotherapie
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
SAV	Schwerstverletzungsartenverfahren
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
VAV	Verletzungsartenverfahren

es besondere Anforderungen und Pflichten erfüllt und der Rahmenvereinbarung zwischen der DGUV und der DKG über die Behandlung von Versicherten der Träger der GUV [4] beigetreten ist. Das bedeutet, stationäre Behandlungen von Verletzten nach Arbeitsunfällen können generell nur in Krankenhäusern stattfinden, die zu einem der stationären Heilverfahren der DGUV zugelassen sind. Die Rahmenvereinbarung zwischen der DGUV und der DKG regelt in § 4 den Umgang mit Versicherten, die in ein Krankenhaus eingeliefert werden, das nicht zum stationären DAV zugelassen ist (Verlegungspflichten bei Arbeitsunfällen):

- Durch einen Arbeitsunfall Verletzte dürfen in Krankenhäusern, welche *nicht* am stationären DAV beteiligt sind, nur in Fällen *akuter* Behandlungsbedürftigkeit nach § 3 Absatz 2 und nur bis zum Eintritt der Transportfähigkeit sowie in den Fällen des § 3 Absatz 3 versorgt werden. Nach Eintritt der *Transportfähigkeit* sind die Krankenhäuser – ab positiver Kenntnis über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls – *verpflichtet*, die Versicherten unverzüglich an ein Krankenhaus, welches am stationären DAV beteiligt ist, *zu verlegen*.
- In Fällen der ambulanten Behandlung können Verletzte auch an einen D-Arzt verwiesen werden (§ 3 Absatz 2 Satz 3).
- Das Krankenhaus ist zur Weiterbehandlung berechtigt, wenn eine Ver-

legung nicht möglich war oder der hinzugezogene D-Arzt der Weiterbehandlung in dem Krankenhaus zustimmte [4].

Das bedeutet, dass das nicht zugelassene Haus sicherstellen muss, dass der Versicherte die erforderliche Notfallbehandlung erhält und dann ohne Zeitverzug in ein Haus verlegt wird, das an einem der stationären Heilverfahren beteiligt ist. Die medizinisch gebotene Notfallbehandlung wird hierbei von der Verletzungsschwere diktiert.

Ambulante Behandlungen von Verletzten nach Arbeitsunfällen fallen nicht unter die Regelungen für die stationären Verfahren. Hierzu sei auf das 3-stufige DAV verwiesen, das seit 01.01.2011 eingeführt ist [2]. Ambulante Operationen können in der Regel von D-Ärzten durchgeführt werden, die die persönlichen und sächlichen Voraussetzungen hierfür erfüllen (z. B. erfolgreiche Absolvierung der Weiterbildung zur Speziellen Unfallchirurgie).

In § 8 der Rahmenvereinbarung mit der DKG ist die Vergütung für das nicht-beteiligte Haus geregelt: In Fällen einer Verlegungspflicht nach § 4 bemisst sich der Vergütungsanspruch des Krankenhauses nach dem Zeitpunkt, zu dem Versicherte verlegt wurden bzw. hätten verlegt werden müssen [4]. Der Unfallversicherungsträger wird also prüfen müssen, zu welchem Zeitpunkt Verlegungsfähigkeit im Sinne des § 4 bestand. Im Streit-

fall wird man sich in erster Linie am Wohl des Versicherten orientieren – nach dem Grundsatz, ob

„eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, besondere unfallmedizinische Behandlung gewährleistet“ (§ 34, Abs. 1 SGB VII)

war.

In der Rahmenvereinbarung mit der DKG ist eine Übergangsregelung vorgesehen. Bis zum 31.12.2017 gelten alle Krankenhäuser, an denen ein D-Arzt tätig ist, als am stationären DAV beteiligt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, an denen ein D-Arzt (z. B. als Chefarzt) angestellt ist, die aber die Voraussetzungen für ein stationäres DAV nicht erfüllen, von der Verlegungspflicht nach § 4 nicht betroffen sind. Das Versorgungsspektrum und die Verlegungspflicht orientieren sich ausschließlich am VAV.

Persönliche und sächliche Voraussetzungen für das DAV

Die Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger an Krankenhäuser zur Beteiligung am stationären DAV umfassen personelle Aspekte und Anforderungen an die Ausstattung [3].

Personelle Voraussetzungen

Sie beinhalten, dass der verantwortliche Arzt (Chefarzt oder leitender Arzt der Abteilung des Krankenhauses) gemäß den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII als D-Arzt beteiligt sowie vollschichtig am Krankenhaus angestellt und tätig sein muss. Weiterhin sind ärztliche Mitarbeiter gefordert: Ein *Facharzt für Anästhesiologie*, der am Standort des Krankenhauses *vollschichtig tätig* ist. Eine durchgehende Rufbereitschaft (innerhalb 20 min verfügbar) eines *Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie* und eines *Facharztes für Anästhesiologie*. Auch in diesen beiden Fachgebieten muss eine *24-stündige Anwesenheit* mit Vertretung des Fachgebiets mindestens auf dem Niveau eines Arztes in Weiterbildung sichergestellt sein. Das bedeutet:

Die unfallchirurgische Versorgung einer Verletzung außerhalb des Verletzungskatalogs und die Notfallbehandlung Schwerverletzter, anlog den Empfehlungen des „Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU“ [1] müssen 24 h am Tag gewährleistet sein. Die Dienstmannschaft des Bereitschaftsdienstes muss im Haus mindestens aus Ärzten in der Weiterbildung zum Orthopäden/Unfallchirurgen einerseits und Anästhesie andererseits bestehen, und die Fachärzte müssen aus der Rufbereitschaft heraus innerhalb von 20 min im Haus sein, um die Behandlung des Verletzten zu übernehmen. Um einen Schwerverletzten versorgen zu können, dessen Verletzungsspektrum das Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie übersteigt, muss *jederzeit* entsprechend der fachlichen Dringlichkeit kurzfristig ein *Facharzt für Viszeralchirurgie oder für Allgemeine Chirurgie* hinzugezogen werden können. Sofern diese Disziplin nicht am Krankenhaus selbst vertreten ist, ist die kurzfristige Verfügbarkeit des Facharztes durch verbindliche Vereinbarungen sicherzustellen.

In die neuen stationären Heilverfahren wurde die nach der Akutversorgung erforderliche Rehabilitation ebenfalls in einer 3-stufigen Hierarchie integriert. Je nach Versorgungsstufe werden v. a. Aspekte der Heilverfahrenssteuerung und des Rehabilitationsmanagements der Unfallversicherungsträger berücksichtigt. Im stationären DAV ist v. a. die Erstellung eines strukturierten Behandlungsplans durch den D-Arzt gefordert.

Der D-Arzt ist verantwortlich für die Planung, Veranlassung und Überwachung der physiotherapeutischen Maßnahmen während der stationären Akutbehandlung, die nahtlose Planung, Verordnung und ggf. Überwachung der zeitgerecht anschließenden physiotherapeutischen Maßnahmen einschließlich der EAP und die nahtlose Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung. Dem weiterbehandelnden Arzt sind die erforderlichen ärztlichen Unterlagen unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Im Zuge des Rehabilitationsmanagements der Unfallversicherungsträger wird eine enge Verzahnung der stationären und ambulanten Therapie bis zur beruflichen Wiedereingliederung erwartet – unabhängig davon,

ob der Krankenhausarzt oder der niedergelassene D-Arzt die Behandlung weiterführt.

Anforderungen an die Ausstattung des Krankenhauses

Die sächlichen Voraussetzungen für die Beteiligung am stationären DAV wurden im Wesentlichen aus den Ausstattungsvoraussetzungen abgeleitet, die im „Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU“ [1] festgeschrieben sind. Die Gliederung der Häuser zur Versorgung Schwerverletzter in lokale, regionale und überregionale Traumazentren spiegelt sich in der Hierarchie der Beteiligung zum DAV, VAV und SAV wider. Die sächlichen Voraussetzungen in der Notfallambulanz, im Schockraum und im Operationsbereich entsprechen denen, die von der DGU in einer Selbstverpflichtung für die Zertifizierung eines Traumazentrums entwickelt wurden.

„Aufgaben des lokalen Traumazentrums innerhalb des Traumanetzwerkes: Grundvoraussetzungen für die erfolgreiche Erstversorgung Schwerverletzter im lokalen Traumazentrum in 24-Stunden-Bereitschaft sind die Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Erkennung und Beherrschung lebensbedrohlicher Blutungen im Abdomen (Notfalllaparotomie), Thorax (Notfallthorakotomie) und Becken (durch Fixateur externe oder Beckenzwinge) sowie schwerer Extremitätenverletzungen. Die Aufgabe des lokalen Traumazentrums besteht somit in der Akutbehandlung lebensbedrohender Verletzungszustände (Damage Control Strategie) und der Sicherung der Transportfähigkeit in das nächste regionale/überregionale Traumazentrum. Die Aufgaben werden wie folgt spezifiziert: Sicherstellung der Behandlung Schwerverletzter im Rahmen der chirurgischen Notfallversorgung, insbesondere der Erkennung und Behandlung von Körperhöhlenverletzungen und schweren Stamm- und Extremitätenverletzungen, Verpflichtung zur Mit- und Weiterbehandlung im Verbund mit regionalen und überregionalen Traumazentren.“ [1]

Im „Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU“ [1] finden sich also bereits viele Elemente, die in den Beteili-

gungsvoraussetzungen für das stationäre DAV enthalten sind: Notfallbehandlung, Sicherstellung der Transportfähigkeit und Verlegung. Derzeit gibt es in Deutschland 38 zertifizierte Traumanetzwerke mit 527 zertifizierten Kliniken. In das Traumanetzwerk München – Oberbayern Süd sind 3 überregionale, 9 regionale und 14 lokale Traumazentren integriert.

Ein besonderes Kapitel des „Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU“ [1] befasst sich mit der Versorgung von Verletzungen bei Kindern.

„In jedem TNW sollte eine Kooperation mit einem überregionalen Traumazentrum mit besonderer kindertraumatologischer Kompetenz (kindertraumatologisches Referenzzentrum) bestehen. Kann keine Klinik im TNW diese Voraussetzung erfüllen, sind Absprachen mit Referenzzentren in einem angrenzenden TNW zu treffen. Ziel ist es, schwerverletzte Kinder möglichst schnell (30 min) in einem regionalen oder überregionalen Traumazentrum zu versorgen. Falls der Weg in ein entsprechendes Zentrum längere präklinische Transportzeiten (>30 min) mit sich bringt, erfolgt die Erstversorgung in dem nächstgelegenen lokalen Traumazentrum. Nach Stabilisierung und Sicherung der Vitalparameter ist die Weiterverlegung in ein Traumazentrum mit besonderer kindertraumatologischer Kompetenz zu prüfen.“ (TNW: Traumanetzwerk, [1]).

Bei der Überarbeitung des Verletzungsartenverzeichnisses wurde besonderer Wert darauf gelegt, dass kindliche Verletzungen grundsätzlich – sofern erforderlich – in Einrichtungen operativ behandelt werden, die am VAV beteiligt sind. Das bedeutet für die Häuser des stationären DAV, dass bei der Frage der operativen Behandlung einer kindlichen Verletzung immer der D-Arzt des VAV-Hauses zu Rate zu ziehen ist und eine Vorstellung dort oder eine Verlegung dorthin zu erfolgen hat. Dies kann immer dann zu Konflikten führen, wenn das nächste VAV-Haus weit entfernt ist. Nachdem aber viele kindliche Verletzungen ambulant oder tageschirurgisch versorgt werden können, wird sich erst noch erweisen, in welchem Umfang die Anforderungen des VAV-Ka-

Trauma Berufskrankh 2015 · 17[Suppl 1]:89–95 DOI 10.1007/s10039-013-1978-x
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

R. Beickert

Neue Heilverfahren I – Anforderungen an die Durchgangsarzte. Das stationäre Durchgangsarztverfahren

Zusammenfassung

Hintergrund. An die stationäre Behandlung von Verletzten nach Arbeitsunfällen werden durch die Einführung der neuen stationären Heilverfahren (Durchgangsarztverfahren, Schwerverletzungsartenverfahren) hohe Anforderungen sowohl in personeller als auch apparativer Hinsicht gestellt.

Beteiligung am stationären Durchgangsarztverfahren (DAV). Aus dem überarbeiteten Verletzungsartenverzeichnis kann spiegelbildlich ein Katalog von Verletzungen zusammengestellt werden, die in einem am

DAV teilnehmenden Krankenhaus gut versorgt werden können. Die im TraumaNetzwerk DGU® (Traumanetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie) zertifizierten lokalen Traumazentren eignen sich auch für die Beteiligung am DAV.

Schlüsselwörter

Arbeitsunfälle · Unfallversicherung · Heilverfahren · Rahmenvereinbarungen · Verletzungsartenverzeichnis

New medical treatment I – Demands on accident consultant physicians. The inpatient accident insurance consultant procedure

Abstract

Background. The inpatient treatment of patients with occupational injuries is highly demanding from both personnel and technological perspectives due to the introduction of the new inpatient medical treatment procedure (accident insurance consultant procedure DAV and severe injury type procedure)

Participation in inpatient accident insurance consultant procedure (DAV). From the revised injury type register a mirror image catalogue of injuries which can be well treat-

ed in a hospital participating in the DAV process can be compiled. Certified local trauma centers in the TraumaNetzwerkDGU® (trauma network of the German Society for Trauma Surgery) are also suitable for participation in the DAV.

Keywords

Accidents, occupational · Accident insurance · Therapy · Framework agreements · Injury type register

talogs im Alltag umgesetzt werden (müssen).

Verletzungsartenverzeichnis

Es definiert die Verletzungen, die als schwere und sehr schwere Verletzungen nur in Häusern behandelt werden dürfen, die am VAV oder am SAV beteiligt sind. Die in **Tab. 1** dargestellte Liste der Verletzungen bewährte sich in den letzten 8 Jahren, die letzte Neufassung der detaillierten Erläuterungen stammt vom 01.08.2007.

Die seit 01.01.2013 gültige Liste der Verletzungen wurde im Vergleich zur vorherigen nur gering geändert (**Tab. 1**). Die damaligen Ziffern 5 und 6 wurden in Ziffer 5 zusammengefasst. Als Ziffer 6 fungiert nun die ehemalige Ziffer 9 (komplexe Brüche ...). Die Ziffer 7 wurde um die kindlichen Epiphyse- und Gelenkverlet-

zungen ergänzt. Unter Ziffer 9 sind jetzt die Frakturen des Gesichtsschädels, der Wirbelsäule und die Beckenverletzungen zusammengefasst. Ziffer 10 wurde neu besetzt mit den Polytrauma- und Komplexverletzungen – auch bei Kindern. Herausgenommen wurde die Verletzungsfolgen mit Komplikationen und Korrekturbedürftigkeit. Für diese Spätfolgen einer Verletzung wird ein eigener Komplikationsartenkatalog entwickelt werden. Somit ist der VAV-Katalog jetzt nur noch mit akuten Verletzungen belegt, die Sehnenverletzungen und die Verrenkungen großer Körpergelenke finden sich im Verletzungsartenverzeichnis nicht mehr.

Die Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis sind noch detaillierter als die der Vorversion. Fett gedruckt sind all die Verletzungsformen, deren Versorgung im SAV vorgesehen ist. Der Übergangsbereich zwischen VAV- und SAV-Verletzung

Tab. 1 Verletzungsartenverzeichnis

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

ist (bewusst) etwas ungenau, die Trennlinie zum DAV wurde dagegen scharf gezogen: Was im Verletzungsartenverzeichnis (bzw. den Erläuterungen dazu) steht, kann nicht im DAV-Haus behandelt werden.

Während die Ziffern 1–5 sowie 8–10 des neuen Verzeichnisses wenig Reibungspunkte bieten (seit mehr als 20 Jahren nach Einführung des sog. §-6-Verfahrens ist die Liste diesbezüglich bewährte), wohnt Ziffer 6 (Extremitätenfrakturen) und Ziffer 7 (Gelenkverletzungen) Konfliktpotenzial inne.

Im Folgenden werden einige Positionen erläutert (die Texte des Verletzungsartenverzeichnisses stehen jeweils in Anführungsstrichen) und am Ende ein DAV-Katalog erstellt.

Ziff.6.1 (V).

„Im Kindesalter alle verschobenen Schaftbrüche an Oberarm, Unterarm (insbesondere Monteggia-Frakturen), Oberschenkel, Unterschenkel (auch isolierte Brüche von Schienbein und Wadenbein)“

Das bedeutet, dass alle dislozierten und damit operationspflichtigen Brüche der Schaftknochen a priori in das VAV-Haus zu überweisen sind, insbesondere auch bei Unklarheiten über die Operationsindikation. Im DAV-Haus können alle Patienten mit Verletzungen versorgt werden, die gering verschoben und leicht einzurichten sind und die konservativ behandelt werden können.

Ziff. 7.1(V).

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

Somit sind *alle* kindlichen Gelenk- und gelenknahen Verletzungen und *alle* Verletzungen mit Beteiligung der Wachstumsfugen in das VAV zu übernehmen.

Ziff. 6.2(V).

„Brüche des Schlüsselbeines bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit bei starker Verschiebung und komplexen Bruchformen oder schwerer Weichteilverletzung“

Die operativ zu behandelnde Klavikulafraktur kann nicht im DAV-Haus versorgt werden.

Ziff. 6.3(V).

„Brüche des Oberarmes als Mehrteilebruch entsprechend Typ C der AO-Klassifikation, Etagenfrakturen oder mit Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit“

Ziff.6.4(V).

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

Die AO-Klassifikation wird somit zum entscheidenden Indikationskriterium für die Unterscheidung, welche (geschlossene) Knochenbruchverletzung im stationären DAV behandelt werden kann oder nicht. Für die Heilverfahrensteuerung ist dieser Umstand nicht unproblematisch, weil im D-Arzt-Bericht in der Regel eine AO-Klassifizierung der Knochenbrüche nicht vorgenommen wird. Darüber hinaus gibt es auch für erfahrene Unfallchirurgen Interpretationsspielräume und Grauzonen gerade bei Schaftbrüchen (■ Abb. 1).

Ziff. 6.5(V).

„Brüche des Oberschenkels bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit“

Alle Oberschenkelbrüche müssen in VAV-Häusern behandelt werden, Ausnahmen gibt es nicht.

Ziff. 6.6(V).

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

Abb. 1 ▲ AO-Klassifikation der distalen Radiusfrakturen: A1 Frakturen der Ulna, Radius intakt, A2 extraartikuläre Frakturen des Radius, A3 extraartikuläre multifragmentäre Fraktur, B1 partiell artikuläre Fraktur mit sagittalem Frakturverlauf (Chauffeurfraktur), B2 partiell artikuläre Fraktur mit dorsalem Kantenfragment (Barton-Fraktur), B3 partiell artikuläre Fraktur mit volarem Fragment („reversed“ Barton-Fraktur), C1 artikuläre Fraktur mit einfachen metaphysären Frakturen, C2 komplette artikuläre Fraktur artikulär einfach, metaphysär, multifragmentär, C3 komplette artikuläre Fraktur, multifragmentär. (Aus [5])

Eine große Zahl von Unterschenkelbrüchen, insbesondere die unproblematischen und diejenigen, die mit einer Marknagelung gut versorgt werden können, können im Rahmen des DAV behandelt werden.

Die „starke Verschiebung“ ist ein sehr ungenaues Kriterium, das darüber hinaus über die Versorgungsmöglichkeit und die Prognose nichts aussagt. Der Weichteilschaden, der bei Unterschenkelbrüchen regelhaft zu berücksichtigen ist, ist ein Kriterium für das VAV, wenn eine Primärversorgung nur mit Fixateur externe möglich ist, und für das SAV, wenn ein plastisch-chirurgischer Eingriff zur Weichteildeckung erforderlich ist. In solchen Situationen ist dann auch – sofern aus der Be-

richterstattung ableitbar – ein Eingreifen durch den Sachbearbeiter oder Rehabilitationsmanager möglich (■ **Abb. 2**).

Ziff. 7.3(V).

„Verrenkungen und Brüche des Schultergelenkes bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit“

Die AC-Gelenkluxation ist eine sehr häufige Sport- und Freizeitverletzung, so dass sie meist nicht in die Zuständigkeit der GUV fällt. Es gibt klare Indikationskriterien für ein operatives Vorgehen, allerdings sind die Operationsverfahren außerordentlich vielgestaltig und zurzeit sehr spezialisiert (endoskopische Flaschenzugapplikation). Ob dies der Grund

ist, dass diese Verletzung explizit in das Verzeichnis übernommen wurde, ist nicht bekannt.

Ziff. 7.5(V).

„Verrenkungsbrüche des Schultergelenkes, mehrfragmentäre verschobene Brüche des Oberarmkopfes bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit“

Die proximale Humerusfraktur ist eine typische Altersfraktur und fällt überwiegend nicht in die Zuständigkeit der GUV. Deshalb wird diese Verletzung auch in Häusern aller Versorgungsstufen behandelt. Die Grenzziehung zwischen DAV und VAV ist – abgesehen vom Verrenkungsbruch – sehr unscharf. Im Rahmen des DAV können alle körpernahen Oberarmbrüche, die nicht operativ behandelt werden, sowie einfache, gering bis mäßig verschobene Brüche Typ A und B, die operativ behandelt werden sollten, versorgt werden.

Ziff. 7.6(V).

„Brüche und Verrenkungen des Ellenbogengelenkes bei gegebener oder abzuklärender Operationsindikation“

Im Rahmen des DAV sind möglich: Notfallversorgung und Diagnostik einschließlich Primärversorgung mit Fixateur externe. Ansonsten sind *alle* Gelenkbrüche am Ellenbogen, die operativ zu behandeln sind, in das VAV zu übernehmen, dazu gehören auch die Brüche des Speichenkopfs (sofern eine Operation indiziert ist).

Ziff. 7.7(V).

„Körperferne Speichenbrüche bei starker Verschiebung und Gelenkbeteiligung entsprechend Typ C3“

Die distale Radiusfraktur ist die häufigste Fraktur überhaupt. Die Typ-C3-Verletzung der AO-Klassifikation ist sicher sehr selten, eine Notfallversorgung ist auch mit einem Fixateur externe möglich. Letztlich können damit alle distalen Radiusfrakturen in einem DAV-Haus versorgt werden. Patienten mit C3-Verletzung müssen aber nach der Notfallversorgung weiterverlegt werden.

Abb. 2 ▲ AO-Klassifikation mit 3 Frakturtypen und je 3 Gruppen, aber ohne Untergruppen bzw. mit lediglich 1 der 3 Untergruppen, **a** Tibia distal, extraartikuläre Fraktur, A1 metaphysär einfach, A2 mit metaphysärem Keil, A3 metaphysär komplex, **b** Tibia distal, partielle Gelenkfraktur, B1 reine Spaltung, B2 Impression mit Spaltung, B3 mehrfragmentär mit Impression, **c** Tibia distal, vollständige Gelenkfraktur, C1 artikulär einfach, metaphysär einfach, C2 artikulär einfach, metaphysär mehrfragmentär, C3 mehrfragmentär. (Aus [6])

Ziff. 7.9(V).

„Instabilitäten des Kniegelenkes bei vorderer Kreuzbandverletzung in Kombination mit Verletzung eines Seitenbandes oder eines Meniskus oder des Knorpels, auch bei Instabilitäten des Kniegelenkes bei Seitenbandverletzung in Kombination mit Verletzung der Menisken oder des Knorpels; bei Kindern alle Kreuzbandverletzungen und knöchernen Ausrisse mit Verschiebung“

In der Vergangenheit bot dieser Verzeichnispunkt am meisten Diskussionsstoff. Strittig war immer der Begriff der sog. isolierten Verletzung, die es am Kniegelenk eigentlich gar nicht gibt. Gemeint ist hier die akute schwere ligamentäre Kombinationsverletzung des Kniegelenkes mit Instabilität in 2 Richtungen und Begleitverletzungen am Gelenkknorpel und

Meniskus, sofern sich dies anhand einer MRT-Untersuchung zweifelsfrei feststellen lässt. Natürlich stellt sich bei allen Knorpel- und Meniskusschäden immer auch die Frage der Ursächlichkeit zwischen Unfall und Schaden. Dies kann aber bei der Zuordnungsdiskussion DAV/VAV keine Rolle spielen und darf auch bei der Frage nach der sog. isolierten Verletzung nicht überbewertet werden. Im Rahmen des DAV können alle isolierten Verletzungen des vorderen Kreuzbands, die isolierten Seitenbandverletzungen (sofern überhaupt eine Operationsindikation besteht), die isolierten Knorpelverletzungen und die isolierten Meniskusverletzungen versorgt werden.

Resümee – DAV-Katalog

Unter Berücksichtigung des Verletzungsartenverzeichnisses, quasi als Negativabdruck, kann man ein Verzeichnis für die im DAV behandelbaren Verletzungen entwickeln:

- alle einfachen Humerusschaftfrakturen AO-Typ A und B
- alle einfachen Unterarmschaftfrakturen AO-Typ A und B
- alle einfachen Unterschenkelfrakturen AO-Typ A und B
- alle Schulterluxationen
- alle einfachen proximalen Humerusfrakturen AO-Typ A und B1
- alle distalen Radiusfrakturen mit Ausnahme AO-Typ C3
- alle isolierten Risse des vorderen Kreuzbands am Knie
- alle isolierten Innenband-, Meniskus- und Knorpelverletzungen
- alle Knöchelbrüche mit Ausnahme der Weber-C-Verletzungen
- alle Sehnenverletzungen (Ausnahme Beugesehnen Hand) inklusive Achilles- und Rotatorenmanschettensehnen

Insgesamt ergibt dies eine nicht unerhebliche Anzahl einfacher und in der Regel unproblematischer Verletzungen nach Arbeitsunfällen, die im stationären DAV versorgt werden können. Diese Verletzungen haben zudem meist eine gute Prognose mit gut kalkulierbarer Behandlungsdauer. Bei Störungen im Heilverlauf, beim Eintreten von Komplikationen oder Hindernissen bei der beruflichen Wiedereingliederung ist zwar in erster Linie der Sachbearbeiter des Unfallversicherungsträgers zu informieren, es sollte aber bereits der D-Arzt die notwendigen Schritte zu einer Heilverfahrenskontrolle in einer geeigneten Einrichtung (VAV- oder SAV-Haus) einleiten.

Fazit für die Praxis

- Stationäre Behandlungen von Verletzten nach Arbeitsunfällen sind ab 2018 grundsätzlich nur noch in Krankenhäusern möglich, die an einem Heilverfahren der Träger der GUV beteiligt sind.

- Für das stationäre DAV sind alle Krankenhäuser geeignet, die im Trauma-Netzwerk DGU® als regionales Traumazentrum zertifiziert sind.
- Das für die Behandlung im DAV mögliche Verletzungsspektrum ist sehr groß, es umfasst eine Fülle einfacher und mittelschwerer Frakturen und Gelenkverletzungen.
- Verletzte Kinder können im stationären DAV nur in wenigen Einzelfällen behandelt werden.

4. DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), Landesverband Südwest (2013) Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Rundschreiben D 03/2013. Landesverband Südwest, Heidelberg. http://www.dguv.de/landesverbaende/de/rundschreiben/lv8_suedwest/pdf_archiv_d13/lv8_d03_13.pdf. Zugriffen: 10.06.2013
5. Müller-Mai CM, Ekkernkamp A (2010) Frakturen – Klassifikation und Behandlungsoptionen. Springer, Berlin Heidelberg New York
6. Szyszkowitz R (Hrsg) (2003) Tscherne Unfallchirurgie: Unterschenkel. Springer, Berlin Heidelberg New York

---

Korrespondenzadresse

Dr. R. Beickert

Unfallchirurgie, BG-Unfallklinik Murnau,
Prof.-Küntschers-Straße 8,
82418 Murnau
Ruprecht.Beickert@bgu-murnau.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (2012) Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart New York. <http://www.dgu-online.de/qualitaet-sicherheit/schwer-verletzte/weissbuch-schwererletztenversorgung.html>. Zugriffen: 10.06.2013
2. DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), Landesverband Südost (2010) Änderungen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger Änderung der Anforderungen für die Beteiligung am Durchgangsarztverfahren und Änderung der Grundsätze zum ambulanten Operieren. Rundschreiben 13/2010. Landesverband Südost, DGUV, München. http://www.dguv.de/landesverbaende/de/rundschreiben/lv9_suedost/archiv_d10/pdf_archiv_d10/lv9_d13_10.pdf. Zugriffen: 10.06.2013
3. DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), Landesverband Südost (2012) Neuordnung der stationären Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung zum 01.01.2013. Rundschreiben Nr. 13/2012 (D). Landesverband Südost, DGUV, München. http://www.dguv.de/landesverbaende/de/rundschreiben/lv9_suedost/archiv_d12/pdf_archiv_d12/lv9_d13_2012.pdf. Zugriffen: 10.06.2013